

# ARNAVUTLUK SAğLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDITÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Kayhan KÖSA  
Zafer ZÖNGÜR

A. ERDAL SARGUTAN

**ARNAVUTLUK SAĞLIK SİSTEMİ**

<b>ÖZET</b>	282
<b>I. ÜLKE TANITIMI</b>	283
I.1. Coğrafi Özellikler	283
I.2. İklim	284
I.3. Bitki Örtüsü	284
I.4. Tarihçe	284
I.5. Siyasi Yapı	286
I.6. Nüfus Yapısı	286
I.7. Ekonomi	286
I.8. Yeraltı Kaynakları Ve Enerji	287
I.9. Eğitim Ve Kültürel Yaşam	287
<b>II. SAĞLIK SİSTEMİ</b>	288
II.1. Sağlık Sisteminin Tarihçesi	288
II.2. Sağlık Sisteminin Bugünkü Durumu	289
II.3. Sağlık Sisteminin İdari Yapısı	291
II.3.1. Sağlık Bakanlığı	292
II.3.1.1. Kamu Sağlığı Kuruluşu	294
II.3.1.2. İl Yönetimleri Ve Tiran Bölgesel Sağlık İdaresi	294
II.3.2. Maliye Bakanlığı	294
II.3.3. Sağlık Sigortası Kuruluşu	295
II.3.4. Yerel Yönetimler	296
II.3.5. Özel Sektör	296
II.3.6. Gönüllü Kuruluşlar	296
II.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	297
II.4.1. Birincil Sağlık Hizmetleri	298
II.4.1.1. Aile Planlaması	299
II.4.2. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri	300
II.5. Sosyal Hizmetler	301
II.6. İnsan Kaynakları Ve Eğitim	301
II.7. Sağlık Sisteminin Finansmanı	302
<b>III. ARNAVUTLUK VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI</b>	304
<b>KAYNAKLAR</b>	306

## ÖZET

Daha önce Arnavutluk'ta uygulanan Sovyet Semaşko modelinde her türlü sağlık harcaması devlet tarafından karşılanıyor, sağlık alanındaki tüm yatırımlar devlet tarafından yapılıyor, halk, sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanabiliyordu. Bu modelin uygulanması sonucu 1940'lardan 1980'lere değin Arnavutluk halkının sağlığı iyiye doğru gitmiştir.

Rejimin yıkılmasından sonra önemli değişiklikler olmuş, sağlık alanında bazı idari yetkiler merkezden yerel idari birimlere verilmiştir.

Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunan konumdan çıkartılıp, politika ve strateji belirleyici konuma getirilmesi planlanmaktadır.

Yeni düzenlemeler ve reformlarla özel sektör teşvik edilmiştir. Ancak, ilaç dağıtımı, diş hekimliği hizmetleri ve tedavi hizmetleri alanları dışında özel sektörde bir gelişme olmamıştır. Arnavutluk'ta henüz özel hastahane ya da tedavi hizmeti veren önemli özel kuruluşlar yoktur.

Arnavutluk'ta sağlık hizmetleri zayıf koşullarda ve uygun olmayan ekipmanlarla verilmektedir. Birincil sağlık hizmetleri kırsal alanlarda sağlık merkezleri ve sağlık birimlerinde, kentsel alanlarda büyük polikliniklerde verilir. Arnavutluk'ta ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerini sunan hastahaneler ulusal hastahaneler, bölgesel hastahaneler ve il hastahaneleri olmak üzere üç düzeydedir.

Arnavutluk'un fakir bir ülke olmasından ve 1990'lı yıllarda geçirdiği krizlerden dolayı sağlık hizmetlerinin finansman düzeyi çok düşüktür. Sağlık sisteminin finansmanı vergi gelirleri ve zorunlu sigorta gelirlerinden oluşur. Arnavutluk'ta sağlık sigortası kuruluşu eski rejimin yıkılmasından sonra kurulmuştur. Sigorta prensip olarak zorunludur. 1997 yılında halkın %70'i sigorta kapsamına alınmıştır. Sağlık Sigortası Kuruluşu sadece Kamu Sağlığı Merkezi doktorlarının maaşlarından ve temel ilaçlardan sorumludur. Ancak planlanan yeni uygulamalarla Sağlık Sigortası Kuruluşunun üstlendiği görevler artırılacaktır.

Bu görünümü ile Arnavutluk, Kolektif tipten sigorta temelli Refah Yönelimli Sisteme geçiş çabasında olan, kamu ve kişisel harcamaların ağırlıklı olduğu bir sağlık sistemi özellikleri göstermektedir.

# ARNAVUTLUK SAĞLIK SİSTEMİ

## I. ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	: Arnavutluk Cumhuriyeti
YÜZÖLÇÜMÜ	: 28.748 km <sup>2</sup>
NÜFUS	: 3.582.205 (2003)
İDARE ŞEKLİ	: Çok Partili Parlamenter Sistem
BAŞKENTİ	: Tiran
ÖNEMLİ ŞEHİRLERİ	: Tiran, Durres (Dıraç), Vlore (Avlonya), Elbasan, Korçe ve Berat
DİLİ	: Arnavutça
PARA BİRİMİ	: Lek (3/2-5)

### I.1. Coğrafi Özellikler

Arnavutluk coğrafi bakımından iki ana bölgeye ayrılabilir: Ülke topraklarının dörtte üçünü kaplayan kuzey, doğu ve güneydeki dağlık bölge ile tarım alanlarının neredeyse tamamının yer aldığı batıdaki alçak kıyı bölgesi.

Dinar dağ sisteminin bir uzantısı olan kuzeydeki Arnavutluk Alpleri, kuzey-güney doğrultulu sıralardan oluşur ve Jezerce'de 2.694 m yüksekliğe ulaşır. Eski buzul hareketleriyle oyulmuş derin vadilerin parçaladığı bu kireçtaşı oluşumlu sıradağlar, ülkenin en sarp kesimidir ve çok seyrek bir nüfusu barındırır. Orta kesimdeki dağlık alan Drin ırmağından başlayarak Devoll Irmağının aşağı çığırlarına kadar uzanır. Daha az engebeli olan bu kesimdeki yuvarlak oluşumlar volkanik bir kökene işaret eder. En doğuda yer alan bir alçıtışı bloku görünümündeki Korab (2.571 m) ülkenin en yüksek doruğudur. Zengin krom, demir-nikel ve bakır yataklarını barındıran yörenin en batı ucundaki dağ sıraları ırmaklarla parçalanmıştır. Güneydeki dağlık kesim ise yükseklikleri 2.100-2500 m arasında değişen ve geniş vadilerle ayrılan kuzeybatı-güneydoğu doğrultulu üç sıradan oluşur. Sık ormanlarla örtülü olan öteki dağlık alanların tersine, bu sıralar yer yer Akdeniz tipi çalı ve ağaçların araya girdiği çayırlarla kaplıdır. Bütün dağlık kesimlerin önünde bir tepelik alan uzanır. Tepeler kuzeyde sık kuşaklar oluştururken, orta kesime doğru seyrelir ve orta düzlüklerde ada benzeri dağınık kümelere dönüşür.

Arnavutluk'un killi ve kumlu düzlükleri jeolojik olarak yakın sayılabilecek bir tarihte oluşmuştur. Bu düzlük kuşağı ülkenin batısında, girintili çıkıntılı kıyıları boyunca uzanır ve özellikle orta bölgede, ırmak vadileri boyunca 50 km kadar iç kesimlere doğru sokulur. Alçak dağ sıralarında ve tepe zincirlerinde son bulan düzlüklerin baktığı yaklaşık 465 km uzunluğundaki kıyı şeridi ise sarp yarılar ya da doğal kumsallarla belirlenir. Güzel manzaralı kıyı şeridinin en güney bölümü İon Rivierası olarak bilinir.

Arnavutluk'taki ırmak sistemlerinin akış düzenini dağların konumu belirler. Tuna'ya doğru akan kuzeydeki Vermoshe (Lim) dışında ırmakların hemen hepsi Adriya Denizine dökülür. Akarsuların rejimlerinde mevsimlere göre büyük farklılaşmalar görülür; su düzeyi Kasım-Nisan döneminde yükselirken, yaz aylarında akarsuların çoğu bütünüyle kurur. En büyük akış eğimleri akarsuların orta çığırlarında ortaya çıkar; ülkenin enerji potansiyeli de bu kesimde yoğunlaşmıştır. Kosova bölgesinde doğan ve 280 km'lik bölümü Arnavutluk sınırları içinde kalan Drin, ülkenin en uzun ırmağıdır. Öbür önemli ırmaklardan yalnızca Şkumbin ve Mat, geniş vadiler içinde akar. Bu iki ırmağın dışında kalan akarsular yer yer küçük havzalardan ya da dar, ulaşılamaz boğazlardan geçer. Arnavutluk'un en büyük üç gölü İşkodra, Ohri ve Prespa'dır. Bu göllerden Şkoder kuzeybatı uçta, kıyıya çok yakın bir yerde, Makedonya-Yunanistan-Arnavutluk sınırlarının kesiştiği noktayı belirleyen Prespa ile yakınındaki Ohri ise doğudadır (1/379, 380).

### 1.2. İklim

Arnavutluk'ta yazlar sıcak ve kurak, kışlar yumuşak ve yağışlı geçer. Bununla birlikte bölgeden bölgeye bazı değişiklikler görülür. Kıyı bölgeleri Akdeniz'den esen sıcak rüzgarlardan etkilenir. Avrupa kıtasından esen rüzgarların etkisi altındaki iç kesimlerde kara iklimi egemendir. Yıllık ortalama yağış Arnavutluk Alp'lerinde 2.500 mm'yi aşarken, ülkenin doğu kesimlerinde 750 mm'den azdır. Yağışların yaklaşık %40'ı kış aylarında düşer. Yaz ayları ülkenin tümünde çok sıcak ve kurak geçer; kış aylarında ise siklonların getirdiği değişken, bulutlu ve yağmurlu bir hava görülür (1/380).

### 1.3. Bitki Örtüsü

Ülke topraklarının üçte birinden fazlası ormanlarla kaplıdır. Bitki örtüsünden tamamen yoksun alanlar Arnavutluk'un yalnızca küçük bir bölümünü oluşturur. Akdeniz kıyısındaki alçak düzlüklerin tipik bitki örtüsü olan makiler 400 m yüksekliğe kadar çıkar. Güneyde yaygın olarak görülen turuncgillerin yanı sıra, sulamanın yeterli olduğu yerlerde incir ve zeytin yetişir; bu kuşakta yetiştirilen başka meyveler arasında elma, kiraz, şeftali, armut ve üzüm sayılabilir. Orman ağaçları arasında 1000 m yüksekliğe kadar meşe, daha yukarılarda ise kayın ve çam ağaçları yaygındır. Orman sınırının yukarısında Alp tipi çayırlar uzanır. Bitki örtüsü genelde nem Akdeniz hem de Orta Avrupa özelliklerini taşır. Üç bini aşkın değişik bitki türü çeşitli sanayilerde ve tıpta kullanılır (1/380).

### 1.4. Tarihçe

Arnavut halkı, M.Ö 2000 yıllarında Balkan Yarımadasına yerleşen İlliryalıların torunlarıdır. İllirya M.Ö 167 yılında Romalılar tarafından zaptedildi ve 500 yıl Romalılar tarafından yönetildi. Ancak bu bölgenin iç kısımlarında yaşayan İlliryalıları, Romalıların baskılarına uzun müddet karşı koydular. İşte bunlar, Roma imparatorluğunun 395'te parçalanmasından sonra Arnavutluk ve Arnavut adlarını aldılar ve Doğu Roma İmparatorluğunun bir parçası oldular.

1468 yılında Osmanlılar Arnavutluk'u zapt ettiler ve uzun müddet burayı idareleri altında bulundurdular. Osmanlı Devletinin adil idaresinden memnun olan Arnavutlar kendi istekleri ile 17. yüzyılda İslamiyet'i kabul ettiler. Dini yaymak için gayret gösterdiler. Osmanlılar burada askeri teşkilat kurdular ve süvari birlikleri teşkil ettiler. Arnavutlar zamanla kendi kültürlerini bırakarak Osmanlı kültürünü benimsediler. 1912'de Osmanlı idaresinden ayrıldılar. Ancak tam müstakil olmayıp büyük devletlerin kontrolü altında kaldılar. Birinci Dünya Savaşından sonra 1925'te cumhuriyet ilan edildi. Ancak cumhurbaşkanı olan Zoğu, 1928'de cumhuriyeti krallığa dönüştürdü. Bu sıralarda bir ekonomik krize girdi ve nihayet İkinci Dünya Savaşında İtalyanlar tarafından işgal edildi. 1944 yılında, komünistler hükümeti kontrol altına alarak komünist bir idare kurdular. 1961 yılına kadar Rusya ile sıcak münasebetlerde bulundular. 1961'de Rusya ile bağılıklarını keserek Çin ile yakınlaştılar. Böylece Çin ile ittifak kuran ilk Avrupa devleti oldular. Ancak son yıllarda Çin ile de yakınlıklarını dondurdular. Daha sonra Yugoslavya ve bazı Avrupa ülkeleriyle ticari ve diplomatik münasebetler kurdular. 1976 Aralık ayında kabul ettiği yeni anayasa ile Arnavutluk Sosyalist Halk Cumhuriyeti adını aldı. Devlet başkanlığına Arnavutluk Emek Partisi Genel Sekreteri Enver Hoca getirildi. 1985'te Enver Hoca'nın ölümü üzerine Emek Partisi genel sekreterliğine getirilen Ramiz Alia aynı zamanda Devlet Başkanı da oldu. 31 Mart 1990'da yapılan ilk çok partili seçimleri Emek Partisi kazanmasına rağmen iç kargaşalık başladı. Bunun üzerine çok sayıda halk ülkeden göç etti (7/1).

Mart 1992'de yapılan seçimleri büyük farkla Demokrat Parti kazandı ve yeni adıyla Arnavutluk Sosyalist Partisi muhalefete düştü. Seçimlerin ardından Cumhurbaşkanı seçilen Sali Berişa, başbakanlığa Aleksander Meksi'yi getirdi. Yeni yönetim bazı eski komünist yöneticileri tutuklayarak tasfiye etmeye çalıştı, ama tartışmalı yargılamalar sonunda hüküm giyen komünistler daha sonra serbest bırakıldı. Demokrat Parti'nin cumhurbaşkanına tanınmış yetkileri artırmak üzere hazırladığı yeni anayasa Kasım 1994'te referandumda halk tarafından reddedildi. Haziran 1996'daki seçimlerde Demokrat Parti'nin kazandığı zafere de muhalefet partilerinin hile suçlamalarından dolayı parlamentoyu boykot etmesi ile gölge düştü. Her üç Arnavut'un birinin bir gecede parasına yol açan büyük çaplı bir bankerlik faciasının ardından Şubat 1997'de başlayan karışıklıklar hızla tırmanarak ülkeyi tam bir kargaşa sürükledi. Devlet kurumları işlemez hale geldi ve ülkenin güney yarısı ordu cephanelerine el koyan yağmacı asilerin ve çetelerin eline geçti. Meksi'nin istifasından sonra bir ulusal uzlaşma hükümeti kuruldu ve İtalya önderliğinde sekiz Avrupa ülkesi asayişini sağlamak üzere Arnavutluk'a birlikler gönderdi. Haziran 1997'deki seçimleri Arnavut Sosyalist Partisi ve müttefikleri büyük bir çoğunlukla kazandı. Arnavut Sosyalist Partisi genel sekreteri Recep Mejdani cumhurbaşkanı seçilirken, Fatos Nano başkanlığında Demokrat Parti'nin yer almadığı bir koalisyon hükümeti kuruldu.

Bu arada Kosova'daki Arnavutların özerklik mücadelesinden dolayı Yugoslavya ile gerginleşen ilişkiler, 1999 başlarında Sırp birliklerinin giriştiği sindirme harekâtı ile birlikte Arnavut sığınmacı akınına ve sınır çatışmalarına yol açtı (1/383).

### I.5. Siyasi Yapı

Arnavutluk'ta 1944'ten 1991'e değin süren tek partili sosyalist cumhuriyet yönetimi, Yugoslav ve ardından Sovyet modeli doğrultusunda düzenlendikten sonra, 1976'da ülkeye özgü bir model çerçevesine oturtulmuştur. Komünistlerin iktidardan düşmesinden sonra kabul edilen yeni anayasayla çok partili siyasi sisteme geçildi.

Yeni anayasa uyarınca yasama organı, dört yılda bir seçilen ve yılda dört kez düzenli oturumlar halinde toplanan 155 üyeli Halk Meclisidir. Beş yıllık bir dönem için Halk Meclisi tarafından seçilen Cumhurbaşkanı, aynı zamanda silahlı kuvvetlerin başkomutanıdır. Olağanüstü hal ilan etme, parlamentoyu dağıtma ve seçim kararı alma yetkileri vardır. Yüksek Mahkeme ülkenin en üst yargı merciidir ve üyeleri Halk Meclisi tarafından seçilir. Ülke yasalarının uygulanmasını Adalet Bakanlığı denetler (1/381).

### I.6. Nüfus Yapısı

Toplam olarak yaklaşık yedi milyonu bulan Arnavutların ancak yarıya yakın bölümü Arnavutluk sınırları içinde yaşar. Avrupa'nın en yurdeş nüfusa sahip ülkesi Arnavutluk'tur. Toplam nüfus içinde Arnavut olmayanların oranı ancak %2'dir. Daha çok güneydoğuda toplanmış olan Yunanlılar (%1,8) ve neredeyse tamamen Makedonlardan oluşan Slavlar (%0,2) başlıca azınlıklardır. Nüfusun (1995) %70'e varan bölümü Müslüman, %11,3'ü Ortodoks, %5,2'si Katolik'tir. Nüfus yoğunluğu (1998) kilometrekare başına 116 kişi olan Arnavutluk'ta yıllık nüfus artış hızı öteki Avrupa ülkelerindeki ortalamanın 4-5 katı düzeyindedir. 1996 verilerine göre doğum oranı binde 22,6, ölüm oranı binde 7,7'dir. Toplam nüfusun üçte biri aşkın bölümü 15 yaş altı gruba girmektedir. Ortalama ömür (1995) erkeklerde 68,5, kadınlarda 74,3 yıldır. Ülke nüfusunun yüzde 57,6'sı kırsal alanlarda yaşamaktadır. Nüfusu 250 bini geçen Tiranı dışındaki kentlerin hepsinde nüfus 100 binin altındadır (1/380).

### I.7. Ekonomi

Uzun yıllar merkezi planlamaya dayalı bir sosyalist ekonominin geçerli olduğu Arnavutluk, 1991'den beri serbest piyasa ekonomisine geçiş sürecindedir. Özelleştirme ve yatırımları destekleme yönünde atılan adımlara karşın, yetersiz altyapı, hammadde, nitelikli işgücü ve yönetici eksikliği, düşük verimlilik gibi etmenler kalkınma çabalarını engellemektedir. Avrupa'nın en yoksul ülkelerinden birisi olan Arnavutluk'ta 1996 verilerine göre gayri safi milli hasıla 2,7 milyar ABD Doları, kişi başına milli gelir 820 ABD Doları düzeyindedir.

Ülke topraklarının dörtte biri tarıma elverişlidir. Bunun da yarısı tahıllara ayrılmıştır. Komünist yönetim altında tarıma ayrılan önemli kaynaklarla toprak ıslahı, sulama ve gübre kullanımı alanlarında geniş çaplı programlar yürütülmüştür. Böylece tarımsal üretimde sağlanan artış nedeniyle, Arnavutluk öteden beri temel gıda maddeleri açısından kendine yeterli bir düzeydedir. Bununla birlikte geleneksel tarım yöntemleri, düşük makineleşme düzeyi ve maddi teşviklerin yokluğu tarımın gelişmesi önünde engel olarak durmaktadır.



Temelleri Sovyet yardımıyla atılan sanayi, daha sonra Çin'in de desteğiyle özellikle metalürji ve makine üretiminde gelişme göstermiştir. Buna karşılık esneklikten uzak ve aşırı merkezci planlar, yetişkin işgücü ve teknolojik bilgi eksikliği, ürün sayısının sınırlı ve kalitenin düşük olmasına yol açmıştır. Yatırımların daha çok ağır sanayiye dönük olması nedeniyle, çeşitli tüketim mallarındaki üretim düzeyi iç talebi karşılayamamaktadır. Sanayinin ülke ekonomisine katkısı yüzde 50'nin üzerindedir. Başlıca sanayi ürünleri arasında asfalt, işlenmiş petrol, demir ve çelik ürünleri, işlenmiş krom ve bakır, petrokimya ürünleri, plastik, azotlu gübreler, süperfosfat gübre, kağıt, seramik eşya, deri ürünleri, pamuk nam şeker, içki ve sigara sayılabilir.

Milli gelir içinde dış ticaretin payı çok küçüktür. Arnavutluk'un ticaret yaptığı ülkelerin başında İtalya, Yunanistan, Bulgaristan, Almanya ve Türkiye gelmektedir. Başlıca ihraç ürünleri krom ve demir cevheri, demir, çelik, bakır ve petrol ürünleri, asfalt, tütün, sebze ve meyvelerdir; ithal edilen en önemli ürünler ise makine ve donanımları yedek parça, metaller, metal eşya ve yapı gereçleridir (1/381).

### **1.8. Yeraltı Kaynakları Ve Enerji**

Arnavutluk küçük bir ülke olmakla birlikte doğal kaynaklar bakımından çok zengindir. Tiran çevresinde linyit kömürü, Selenice yöresinde doğal asfalt, ülkenin güneybatı kesiminde de petrol ve doğalgaz yatakları vardır. Kuzeydoğu bölgesindeki önemli metalik mineral yatakları arasında krom, bakır ve demir-nikel sayılabilir. Arnavutluk dünyanın üçüncü büyük krom üreticisidir. Başta Drin olmak üzere ülkedeki ırmaklar üzerinde dev hidroelektrik santralleri kurulmuştur. Bir miktar enerji ihracına da olanak veren elektrik üretimi (1994) 3,9 milyar kW-saat düzeyindedir. Bütün ülkede elektrifikasyon 1971'de tamamlanmıştır (1/381).

### **1.9. Eğitim Ve Kültürel Yaşam**

Eğitim 7-15 yaş arasında parasız ve zorunludur. Yükseköğretimde ailenin gelirin bağı olarak bir ücret alınır. Tiran Üniversitesi (1957) ülkenin en önemli yükseköğretim kurumudur. Ayrıca yaygın bir mesleki ve teknik okullar ağı vardır. Eğitime verilen önemi, bir sonucu olarak 1945'te ancak %20 olan okuryazar oranı, 1994 verilerine %92 düzeyine çıkıştır.

Özgün ve güçlü bir tarihsel kültürden yoksun olan Arnavutluk'ta komünist yönetim döneminde yerel değerleri koruma ve geliştirme yönünde çok sayıda kültürel kurum oluşturulmuştur. Bu kurumların başında Tiran'daki Ulusal Kütüphane, Devlet Korosu, Opera ve Bale Tiyatrosu, Arnavutluk Halk Kültürü Müzesi ile Ulusal Kurtuluş Mücadelesi Müzesi gelir. Günümüzde uluslararası ün kazanan tek Arnavut yazar, yapıtları 30 kadar dile çevrilmiş olan romancı ve şair İsmail Kadare'dir (1/381, 382).

## II. SAĞLIK SİSTEMİ

### II.1. Sağlık Sisteminin Tarihçesi

İkinci Dünya Savaşı öncesinde, Arnavutluk'ta çok az sayıda doktor vardı ve bunların büyük bir kısmı yurt dışında eğitim görmüştü. Ayrıca çok az sayıda özel hastahane ve sağlık kurumları da dini gruplar tarafından işletiliyordu. Örneğin 1932 yılında ülkede sadece 111 tıp doktoru, 39 diş hekimi, 85 eczacı ve 24 ebe görev yapmaktaydı. Nüfusun büyük bir kısmı kentsel alanlarda bulunan sağlık tesislerine erişemiyordu.

Sağlık sistemine erişim 1945 yılında yapılan bir reformla Sovyet Semaşko modeline geçilmesiyle geliştirildi. İlk tıp okulu 1959 yılında Tiran'da açıldı. Ayrıca birçok tıp uzmanı Sovyetler Birliği ve diğer Doğu Avrupa ülkelerinde eğitildi.

Daha sonraki yıllarda ülkenin Sovyetler Birliği ile olan ilişkisi kesintiye uğradıysa da Semaşko modelinin uygulanmasına devam edildi. 26 ilde hijyen ve salgın hastalık izleme merkezleri kuruldu. 1960'lar süresince, birincil sağlık hizmetlerinin oldukça yaygın bir şekilde uygulanmasına başlandı, her köyde ana-çocuk sağlığından ve aşılardan sorumlu en az bir ebe vardı. Ancak 1970'lerde ağırlık hastahane hizmetlerine verildi. Her ilde, yataklı tedavi hizmetleri için hastahaneler ve uzman ayakta tedavi için poliklinikler inşa edildi (2/10).

1980'ler süresince, Sağlık Bakanlığı illerdeki sağlık hizmetlerinin düzenlenmesini ele aldı. İl yöneticileri, İşçi Partisi'nin il idare komitelerinden gerekli bilgileri aldılar, ancak bütçe kullanımı ve personel yönetimi konusunda çok az bilgi vardı. Sağlık hizmetleri merkezi idare tarafından denetlenen programlarca organize edildi ve Sağlık Bakanlığı üçüncü kademe tedavi hizmeti sunan klinik hastahaneleri dışında tüm sağlık hizmetlerinin idaresini il idarelerine bıraktı.

Sağlık Bakanlığı ayrıca sağlık kurumlarının idarecilerini de atadı. Bu idareciler basit bir biçimde üstlerinden gelen yönergeleri en iyi şekilde uygulayan personel arasından seçilmekteydi. Ancak Bakanlık sağlık hizmetlerinin kalitesinin geliştirilmesi konusunda hemen hemen hiçbir çaba göstermedi. Sistemde, yönetici eğitimi, izlenmesi gereken süreçleri gösteren bilgiler, performans göstergeleri ya da kriterleri yoktu, ayrıca araştırma ve geliştirme konusunda çok az çaba harcanıyordu. Hükümet ve rejim bazı göstergelerin iyileşmesini en önemli konu haline getirdi. Örneğin, çocuk ölüm oranının ülkenin sosyoekonomik durumunun en önemli göstergelerinden biri olarak kabul edildi ve bu oranın düşürülmesi birinci öncelik haline geldi. Bazı sağlık hizmetlerinde gereksiz yere yatırım yapılan alanlar göze çarpmaktaydı.

Hizmetlerin kalitesi düşüktü, sürekli mesleki eğitim konusu çok zayıftı. Personel maaşları düşüktü ve hastahanelerde fazla istihdam söz konusuydu. Tıbbi teknoloji de çok düşüktü ve ekipman çok eskiydi, çünkü 1980'lerde sağlık sistemine yapılan yatırımlar düşmüştü. Bu yüzden de 1990'larda kullanılan tıbbi ekipmanın ortalama yaşı 25'ti. Süregelen yüksek bebek ölüm oranları ve 1980'lerdeki salgın hastalıklar, varolan sistemin sağlık sektöründeki problemleri çözme konusunda aciz kaldığını gösteriyordu (2/11).

Komünist rejimin çökmesi ile, sağlık sistemini de içine alan hizmet sektörüne bir darbe daha vurdu. 1991 ve 1992'deki politik değişimler ve buna eşlik eden şiddet sürecinde, şehir sağlık merkezlerini ve köy sağlık birimlerinin neredeyse yüzde yirmi beşi yok olmuştur.

İl hastahanelerinin, sağlık merkezlerinin ve kamu sağlığı birimlerinin 1997'nin başlarındaki şiddet ortamında zarar görmesine ilaç ve ekipman alanında yaşanan kıtlıklar da eşlik etmiştir. Aşılama programları tamamen kesintiye uğramış, hastalık izleme, su arıtma ve çöp toplama işlemleri de aksamıştır. Bunlara ek olarak mali krizler, hastahane personelinin maaşlarını iki ay kadar alamamalarına neden olmuştur.

1998 yılında Kosova'da çıkan etnik çatışmalar, 1999 Nisan'ında 700.000 Arnavut'un Kosova'dan Arnavutluk'a ve diğer komşu ülkelere akmasına neden olmuş, bu yüksek göç nedeniyle kitlesel sağlık problemleri ortaya çıkmıştır. 1999 Haziran'ında Yugoslavya'nın yaptığı çeşitli anlaşmalar sonucunda mülteciler Kosova'ya dönmeye başlamışlardır (2/12).

## II.2. Sağlık Sisteminin Bugünkü Durumu

Komünist dönem boyunca tüm sağlık hizmetleri ücretsizdi ve geniş kapsamlı bir sosyal sigorta sistemi mevcuttu. Şimdi ise Arnavutların çoğu sağlık hizmetleri için ödeme yapmakta, doktor sayısında sıkıntı yaşanmakta, ülkede artan fakirlik ve ekonomik krizlerle sosyal sigorta sistemi tahrip olmaktadır. Kentsel alanlarda yaşayanlar sağlık hizmetlerinden faydalanabilme konusunda kırsal ve dağlık alanlarda yaşayanlara göre daha şanslılardır.

1940'lardan 1980'lere değin Arnavutluk halkının sağlığı iyiye doğru gitmiştir. Hastahaneler, verem savaş dispanserleri, doğum evleri, sağlık merkezleri ve tıp klinikleri inşa edilmiştir. 1950-1970 yılları arasında ortalama beklenen yaşam süresi 53 yıldan 66 yıla çıkmıştır.

Komünist hükümet sıtma ve veremin kökünü kurutmaya çalışmış bataklık alanlarını kurutma çalışmalarında bulunmuştur. Verem, kamu sağlığı programları ile azaltılmıştır. Bulaşıcı hastalıklara karşı aşılama yapılmıştır.

Günümüzde, uzak kuzey kesimlerdeki alanlarda, kötü beslenme ve zayıf hijyen koşulları riket (Beslenmedeki D vitamini eksikliği yüzünden çocukların kemiklerinde meydana gelen yumuşama) gibi sorunlar ortaya çıkmıştır. Sarılık hastalığı, kirlenen sular yüzünden yayılma tehlikesi gösterebilir. 1994 yılında ülkede büyük bir kolera salgını ortaya çıkmıştır.

"Halk doktorları", geleneksel tedavi yöntemlerini kullanmaktadırlar. Arnavutluk'ta alternatif ilaçların da satıldığı eczahaneler vardır. Migren baş ağrıları ve romatizma tedavisinde, şikayeti olandan sülük vasıtasıyla kan alınması yöntemi uygulanmaktadır (6/1).

Arnavutluk'ta acil servis hizmetleri oldukça az gelişmiştir. Bazı durumlarda acil servis hizmetlerinin yetersiz kalması yüzünden hastalar Yunanistan'a sevk edilmektedirler (5/2).

Arnavutluk'a ilişkin sağlık istatistikleri değerlendirilirken verilere şüphe içinde yaklaşmak gerekmektedir. Bunun iki sebebi vardır. Birincisi, durumu olduğundan daha iyi ya da daha kötü göstererek daha fazla fon almaktır. İkincisi ise, özel sektöre ve kamuya ait kaynaklardan tam olarak toplanmamış veriler yüzünden, olduğundan daha düşük rapor edilen vaka sayıları gibi hatalı bilgilerdir.

Çocuk ve anne ölümleri Avrupa standartlarının oldukça üzerindedir. 1985 yılından bu yana bu oranlarda bir düşüş gözlenmektedir. Bebek ölüm oranı 2000 yılı verilerine göre 1.000 canlı doğumda 28 olup, civar ülkelere göre yüksektir. 1998 yılında 1.000 canlı doğumda anne ölüm oranı ise 21,6'dır. Çocuk ölüm oranları ülkenin kuzey kesimlerinde ulusal ortalamanın neredeyse iki katıdır. Arnavutluk, WHO'nun standartlarını benimsemiş olmasına rağmen, bebek ölümlerinde cinsiyet konusunda veri tutmamaktadır. Ayrıca bebek ölüm oranlarındaki resmi rakamların gerçek rakamların çok altında olduğu sanılmaktadır. Doğumdan sonraki 6 gün içinde meydana gelen ölümler ana rahminde meydana gelmiş gibi gösterilmektedir ve kırsal kesimlerde evde yapılan doğumlardaki ölümler de bazen rapor edilmemektedir. 5 yaş altı ölüm oranları sıralamasında 1.000 canlı doğumda 33 ölüm ile dünyada 92. en yüksek orana sahiptir. Anne ölümleri özellikle Tropoja, Hasi ve Kukesi illerinde çok yüksektir.

Ulusal İstatistik Enstitüsü'nün verilerine göre 1999 yılında doğumda beklenen yaşam süresi kadınlar için 76,4 yıl, erkekler için de 71,7 yıldır. WHO'nun rapor ettiği beklenen yaşam süresi rakamları ise erkekler için 64,3, kadınlar için 72,9'dur.

2000 yılında 5 yaş altındaki çocukların %14,3'ü yaşlarına göre düşük kiloludur ve bunların %4,3'ü aşırı düşük kiloya sahiptir. 5 yaş altındaki çocukların %31,7'si yaşlarına göre kısa boylu olup, bunların %17,3'ü de çok kısadır. Erkek çocuklar ve az eğitilmiş ailelerin çocuklarında düşük kiloluluk ve boy kısalığı daha çok görülmektedir. İyotsuz tuz kullanımından dolayı birçok çocukta ciddi iyot eksikliği gözlenmiştir (12-42).

Kürtaj Arnavutluk'ta sık rastlanan bir olgudur. Resmi rakamlara göre 1999 yılında her 1.000 canlı doğuma 390 kürtaj karşılık gelmektedir. 100 canlı doğuma karşılık kürtaj sayısı 1993 yılında 49,4'e kadar yükselmiş, 1998 yılında ise 31,5'e düşmüştür. Bu rakamların da gerçek rakamların altında olduğu tahmin edilmektedir. Çünkü tüm kürtajlar özellikle de özel kliniklerde yapılanlar Sağlık Bakanlığı'na rapor edilmemektedir. 2000 yılında yapılan bir araştırmaya katılanların sadece %17'sinin gebelikten korunma önlemleri aldığı rapor edilmiştir.

Sarılık ve ishal gibi bulaşıcı hastalıklara sıkça rastlanılmaktadır. Kronik ve bulaşıcı olmayan hastalıklarda da artış gözlenmektedir. İshal vakaları yaz aylarında artarken, solunum yolları enfeksiyonları kışın artış göstermektedir. HIV/AIDS ve kolera gibi hastalıklar çoğunlukla yurtdışından gelenler tarafından ülkeye taşınmaktadır. 2001 Kasım ayında 72 HIV/AIDS vakası rapor edilmiş olup, AIDS hızla artmaktadır. Kamu Sağlığı Kuruluşu'nun Ulusal AIDS Programı'nda belirtildiği gibi tahmin edilen oran resmi rakamların 50 katı kadardır.

Ulusal AIDS Programı her ne kadar etkili değilse de, 1993 yılından bu yana tüm kan bağışında bulunanlar HIV taramasından geçirilmektedir. Ayrıca bağışlanan kanlar için Hepatit B ve C testleri de yapılmaktadır (12/43).

Ulusal Kan Nakli Merkezi Tiran'da kurulmuştur. Ayrıca her il hastahanesi yakınında bir kan toplama merkezi bulunur. Arnavutluk'ta kan bağış konusunda sıkıntılar yaşanmakta olup, kan bağışında bulunanlara teşvik amaçlı olarak ücret ödenmektedir (2/45).

Kamu sağığını tehdit eden en önemli unsurlar arasında tehlikeli yollar, sağıksız su kaynakları, ısınmayı ve tıbbi malzemenin korunmasını engelleyen elektrik kesintileri, çöp arıtma ve kanalizasyon sistemlerinin yetersizliği sayılabilir.

Kamu sağığını etkileyen diğer önemli bir unsur da beslenme alışkanlıklarıdır. Tipik Arnavutluk diyetinin kalitesi düşük olup, çok az sebze ve meyve tüketimi içermektedir. Ayrıca çocukların emzirilmesi konusunda bazı yanlış görüşlerin önüne geçilememiştir. Daha serbest cinsel yaşam, kadınların ve çocukların fahişeliğe itilmesi, alkollü araç kullanımı, yüksek sigara tüketimi, yasadışı uyuşturucu kullanımının artması da yaşam tarzının getirdiği kamu sağığını tehdit edici unsurlardır.

Halkın sağık konusunda eğitimi şu an için yetersizdir. Öncelikle aileler çocukları ile uyuşturucu ve cinsellik konusunda konuşmaktan çekinmektedirler. Bunun en önemli sebebi de, ailelerin kendilerini bu konuda rahatsız hissetmeleri ve belki de daha önemlisi, bu konuda bilgi eksikliği çekmeleridir. 8 yıllık eğitim sürecinde çocuklar sadece ders içinde 17 saatlik bir sağık eğitimi almaktadırlar. Ayrıca sosyoloji dersleri sırasında sigara, uyuşturucu ile HIV/AIDS konularında da 3 saatlik bir eğitim mevcuttur (12/45).

### II.3. Sağık Sisteminin İdari Yapısı

Arnavutluk'taki temel yönetim şeklinin 1990'lardan sonra önemli ölçülerde değişime uğraması ve çok partili demokrasiye geçilmesi ile sağık sisteminin yapısı da büyük değişiklikler geçirmiştir. Ancak kamusal alanda yapılan iki idari reform sağık hizmetlerini de etkilemiştir. Birincisinde ülke 12 idari birime ayrılmış, ikincisinde bazı idari yetkiler merkezden bu idari birimlere verilmiştir. Bu idari birimlerde her biri ortama üç ili kapsıyordu ve her il de kendi il hastahanesi, poliklinikleri, intisnas hastahaneleri ve birincil sağık hizmetlerinden sorumluydu. İkinci reformla da, yerel yönetimlerin rolünün güçlendirilmesi amaçlanmıştır.

Başta WHO olmak üzere uluslararası birçok örgütün desteğini alan hükümet henüz tam anlamıyla bir sağık stratejisi belirleyememiştir. Ancak son zamanlarda orta vadeli bazı stratejiler açıklanmıştır. Bunlardan biri de Sağık Bakanlığı'nın rolünü idareci konumundan çıkarıp politika yapıcı hale getirmektir. Böylece Sağık Bakanlığı;

- Sağık politikaları ve stratejileri belirleyebilecek,
- Akreditasyon ve kalite kontrolü için anahatları hazırlayabilecek,
- Özel sektör etkinliklerini düzenleyebilecek,
- Sektörler arası çalışmalara önderlik edebilecek ve bağış etkinlikleri düzenleyebilecek,

– Dikkatli bir şekilde planlanmış yerleşme uygulamaları ve idari işlemlerle, arka planda güçlü bir destek verilebilecektir (2/15).

İngiltere Uluslararası Gelişim Bölümü ve Dünya Bankası yardımıyla, Tiran idari biriminde bölgesel bir sağlık idaresi kuruldu ve çalışmaya başladı.

Diğer bir öneri de kamu sağlığı alanında faaliyet gösteren kuruluşların yapılarının yeniden belirlenmesine ve merkezi kuruluşların işlevsel olarak yeniden yapılandırılmasına ilişkindir. Bu tip yeniden yapılandırmalardaki amaç, bu kurumların yeni işlevlere sahip olması ve yeni sorumluluklar alabilmesine olanak sağlamaktır. Kuruluşlar kendi kaynaklarının kullanımında daha otonom bir yapıya sahip olabileceklerdir. İkincil sağlık hizmetleri de, bölge halkının ihtiyaçlarına cevap verebilecek uzmanlaşmış hizmetlere sahip bölge hastahaneleri ile yapılacaktır. Hükümet, güçlendirilmiş hastahane yönetim kapasitesinin, öneriler, önlemlerin uygulanmasında temel koşul olacağını varsaymaktaydı.

Son olarak, insan kaynaklarının gelişimi konusunda strateji belgelerine öncelik tanındı. Birincil sağlık hizmetlerinin genel pratisyenler ve toplum hemşireleri ile verilmesi, bu konuda profesyonel yöneticilerin ve personelin yetiştirilmesine de öncelik tanındı (2/16). Sağlık sisteminin idari yapısı ana hatlarıyla Şema 1'de gösterilmiştir;

### II.3.1. Sağlık Bakanlığı

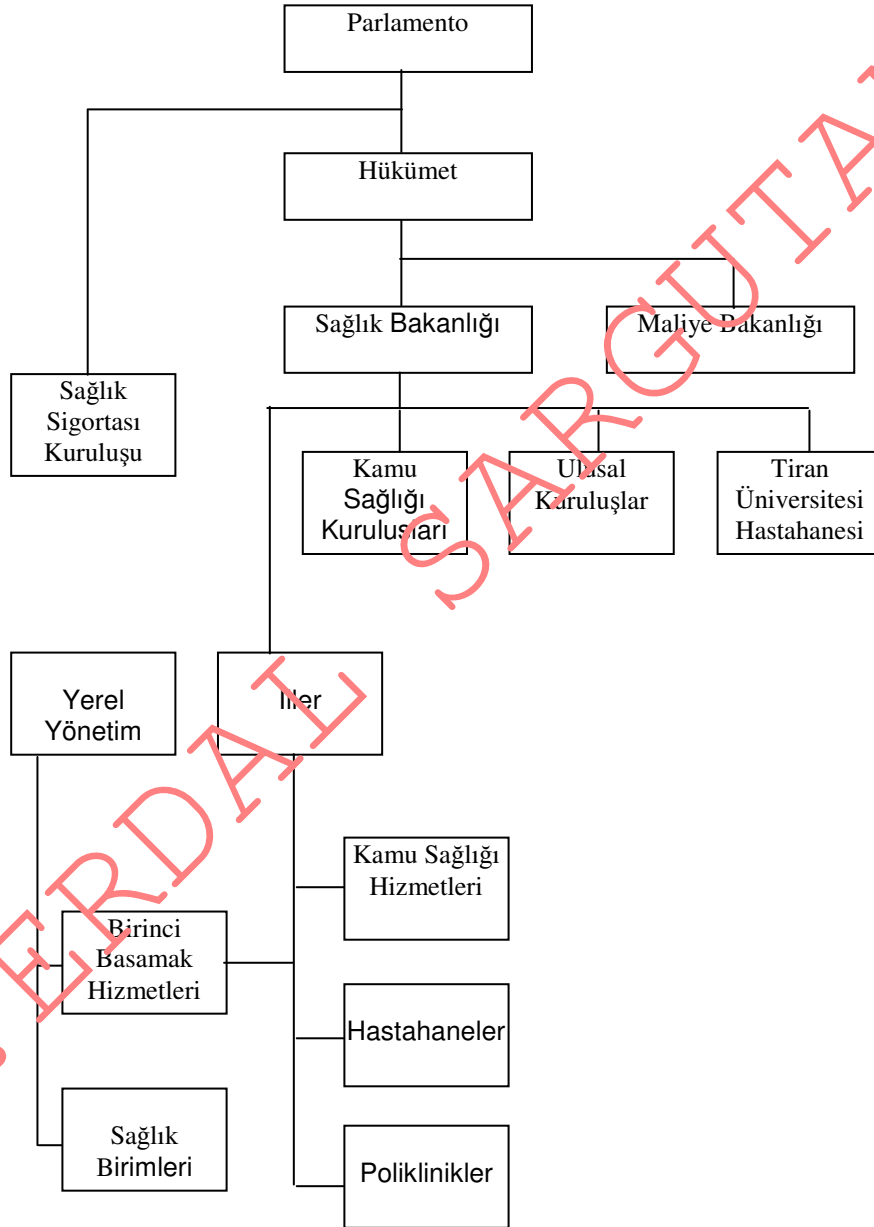
Sağlık Bakanlığı, Arnavutluk'ta sağlık hizmetlerinin temel kurucusu ve sağlayıcısıdır. Bakanlığın idari yapısı yeniden örgütlenmiş ve sağlık hizmetlerindeki liderlik rolüne devam etmiştir. Birincil sağlık hizmetlerini kısmen hariç tutmak üzere, sağlık hizmeti sunan kurumların çoğunun sahibidir.

Sağlık Bakanlığı çabasının çoğunu politika ve plan yapmak yerine sağlık hizmetlerinin yönetiminde kullanmaktadır. Birçok sağlık kuruluşu (özellikle de üçüncül sağlık hizmetleri) Sağlık Bakanlığı'nın doğrudan idari denetiminin altındadır ve bu da, çok çalışmak zorunda olan az sayıdaki personelini çabuk kararlar vermeye zorlamaktadır. Ayrıca, büyümekte olan özel sektöre yönelik belirgin kurallar da geliştirilmemiştir (2/16).

Sağlık Bakanlığı'nın benimsediği en önemli iki strateji şudur:

- Sağlık Bakanlığı'nın bir yönetim organı olmasından öte, politika yapan ve strateji belirleyen bir yapıya sahip olması,
- Sağlık Bakanlığı'nın merkezîyetçi iradesinin, yerel iradelere devredilmesi (9/7).

2002 Ekim'inde Sağlık Bakanlığı "Sağlık Bakanlığı'nın 10 Yıllık Kalkınma Stratejisi"ni açıklamıştır. Bununla amaçlanan, nüfusun sağlık statüsünü daha yüksek kalitede sağlık hizmetleri ile yükseltmektir. Bu hedefe ulaşmak, Bakanlığın son zamanlarda yapılan önemli idari ve mali değişikliklerin uygulanabilmesine bağlıdır. Bu değişiklikler, yeni kurumlara (Sağlık Sigortası Kurumu, Yerel Yönetimler Ve Desantralizasyon Bakanlığı) sağlık konusunda önemli roller, idari yetkiler ve sorumluluklar vermektedir (9/4).

**Şema 1: Sağlık Sisteminin İdari Yapısı**

**Kaynak:** (2) Health Care System In Transition: Albania, (2002), s.17

### II.3.1.1. Kamu Sağlığı Kuruluşu

Sağlık Bakanlığı bünyesindeki Kamu Sağlığı Kuruluşu sağlığın korunması (bulaşıcı hastalıkların izlenmesi ve engellenmesi, ulusal aşılama programları), çevre sağlığı ile içme suyu ve hava kalitesi gibi konulardan sorumludur. Genellikle il kamu sağlığı hizmetleri ile birlikte çalışır.

2000 yılında, Kamu Sağlığı Kuruluşu, Ulusal Sağlık Eğitimi Ve Desteği İdaresi ile birleştirilmiş olup, bu kurumun da işlevlerini yürütmektedir.

Çevre Koruma Bakanlığı 2001 Eylül'ünde kurulmuş olup, çevrenin korunması ile ilgili konularla uğraşmaktadır. Daha önce bu görevi Ulusal Çevre Ajansı gerçekleştirmekteydi (2/19).

Kamu Sağlığı Kuruluşu 1995 yılında yeniden yapılandırılmış olup başlıca görevleri kamu sağlığı istatistiklerini tutmak, sağlık araştırmaları düzenlemek ve bunlara katılmak, aşılama programlarını yürütmek, çevre koşullarını gözlemek, sağlık statüsü hakkında veriler toplamak, hijyen ve salgın hastalıklarla mücadeledir. Ayrıca kamu sağlığı politikaları için tavsiyelerde bulunur, bir araştırma ve eğitim merkezi olarak da görev yapar. Doğrudan Sağlık Bakanlığı'na bağlıdır (2/45).

### II.3.1.2. İl Yönetimleri Ve Tiran Bölgesel Sağlık İdaresi

Doğum ve çocuk sağlığı gibi birbiriyle ilişki içinde olan sağlık hizmetlerini düzenlemek amacıyla Sağlık Yöneticilikleri kurulacaktı. Ancak bunların yerine hastahane idarecilikleri ve Kamu Sağlığı Hizmetleri idarecilikleri kuruldu. Bu birimler doğrudan Sağlık Bakanlığı'nın illerle ilgili birimlerine bağlıydı. 2000 Temmuz'daki bir hükümet kararnamesini müteakip Tiran idari biriminde (iki ilden oluşmaktadır) yeni bir model oluşturuldu. Birincil sağlık hizmetleri ve kamu sağlığı programları Tiran Bölgesel Sağlık İdaresi'nin sorumluluğuna bırakıldı. Bu kuruluş tüm planlama ve yönetimden tek başına sorumludur. Bölgesel sağlık dairesi birimleri de kurularak, önerilen bölgesel politika, plan ve bütçelerin onaylanması sorumluluğu bu daireye verildi. Bu modelin Sağlık Bakanlığı üzerindeki yükü hafifleteceği ve bölgesel yapıları güçlendireceği umulmaktadır (2/18).

Bu yeni modelin yerleşebilmesi için büyük çabaya ve zorlukların aşılmasına ihtiyaç vardır. Sağlık Bakanlığı bu modelin destekçisi gibi görünse de, uygulamada halen direnme ve tereddüt göstermektedir. Tiran Bölgesel Sağlık İdaresi personeli tam bir eğitimden geçirilmemiş olup, verilen görevleri yerine getirememektedir. Önemli bir sorun da Tiran Bölgesel Sağlık İdaresi ve Sağlık Sigorta Kuruluşu arasında, kamu sağlığı hizmetlerinin finansmanı konusundaki görev paylaşımının açık olmamasıdır. Arnavutluk'taki karışık politik yapı, bu gibi kuruluşlar arasındaki çekişmeleri ve sürtüşmeleri engellemek konusunda yetersiz kalmaktadır (2/19).

### II.3.2. Maliye Bakanlığı

Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı da dahil olmak üzere diğer bakanlıklar için maddi kaynak sağlar. Yerel yönetimlerin paylarına düşen miktarı tespit eder.



Ayrıca Sağlık Sigorta Kuruluşu'na, emekliler, çocuklar ve öğrenciler gibi toplumun korumasız ve hassas kesimlerine yönelik temel hizmetler ve ilaç ücretleri konusunda gerekli finansmanı da sağlar (2/16).

### II.3.3. Sağlık Sigortası Kuruluşu

Sağlık sigorta sisteminin kurulması fikri 1992 yılında Komünist Parti'nin dağılmasından sonra iktidara gelen Demokrat Parti'nin fikriydi. Sağlık sigorta sisteminin sağlık finansmanı için gelirleri artıracakları planlanıyordu. Sağlık sigorta sistemi 1 Mart 1995'te sınırlı amaçlar doğrultusunda yürürlüğe koyuldu.

Sağlık Sigortası Kuruluşu otonom yapıya sahip bir kamu kuruluşudur. 11 üyeli bir Yönetim Konseyi'ne sahiptir. Doğrudan Parlamente'ye karşı sorumludur. Sağlık Sigortası Kuruluşu'nun yöneticisi Konsey tarafından kendi üyeleri arasından atanır (8/1).

Sağlık Sigortası Kuruluşu, kuruluş aşamasında birkaç dış kurumdan destek almıştır. İngiltere Uluslararası Gelişim Bölümü en büyük desteği sağlayan kuruluştur ve 1995-1999 ve 2000-2002 yılları arasında teknik yardımlarda bulunmuştur (8/2).

Sağlık Sigortası Kuruluşu kurulduğunda, başlıca hedefler şunlardır:

- Birincil sağlık hizmetleri ile ilgili bazı önemli konularda finansman kaynağı yaratmak (genel hekimlik hizmetlerinin yaygınlaşmasını sağlamak ve reçeteli ilaçların sayısının artırılmasını sağlayabilmek),
- Prim ödeyenlerin ödedikleri primlerin sadece ve sadece sağlık hizmetleri için kullanılacağına dair güveni sağlamak,
- Sosyal sağlık sigorta sistemini sağlam bir temele oturtabilmek (9/5).

1995'te kurulmasından bu yana Sağlık Sigorta Kuruluşu'nun temel prensibi tıbbi hizmetlerin ve ilaçların finansmanını sosyal sigorta sisteminden karşılamaktır. Son zamanlarda Sağlık Sigorta Kuruluşu ödemelerin tek kaynağı haline geldi ve bu prensip olarak vasa da yer aldı. Sağlık Sigorta Kuruluşu akut bakımın yanı sıra birincil hizmetlerin finansmanından da sorumlu hale gelirken, bir başka öneri de, kuruluşun bütçelerinin sınırlandırılarak, sadece birincil sağlık hizmeti sunan birincil hizmet tesislerini ödeme yapması yolundadır.

Sağlık Sigorta Kuruluşu, sağlık hizmetlerinin tek finansman kaynağı haline gelmesi nedeniyle, kuruluş içinde yeniden bir yapılanmaya gidilmesi, bir grup personelin sağlık hizmetlerinin sunumunun düzenlenmesinden sorumlu hale gelirken, diğer bir grubun da bu hizmetlerin finansmanına yönlendirilmesi gerekmektedir (9/7).

Başlangıçta, Sağlık Sigorta Kuruluşu sadece genel pratisyen ücretleri ile ilaçların geri ödenmesinden sorumluydu. Sağlık Sigorta Kuruluşu genel pratisyenler ve eczahaneler ile anlaşmalar yaptı. Yaptığı bu anlaşmalar başarılı oldu ve bu anlaşmalarda belirli bir standart tutturuldu (11/3).

Sigorta kapsamı, bir dizi planlanmış aşama ile önemli ölçüde genişletildi. Sigorta primleri prensip olarak zorunlu ve 1997 yılında nüfusun yaklaşık %70'i sigorta sistemi kapsamına alındı. Son döneme değin, Sağlık Sigortası Kuruluşu finansal olarak sadece Kamu Sağlığı Merkezi doktorlarının maaşlarından ve temel ilaçlardan sorumluydu (2/19).

2000 yılında Sağlık Sigortası Kuruluşu iki pilot uygulama başlattı:

– Tiran İdari Birimi'ndeki Kamu Sağlığı Merkezlerinde çalışan sadece doktorların değil, hemşirelerin ve diğer personelin de ücretlerini ödemek, ayrıca bu tesislerin diğer maliyetlerini de karşılamaktı.

– Durress Bölgesel Hastahanesi'nin de finansmanını sağlamaktı.

Bu iki program, sağlık sigorta programının kapsamını genişletmekle ilgili olarak hükümetin bir stratejisidir. Bazı direnişlere rağmen, Sağlık Sigortası Kuruluşu Arnavutluk'taki sağlık hizmetlerinin bir numaralı finansörü olma yolunda ilerlemeye devam etmektedir (2/20).

#### II.3.4. Yerel Yönetimler

312 adet kırsal komündeki her yerel yönetimin kendi kamu sağlığı merkezi vardır ve yerel yönetimler kısmen bu merkezlerden sorumludurlar. Maliye Bakanlığı yerel yönetimlere personel ücretlerinin ödemesinin yanı sıra, ekipman, tamir, işletme ve güncelleme için kamu sağlığı merkezlerine ve sağlık ocaklarına bütçe tahsis etmektedir. Kentsel alanlarda ise Sağlık Bakanlığı'nın il idareleri halen bu tip hizmetlerin sahibi ve yöneticisi konumundadır (2/20).

#### II.3.5. Özel Sektör

Komünist rejimin 1990 yılında çöküşünden sonra özel sağlık hizmetleri Arnavutluk'ta tekrar ortaya çıkmıştır. Yeni düzenlemeler ve reformlar, çeşitli özel sektör hizmet ve tesisini teşvik etmiştir. Günümüzde özel sektör ilaç dağıtımı, diş hekimliği ve tedavi hizmetlerini sunmaktadır (2/20).

Arnavutluk'ta henüz özel hastahane ya da yataklı tedavi hizmeti veren bir kuruluş yoktur.

Özel sektör tesislerinin çoğu iyi donanımlı olup, iyi yapılmışlardır. Bu sağlık tesislerinin bir kısmı yabancı kaynaklardan, özel ajanslardan ya da dini kuruluşlardan da destek almaktadır.

Özel sektöre ait tesislerin verdikleri hizmetlerin denetlenmesine ilişkin herhangi bir düzenleme yoktur. Ayrıca, özel ve kamu sektörüne ait tesisler arasında veri iletişimi de görülmektedir (2/21).

#### II.3.6. Gönüllü Kuruluşlar

Hükümet dışı örgütler Arnavutluk için yeni bir olgudur. 1991-1992, 1997 ve 1999 krizlerinde birçok yabancı kuruluş, ülkede sivil toplum örgütlerinin kurulması konusunda cesaret ve destek vermiştir.

Hükümet dışı örgütler (sivil toplum örgütleri) 1999 Kosova krizinde hem devlet kurumlarından hem de Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği'nden daha hızlı hareket etmiş ve daha başarılı olmuşlardır.

Arnavutluk sağlık sektöründe de faaliyet gösteren birçok sivil toplum örgütü vardır. Bunlardan bazıları oldukça büyük ve iyi organize edilmiştir. Örneğin Arnavutluk Kızılhaçı ülkenin her ilinde şubeleri ve gönüllüleri bulunan bir örgüttür. Diğer örgütler ise orta büyüklükte ve bölgesel faaliyet gösteren kuruluşlardır. Hükümet dışı örgütlerin çoğunun finansman kaynağı genellikle yabancı kaynaklardır. Sağlık sektöründe faaliyet gösteren Hükümet dışı örgütler büyük bir şemsiye altında toplanmış, bilgi alışverişi ve işbirliği içinde hareket edebilmektedirler.

Ayrıca yine devletten bağımsız olarak faaliyetlerde bulunan Doktorlar Birliği, Hemşireler Birliği, Diş Hekimleri Birliği, Aile Hekimleri Birliği gibi mesleki birlikler de vardır. Ancak bunların genel amacı üyelerinin haklarını korumak ve mesleki gelişimlerini sağlamaktan öteye gitmez (2/21).

#### II.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Arnavutluk sağlık hizmetleri zayıf koşullarda ve uygun olmayan ekipmanlarla verilmektedir. Binalar genellikle 1960 ile 1980'li yılların başında inşa edilmiştir. Daha sonra tesislere ilişkin herhangi bir sermaye yatırımı yapılmamış olup, binalar eski, ekipmanlar hem eksik hem de eskidir. Hükümet 1990'lı yıllarda yatırımları artırmaya çalışmış, ancak sivil iç karışıklıklar sırasında sağlık tesisleri de çok zarar görmüştür (2/41).

Ekonomik problemler yüzünden sağlık sisteminin içyapısında yaşanan bozukluklar, üstesinden gelinmeyi bekleyen büyük bir sorundur. Bir diğer önemli sorun da Sağlık Bakanlığı'nın merkeziyetçi yapısıdır. Bakanlık planlama ve politika üretme gibi işlerle uğraşırken, yerel toplulukların ihtiyaçlarını gözden kaçırmaktadır. Yeni bir birim olarak Sağlık Politikası Ve Planlama Müdürlüğü'nün kurulması, yerleşme politikalarının henüz izlenmediği bir ortamda sağlık politikalarının değerlendirilmesi açısından önemli bir adımdır.

Sağlık hizmetleri sisteminde çakışan sorumlulukların ortadan kaldırılması ve sağlık hizmetlerinin daha iyi yürütülebilmesi için daha iyi bir bilgi sisteminin kurulması gerekmektedir. Sağlık hizmetleri sistemi mali yönetim, bütçe ayarlaması ya da bireylerle anlaşmalar yapılması konusunda yetersiz kalmaktadır. Çeşitli hastahaneler ve diğer kurumlar eski kriterlere göre kurulmuşlardır. Her hastahane ne tip imkânların ve ilaçların bulunması gerektiğini belirleyen standartlar yoktur. Hastahaneler de halkın ihtiyaçları doğrultusunda coğrafi olarak düzgün dağılmamıştır. Var olan hastahanelerin sürekliliğini sağlayabilmek için yeterli kaynak olmadığı gibi, elektrik, sağlıklı su ve tıbbi atık sistemi de mevcut değildir.

Sağlık sektöründe çalışan personel, kendi üretkenliklerini ve bilgi düzeylerini artırmak konusunda herhangi bir çaba göstermemektedir. Ücretlerin, yabancı ya da özel kuruluşlardakilerle kıyaslandığında çok düşük kalması da bunda etkili olmaktadır.

Daha çok kazanmak isteyen sağlık personelinin kırsal alanlardan kentlere göçmesi de önemli bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Gerek duyulan farklı alanlarda yetişmiş personelin dağılımının dengesiz olması da modern eğitim programlarının olmamasına ve var olan eski personele kendilerini farklı alanlarda yetiştirme şansı tanınmamasına bağlanabilir (12/44).

Elektrik kesintileri ve diğer problemler yüzünde aşuların uygun sıcaklıklarda saklanabilmesi mümkün olmamaktadır. Sağlık Bakanlığı ve UNICEF arasında yapılan bir anlaşma ile 2005 yılına değin 2 yaş altı çocukların ilk aşuları tamir edilmiştir (12/45).

#### II.4.1. Birincil Sağlık Hizmetleri

Sağlık Bakanlığı 1990'dan önce temel bir birincil sağlık hizmeti sistemi oluşturma yoluna girmiştir. Ancak 1991, 1992 ve 1997'de yaşanan krizlerde birçok birincil sağlık hizmeti tesisi zarar görmüştür. Sağlık Bakanlığı İstatistik Birimi'ne göre sağlık merkezlerinin sayısı 1994 yılında 702 iken, 2000 yılında 564'e düşmüştür. Aynı süreçte sağlık ocağı benzeri birimlerin sayısı da 1973'ten 1.582'ye düşmüştür.

Kırsal alanlarda tipik bir sağlık merkezi üç doktor ve hemşirelerden oluşur. Doktorların çoğu genel pratisyenlik konusunda eğitim almamıştır. Tipik bir sağlık ocağında, bir hemşire ya da ebe ile doğum ve çocuk sağlığı hizmetleri ile aşılama işlemleri yürütülür. Kırsal alan sağlık hizmetleri bazı bölgelerde ekipman eksikliği ve personel istifalarından dolayı işlevini yitirmiştir.

Kentsel alanlarda, büyük poliklinikler uzmanlaşmış ayakta tedavi hizmetleri sunarlar, ancak şu sıralarda halkın sağlık hizmetleri ile temaslarında ilk başvuru noktası olarak da görev yapmaktadırlar. Daha önce, hastalar bir uzmandan yardım almak için, (her ne kadar genel pratisyenler toplum içinde düşük bir statüye sahip olsalar da) genel pratisyen tarafından sevk edilirdi. Bu sevk sistemi artık işlemez haldedir. Sağlık Bakanlığı, genel pratisyenleri atlayarak uzmanlara başvurular için ücretlendirme sistemi uygulamaya sokmuş olsa da, bunun pek bir faydası olmamıştır. Sorun biraz karmaşıktır, çünkü uzmanlar gayri resmi rüşvet türü ödemeler almak için hastaları doğrudan kendilerine çekmek istemektedirler. Bu gayri resmi ödemeler (masa altı ödemeler) uzmanlar için önemli bir gelir kaynağı haline gelmiştir. Birincil sağlık hizmetlerini atlama alışkanlığının değiştirilmesi zordur ve hastalar hizmetlere başvuru için ilk temas noktası olarak uzmanları kullanmaya devam etmektedir.

Birincil sağlık hizmetlerinde reformlar 1992 yılında başlamış, birincil sağlık hizmeti sunan tesisler kamu malı olarak kalmış, sadece özel eczahaneler ve dış kliniklerine izin verilmiştir (2/41).

Genel pratisyenlik bir uzmanlık dalı haline getirilmiştir. Ayrıca varolan birincil hizmet doktorları için, kısıtlı sayıda, aile hekimliğine ilişkin eğitim verilmektedir. Bunların yanı sıra, yeni doktorlara tam bir genel pratisyenlik eğitimi verecek yüksek lisans fakültesi de açılmıştır (11/3).

Diş sağlığı hizmetleri genellikle özel sektör tarafından sunulmaktadır. Ancak 18 yaşına kadar olan genç nüfus için ve acil servislerde diş sağlığı hizmetlerinden ücret alınmamaktadır (13/7).

Birincil sağlık hizmetleri politikası Avrupa Birliği'nin de desteğiyle, her orta büyüklükteki toplulukta bir sağlık merkezi ve her köyde bir sağlık ocağı ilkesine yönelmiştir. Sağlık merkezlerinin polikliniklerden, tıp merkezlerinden ve hastahanelerden farklı yerlere kurulmasına dikkat edilmiştir. Birçok sağlık merkezleri yenilenmiş ve yeni ekipmanlarla donatılmıştır. Sağlık Bakanlığı ayrıca bazı dış kaynaklardan aldığı finansmanı yeni sağlık merkezlerinin inşası için kullanmıştır (2/42).

Birincil sağlık hizmeti verilen kuruluşların 1994-2000 yılları arasındaki sayıları Tablo 1'de verilmiştir.

**Tablo 1: Birincil Sağlık Hizmeti Tesisleri**

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<b>Sağlık Merkezleri</b>	702	622	637	637	637	567	564
<b>Sağlık Birimleri</b>	1.973	1.832	1.747	-	-	1584	1.582

**Kaynak:** (2) Health Care System In Transition: Albania, (2002), s. 42.

Sağlık Bakanlığı'nın politikası birincil sağlık hizmetlerinin genel pratisyenler tarafından yürütülmesi yolundadır. Planlamada bir genel pratisyen başına kentsel alanlarda 2.000 kişi, kırsal alanlarda 1.700 kişi düşecek bir dağılım öngörülmektedir. Birincil sağlık hizmetleri ikincil sağlık hizmetlerine başvuru noktası olarak rol oynayacaktır. Ancak bunun böyle olmasını garantileyecek bir düzenleme oluşturulmuştur. Hastalar istedikleri doktora kayıt olabileceklerdir ve Sağlık Sigorta Kuruluşu hasta başına, coğrafik konum ve diğer kriterlere göre ücret ödeyecektir.

Birincil sağlık hizmetleri ağı çocuklar, kadınlar ve yaşlılar gibi korumasız gruplara hizmet verecek biçimde yapılmıştır. Sağlık merkezi binalarının yenilenmesi ve inşa edilmesi, sağlık hizmetlerine erişimi özellikle kırsal alanlarda kolaylaştıracak bir yol olarak kabul edilmektedir. Ancak, bazı raporlar birincil sağlık hizmeti sunan merkezlerin, özellikle de kentsel alanlara yakın yaşayan kesimlerce tam anlamıyla kullanılmadığını göstermektedir.

● Kırsal alanlardaki sağlık merkezlerinde kısıtlı sayıda yatak vardır, bunların çoğu da doğum hizmetlerine yöneliktir. 1999 yılı rakamlarına göre 166 sağlık merkezinde toplam 679 yatak vardır. Buna rağmen bu tesislerde yatak doluluk oranı %10'u aşmaz (2/42).

Birincil sağlık hizmetleri içinde ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması gibi hizmetlerin yanı sıra kamu sağlığı, koruyucu hizmetler ve sağlık eğitimi, gibi hizmetler de eklenecektir. Ruh sağlığı hizmetlerinin de birincil sağlık hizmetleri içinde verilmesi planlanmaktadır (2/44).

#### II.4.1.1. Aile Planlaması

Kürtajın 1991 yılında serbest bırakılması ile anne ölüm oranları yarı yarıya azalmıştır. Kürtaj ülke çapında çok yaygındır ve Sağlık Bakanlığı verilerine göre her iki canlı doğuma karşı bir kürtaj gerçekleşmektedir. Bu oran 1992 yılından beri özellikle genç kadınlar arasında artmaktadır. Tüm ülke çapındaki kürtajların yaklaşık %30'u Tiran'da gerçekleştirilmektedir (14/7).

Kürtajın engellenmesi için halkın aile planlaması konusunda bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Araştırmalar kadınların çoğunun gebelikten korunma yöntemlerinden ve aile planlaması kavramından habersiz olduğunu göstermektedir. Bu konularda bilgisi olanların bazılarında ise gebeliği önlemenin zehirleyici ya da zararlı olduğu konusunda yanlış bilgilere sahip oldukları görülmüştür (14/8).

#### II.4.2. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri

Hastahanelerin tümü kamu sektörüne aittir. Çoğu Sağlık Bakanlığı'nın olup, üç düzeyde hizmet sunarlar: Ulusal, bölgesel ve il.

Arnavutluk'taki hastahane yatağı/nüfus oranı Avrupa'nın en düşük oranıdır (2/47).

Hastahane yataklarının yıllara göre sayısı ve kullanımları tablo 2'de verilmiştir.

**Tablo 2: Hastahane Yatak Sayıları Ve Kullanım Oranları**

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
1000 kişiye düşen yatak sayısı	4,0	3,7	3,0	3,2	3,1	3,0	3,0	3,0	3,2
Her 100 kişiden başvuru sayısı		8,96	8,67	8,96	7,7	8,27	8,0	-	
Ortalama yatış süresi (gün)	12,7	9,0	9,0	8,2	8,1	7,9	7,6	7,1	-

**Kaynak:** (2) Health Care System In Transition: Albania, (2002), s. 49.

Göreceli olarak hastahane yatak sayısının düşük olmasına karşın, hastahanelere başvuru oranları da düşüktür. Araştırmalara göre, Arnavutluk'taki fakir halk hastahanelere gitmekten çekinmektedir, çünkü gayri resmi (masa altı) ödemeleri yapabilecek mali gücü yoktur. Ayrıca hizmetlerin kötülüğü, ilaçların kıtlığı, hijyenik olmayan koşullar gereken durumlarda bile hastahane kullanımı konusunda çekimserlik yaratmaktadır.

İkincil (ikinci kademe (yataklı) tedavi) sağlık hizmetleri genellikle il hastahaneleri tarafından verilir. İl hastahanelerinde asgari dört temel uzmanlık hizmeti bulunur: Dahiliye, pediatri, genel cerrahi ve jinekoloji. Birinci kademe sağlık hizmeti sunan kuruluşların verdiği sevklerin yanı sıra, doğrudan hasta başvurularını da kabul ederler.

Bölgesel düzeydeki hastahaneler genellikle ileri düzeyde ikincil sağlık hizmeti sunarlar. Bölge hastahanelerinde yaklaşık 500 yatak bulunur ve buralarda daha geniş tıbbi hizmet ve gelişmiş cerrahi müdahaleler yapılır (2/52).

Ulusal düzeydeki hastahaneler ihtisas hastahaneleridir. Üçüncül sağlık (üçüncü kademe tedavi) hizmetlerine ihtiyacı olan hastalar 1.500 yataklı Üniversite hastahanesine ya da diğer ihtisas hastahanelerine giderler. Ayrıca psikiyatrik bakım, verem tedavi ve rehabilitasyon hastahaneleri de vardır (2/53).

Ayrıca kaplıcalarda ve çamur banyolarında da yataklar mevcuttur, ancak buralar sağlık hizmetleri sistemi içinde ele alınmazlar (2/55).

### **II.5. Sosyal Hizmetler**

1999 yılında nüfusun sadece %5,8'lik kısmı 65 yaş ve yukarıdadır. Yaşlılar dışında ruhsal özürlüler, çocuklar, kadınlar ve risk altındaki aileler için de sosyal hizmetler sunulmaktadır.

Arnavutluk'ta aile bağları güçlüdür. Yaşlılara yönelik huzurevleri birkaç tanedir ve hastahanelerde yaşlılara yönelik uzun dönemli bakım hizmeti sunulmamaktadır.

Ruh sağlığı ile ilgili uzun dönemli tedavi hizmeti veren birkaç büyük hastahane vardır, ancak bakımın kalitesi çok kötüdür ve hastalar ailelerinden yalıtılmış olarak tutulmaktadır. Bazı il hastahanelerinde psikiyatri bölümleri vardır, ancak sadece akut vakalar için tedavi hizmeti sunarlar (2/55).

### **II.6. İnsan Kaynakları Ve Eğitim**

Nüfusunun büyüklüğü ile kıyaslandığında sağlık personeli sayısı diğer Avrupa ülkelerine oranla çok düşüktür. Diğer önemli bir problem de, sağlık hizmeti sunanların büyük bir çoğunluğunun kentsel alanlarda yoğunlaşmış olmasıdır. 1999 yılı verilerine göre sağlık sektöründe toplam 25.670 kişi çalışmaktadır. Sağlık personelinin mesleki dağılımları Tablo 3'te verilmiştir (2/56).

Doktorlar, Tiran Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitim görürler. 1992 yılından beri rekabetçi bir ortamda seçilecek öğrenci sayısı hükümet tarafından belirlenir. Tıp doktoru decesesi almak için 6 yıllık bir eğitimden geçmek gerekir. Yılda ortalama 200 öğrenci mezun olur, bunlara dış hekimleri ve eczacılar da dahildir. Uzmanlık eğitimi alınması için bir sınava girilmesi şarttır ve uzmanlık eğitimlerinin çoğu 3-4 yıl sürer.

1997 yılından önce genel pratisyenlik konusunda eğitim verilmemekteydi. Bu yüzden, genel pratisyenler mezuniyet sonrasında iki yıllık bir eğitime tabi tutulurlardı. Genel pratisyenlik genç doktorlar arasında en az tercih edilen mezuniyet sonrası eğitimidir (2/58).

Hemşirelik eğitimi ortaöğretim sonrası kolejlerde verilmektedir. 1994 yılında ilk Hemşirelik Fakültesi Vlora'da açılmıştır. Ayrıca Tiran, Elbasan ve Korçe'de hemşirelik kolejleri vardır (2/61).

**Tablo 3: Sağlık Hizmeti Personeli (1.000 kişi başına)**

	1994	1995	1996	1997	1998	1999
<b>Hekim</b>	1,32	1,32	1,33	1,34	1,35	1,36
<b>Diş Hekimi</b>	0,39	0,39	0,41	0,40	0,41	0,34
<b>Lisanslı Hemşire ve ebeler</b>	4,47	4,40	4,35	4,82	3,77	3,97
<b>Eczacılar</b>	0,29	0,29	0,30	0,30	0,30	0,28
<b>Mezun olan Hekim</b>	0,11	0,10	0,10	0,10	0,9	0,05

**Kaynak:** (2) Health Care System In Transition: Albania, (2002), s. 58

## II.7. Sağlık Sisteminin Finansmanı

Arnavutluk sağlık sisteminin finansman düzeyi çok düşüktür ve son 10 yıl içinde sektör en az finansmanla en çok ne yapılabilir konusuna üzerine yoğunlaşmıştır. 1992 yılında çok partili sisteme geçildikten sonra hükümetin karşılaştığı en önemli problem, verilen çok küçük devlet bütçesi ile temel sağlık hizmetlerinin nasıl verilebileceği idi. 2000 yılı verilerine göre sağlık harcamaları için devlet bütçesinden %9,9'luk bir oran ayrılmıştır.

Arnavutluk sağlık sisteminin finansmanı vergi gelirleri ve zorunlu sigorta gelirlerinden oluşur. 1999 yılı verilerine göre %59'u devlet bütçesinden, %29'u doğrudan kişisel ödemelerden, %4'ü işveren sigorta primlerinden ve %8'i dış kaynaklardan karşılanmıştır. Sağlık Sigorta Kuruluşu %8,5'i devlet bütçesinden, %4,3'ü işveren ve %4,4'ü bireysel primlerden oluşmak üzere sağlık fonlarının %17'sini sağlamıştır.

Devlet, sağlık sisteminin en büyük finansman kaynağı olarak kalırken, katkı oranı 1990'da %80'den 1999'da %60'ın altına inmiştir. Bunda en önemli sebep doğrudan kişisel ödemelerdeki artış ve sağlık sigortası primleridir (2/27).

2000 yılı verilerine göre Arnavutluk'ta sağlık harcamaları gayri safi yurt içi hasılanın %3,4'ünü oluşturur. Bunun %2,1'i kamu sektörüne, %1,3'ü de özel sektöre aittir. Kişi başına düşen yıllık sağlık harcaması 129 \$'dır (10/255).

1999 yılına ilişkin finansman kaynakları ve harcamalar Tablo 4'te verilmiştir.

Sağlık Sigorta Kuruluşu'na ödenen primler düşük tutulmuştur. Farklı gelir gruplarına göre farklı oranlarda prim alınır. Sağlık sigortası kısıtlı sağlık hizmetleri ve ilaçlar için kullanılabilir. Çocuklar, evde çalışan kadınlar ve yaşlılar otomatik olarak sigorta kapsamı içindedirler ve primleri devlet bütçesi tarafından ödenir. Aktif işgücünün %40'ı sigorta kapsamı içine alınmıştır. Çiftçiler nüfusun yaklaşık dörtte birini oluşturduğu halde, en düşük toplam prim ödemesini yaparlar (%4). Bunun en önemli nedeni çiftçilerin ödeme sıkıntısı içinde olmalarıdır. Diğer bir neden de sağlık sigorta sistemine dahil olmalarının getirdiği yararlardan habersiz olmalarıdır.

Sigorta primleri Sosyal Sigorta Kuruluşu'nun il bürolarınca toplanır. Primler sağlık risk gruplarına göre değil gelire göre belirlenir. Primler net gelirin %3,5'i kadardır ve işçi ile işveren arasında eşit olarak paylaşılır.



Serbest meslek sahipleri gelir düzeylerine göre %3 ila %7 arasında prim öderler. En düşük prim oranı çiftçilere aittir (2/26).

Sağlık sigortası primleri değişik gruplar için değişik oranlardadır. Şehirlerdeki serbest meslek sahibi kimseler için oran asgari ücretin %7'si kadardır. Ülkenin kırsal alanlarında bu oran asgari ücretin %5'i, dağlık kesimlerde ise %3'ü kadardır. Uygulamada, bu primler isteğe bağlı olarak ödenir (9/5).

Finansmanın diğer kaynakları şunlardır:

- Doğrudan kişisel ödemeler,
- İsteğe bağlı sağlık sigortası,
- Dış finansman kaynakları (2/27).

**Tablo 4: Finansman Kaynakları Ve Harcamalar**

Kaynaklar Ve Harcama Yerleri	Toplamın %'si
<b>Devlet Kaynakları</b>	<b>58,7</b>
Devlet Bütçesinden Sağlık Bakanlığı'na	47,5
Devlet Bütçesinden Sağlık Sigorta Kuruluşu'na	8,5
Devlet Bütçesinden Yerel Yönetimlere	2,7
<b>Kişisel Harcamalar</b>	<b>29,0</b>
İlaçlar	13,0
Sağlık Sigorta Kuruluşu'na bireysel prim ödemeleri	4,4
Hizmet sunucu ücretleri (gayri resmiler dahil)	6,8
Dış Hekimleri	4,0
Kullanıcı ücretleri ("ikincil gelirler")	0,8
<b>Dış Finansman</b>	<b>8,0</b>
<b>Sağlık Sigorta Kuruluşu'na İşveren Katkıları</b>	<b>4,3</b>
<b>Toplam</b>	<b>100,0</b>

● **Kaynak:** (2) Health Care System In Transition: Albania, (2002), s. 28.

### III. ARNAVUTLUK VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Arnavutluk ve Türkiye'nin sağlık sistemlerinin karşılaştırılmasında yardımcı olabilecek bazı göstergeler Tablo 5'te verilmiştir.

**Tablo 5: Arnavutluk Ve Türkiye İle İlgili Bazı Göstergeler**

GÖSTERGELER	ARNAVUTLUK	TÜRKİYE
Kişi Başına Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (\$)	4.500 *(2002)	5.890 (2001)
Sağlık Harcamalarının Gayri Safi Yurt İçi Hasılaya Oranı (%)	Kamu: 2,7 Özel: 0,3	Kamu: 3,6 Özel: 1,4
Kişi Başına Düşen Yıllık Sağlık Harcaması (\$)	129	315
Bebek Ölüm Hızı (1000 doğumda)	26	36
Beklenen Yaşam Süresi	73,4	70,1
100.000 Kişiye Düşen Hekim Sayısı	133	127
Tüberküloz Vakaları (100.000 kişide)	21	25
Doğurganlık Oranı (Kadın Başına)	2,3	2,4

**Kaynak:** (10) UNDP, (2003) Human Development Index s. 238, 251, 255, 259.  
\*(4) Albania s. 6.

Arnavutluk'ta, 1990 yılında komünist rejimin yıkılması ve 1992'de çok partili yaşama geçiş ile birlikte her alanda yaşanan toplumsal değişimler sağlık sektöründe de önemli değişikliklere neden olmuştur.

Önce, idari yapıda önemli değişiklikler yapılmaya başlanmış, komünist rejim döneminde uygulanan Sovyet Semaşko modelinin yerini, merkeziyetçilikten uzaklaşan bir idari yapı almaya başlamış, sağlık hizmetleri ulusal, bölgesel ve il idareleri düzeyinde olmak üzere üç idari aşamaya ayrılmış, bölgesel uygulamalar için 2 ilden oluşan Tiran idari birimi pilot bölge olarak seçilmiş ve bu bölgede kurulan Tiran Bölgesel Sağlık İdaresi otonom bir yapıya kavuşturulmuştur. Burada amaçlanan, Sağlık Bakanlığı'nın sağlık sistemi üzerindeki idari yükünü hafifletip, Bakanlığı sağlık politikaları ve stratejileri belirleyen bir yapıya kavuşturmaktır.

Türkiye'de kamu sağlık hizmetleri önemli ölçüde merkeziyetçi bir yapıya sahip olup, yapılması planlanan değişiklikler ile, sağlık hizmetlerinin sunumunun yerel idarelere bırakılması hedeflenmektedir. Hastahanelerin özerk bir yapıya kavuşturulması konusunda yapılan çalışmalar henüz gerçekleşmemiştir.

Arnavutluk'taki sağlık hizmetlerinde özelleştirme çalışmaları da teşvik edilmektedir. Ancak, özel sektör sadece birincil sağlık hizmetlerinde küçük sağlık hizmeti sunucuları, diş hekimleri ve eczacılar arasında vardır. Özel sektöre ait büyük bir sağlık kuruluşu ya da hastahane yoktur.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinde yaygın olan özel sektörün payı gün geçtikçe artmakta olup, sağlık sektörünün hemen hemen her alanında özel sektöre ait yatırımlar gözlenmektedir.

Arnavutluk'ta yaşanan siyasi karışıklıklar, iç isyanlar, ekonomik krizler ve mülteci akınlarından dolayı sağlık sisteminin finansman kaynakları yetersiz kalmaktadır. Sağlık tesislerinin çoğu eski binalarda verilmekte olup, önemli oranlarda ekipman ve ilaç sıkıntısı yaşanmaktadır. Acil servis hizmetlerinin yetersiz kaldığı ülkede, önemli travma olaylarında hastalar Yunanistan'a sevk edilmektedir.

Türkiye'de sağlık tesislerinin ve sağlık hizmetlerinin kalitesi ve yaygınlığı yeterli olmasa da, Arnavutluk'a göre daha iyi durumdadır. Ekipman ve ilaç yönünden Arnavutluk'a göre çok daha iyi durumda olduğu söylenebilir.

Arnavutluk'ta sağlık sigortası 1995 yılında uygulamaya koyulmuş olup, sağlık sigortası kapsamında verilen hizmetler birinci kademe tedavi hizmetleri ile ilaçlarla sınırlıdır. Zorunlu sağlık sigorta primlerinin olması nedeniyle Arnavutluk için, kamu hizmet ve harcamalarının da önemli payının olduğu, Refah Yönelimli / Sigorta sağlık sistemi uygulanmaktadır denilebilir. İsteğe bağlı sağlık sigortası alanında faaliyet göstermek isteyen firmalara izin verilebildiği halde, bu alanda faaliyet gösteren firma yoktur.

Türkiye'de sağlık sigorta sistemi uzun yıllardır sosyal sigorta kapsamında yürürlükte olup, sunduğu olanaklar Arnavutluk'a oranla daha geniş kapsamlıdır. Türkiye'de Refah Yönelimli / Sigorta sağlık hizmetleri sistemini esas alan bir politika izlenmektedir. Ancak, yanlış siyasi kararlar sonucunda sosyal sigorta sistemi mali sıkıntıya girmiştir. Öte yandan sağlık sisteminde özel sektörün artan payına bağlı olarak, isteğe bağlı özel sigorta sistemi gelişmektedir.

**KAYNAKLAR**

1. Ana Yayıncılık A.Ş. (2000) AnaBritannica Genel Kültür Ansiklopedisi, Ana Yayıncılık A.Ş., Cilt 2, İstanbul.
2. Tragakes, E.(ed) (2002) Health Care System In Transition Albania, European Observatory On Health Care System, Kopenhag.
3. CIA (2003) The World Factbook- Albania  
<http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/al.html>
4. Albania (2004) <http://www.countryreports.org/content/albania.htm>
5. --- (2002) Primary Health Care Initiative: Albania  
<http://www.saeworld.org/albania.html>
6. Albania – Looking At Health Care  
<http://www.settlement.org/cp/english/albania/health.html>
7. Arnavutluk <http://www.yurdum.com/Kitalar/Avrupa/arnavutluk.htm>
8. --- (2003) “Albania: The Development of Public Health Insurance 1995-2000”  
[www.ihsd.org/docs/reynolds.pdf](http://www.ihsd.org/docs/reynolds.pdf)
9. --- (2003) “Organization and Financing of Primary Health Care in Albania: Problems, Issues, and Alternative Approaches”  
[www.synergyaids.com/documents/Albania\\_PrimaryHlthCare.pdf](http://www.synergyaids.com/documents/Albania_PrimaryHlthCare.pdf)  
(Sayfa numarası araştırmacılarca verilmiştir.)
10. UNDP (2003) Human Development Index  
<http://hdr.undp.org/reports/global/2003/>
11. --- (2000) “Albania Health Briefing Paper”  
[www.healthsystemsrc.org/publications/country\\_health/Albania.pdf](http://www.healthsystemsrc.org/publications/country_health/Albania.pdf)  
(Sayfa numarası araştırmacılarca verilmiştir.)
12. --- (2002) Common Country Assesment Albania  
[www.balioannetwork.org/info/CCA\\_June15Y05.pdf-479k-](http://www.balioannetwork.org/info/CCA_June15Y05.pdf-479k-)
13. --- (2001) “Fourth Meeting of the Expert Network on Health Care Reform Strategies in Southern Europe (Southnet)”  
[www.who.dk/humanresources/20020916\\_22](http://www.who.dk/humanresources/20020916_22)
14. Establishing and Maintaining Reproductive Health Programs in Countries Coping with the Effects of War and Civil Strife: Experiences in Albania, Cambodia, and Eritrea  
<http://www.seats.jsi.com/publications/26Wartorn/Wartnweb.pdf>.

A. ERDAL SARGUTAN