

AZERBAYCAN SAĞLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDİTÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Ersin BİÇER
Ahmet YILDIZ
Özgür YAKUT
Mesut TELEŐ
Cahit KORKU

A. ERDAL SARGUTAN

AZERBAYCAN SAğLIK SİSTEMİ

ÖZET	402
I. ÜLKE TANITIMI	403
I.1. Coğrafi Konum Ve Yapı	403
I.2. Tarihçe	403
I.3. İdari Ve Siyasi Yapı	405
I.4. Nüfus Ve Etnik Yapı	407
I.5. Kültür	407
II. SAğLIK SİSTEMİ	408
II.1. Sağlık Statüsüne Genel Bir Bakış	408
II.2. Sağlık Sisteminin Tarihçesi	410
II.3. Sağlık Sisteminin İdari Yapısı	411
II.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	415
II.4.1. Birincil Sağlık Hizmetleri	415
II.4.1.1. Kamu Sağlığı Hizmetleri	416
II.4.2. İkinci Ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri	416
II.4.3. İnsan Kaynakları Ve Eğitim	417
II.4.4. Eczacılık Sektörü	418
II.5. Sağlık Sisteminin Mali Yapısı	418
II.6. Azerbaycan Sağlık Sisteminin Sorunları	419
II.7. Sağlık Reformları Ve Uygulamaları	422
III. AZERBAYCAN VE TÜRKİYE SAğLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	424
KAYNAKLAR	426

ÖZET

Azerbaycan, 1995 yılında Sovyetler Birliği'nden bağımsızlığını kazanmış bir ülkedir. Sağlık sisteminin şimdiki yapısı hem işleyiş hem de tesis olarak Sovyetler Birliği sisteminden miras kalmıştır.

Azerbaycan sağlık sistemi merkeziyetçi bir yapıya sahiptir. Sağlık sisteminin başında Sağlık Bakanlığı yer almaktadır. Bakanlık ülkedeki hastahanelerin büyük bir kısmına sahiptir ve sağlık hizmetlerinin bir kısmını yerel idareler aracılığıyla yürütmektedir. Maliye ve sağlık politikaları açısından karmaşık bir yapı gösterir. İl sağlık idareleri sağlık hizmetinin sunumunda Sağlık Bakanlığı'nın direktifleri doğrultusunda hareket ederler, ancak mali açıdan il idareleri tarafından ayrılan bütçelere bağımlıdır.

Azerbaycan, nüfusuna oranla oldukça fazla sayıda sağlık tesisine sahiptir. Bunun en önemli nedeni, Sovyetler döneminde sağlık hizmetlerinin her bölgeye eşit oranda götürülmesi konusunda gösterilen çabadır. Ancak bazı bölgelerde, özellikle dağlık alanlarda sağlık tesisleri için personel bulunmamakta, özellikle doktorlar kentsel alanlarda çalışmayı tercih etmektedirler.

Azerbaycan sağlık sistemi içinde standart sağlık tesisleri ağına ek olarak bir sanatoryum ağı da mevcuttur.

Hükümet dışı ve çok ortaklı kuruluşlar sağlık hizmetinin sunumunda ve yeni politikalar geliştirilmesinde önemli rol oynarlar. Birinci basamak sağlık hizmeti birimleri hizmeti sunmak yerine hastaları sevk etmeye yöneldiklerinden, hastalar bu birimleri atlayarak doğrudan hastahanelere başvurmaktadır.

Ülkede emeklilik fonu, işsizlik fonu, sosyal sigorta fonu bulunmaktadır. Bu fonlar, işveren ve işçi primlerinden finans kaynağı sağlasalar da, vergilerden oluşan devlet bütçesinden gelen pay ana kaynağı oluşturmaktadır. Halkın tamamı sosyal güvenlik sahibi değildir. Azerbaycan'da sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı oldukça düşüktür. Devletin sağlık harcamaları için ayırdığı finansmanın en önemli kaynağı toplanan vergilerden ayrılan paydır. Azerbaycan sağlık harcamalarının büyük bir kısmını kişilerin yaptıkları doğrudan ödemeler oluşturmaktadır.

Birinci, ikinci ve üçüncü kademe sağlık hizmetleri, halk sağlığı hizmetleri Bakanlık tarafından organize edilmiş kurumlar tarafından sunulur. Hizmetlerin finansmanı devlet hazinesinden Sağlık Bakanlığı'na ayrılan paydan sağlanır. Ancak yerel yönetimler de bölgelerindeki hastahanelere, kliniklere, dispanserlere mali açıdan kaynak aktarırlar.

Azerbaycan'da eczacılık sektörü gelişmemiştir. İlaç üretimi oldukça düşüktür ve eczacılık sektörünün en önemli sorunu, devletin ilaç ithalatını tam olarak kontrol edememesi ve bu yüzden ülkeye gümrüksüz ve denetimsiz olarak giren ilaç miktarının çok yüksek olmasıdır.

Azerbaycan Özel Teşebbüs / Serbest Pazar tipi yerine Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemi oluşturmaya çalışmaktadır.

AZERBAJYCAN SAĞLIK SİSTEMİ

I. ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	: Azerbaycan Cumhuriyeti
YÖNETİM BİÇİMİ	: Cumhuriyet
YÜZÖLÇÜMÜ	: 86.600 km ²
NÜFUS	: 7.798.497 kişi
BAŞKENTİ	: Bakü
PARA BİRİMİ	: Manat (4/3)

I.1. Coğrafi Konum Ve Yapı

Ülke 44° ve 52° doğu boylamında, 38° ve 42° kuzey enleminde yer almaktadır. Bakü 40° enlem üzerindedir. Bakü'den Kuzey Kutbuna olan mesafe 5.550 km ve Ekvatora olan mesafe ise 4.440 km'dir.

Batıda Ermenistan (1007 km), güneybatıda Türkiye (13 km), kuzeybatıda Gürcistan (480 km), güneyde İran (756 km), kuzeyde Rusya Federasyonu (390 km) ve doğusunda Hazar Denizi (713 km). Sınırlarının toplam uzunluğu 3600 km'dir.

Önemli nehirleri Kür, Aras, Alazani, Samur, Terter, Kanık, Genceçay ve Beylegan'dır. Önemli gölleri ise dünyanın en büyük gölü olan Hazar Denizi (Yüzölçümü 400.000 km², derinliği 1025 m), Sarısu, Ağgöl, Ağzıbirçala, Mehman, Büyükşor, Hacıkabul'dur.

Ülkede iklim kuru ve subtropikal karakterdedir. Kuzey bölgesinde kuru karasal iklim hakimdir (4/3).

I.2. Tarihçe

Çok eski bir tarihe sahip olan Azerbaycan bir çok kavimler için geçit bölgesi olmuştur. Azerbaycan adının Büyük İskender'in ölümünden sonra (M.Ö.323) burayı yöneten komutanlardan Atropates'ten geldiği söylenmekle birlikte Mecusi diniyle ilgili olarak "Ođ" anlamındaki Azer ve "Muhafız" anlamındaki Baygan kelimelerinden geldiği, Oğlar Ülkesi anlamına gelen Azerbaycan olarak adlandırıldığı belirtilmektedir. Bütün bunların yanında bölge adının çok eski dönemlerden beri burada hakimiyet süren Hazar (Kasar) Türklerinden geldiği daha kuvvetli ihtimal olarak belirtilmektedir. Türk boyları Azerbaycan'a Milattan önceki dönemlerde Sakalar ve İskitler'le gelmeye başlamışlardır. Bundan sonra Avarlar, Uzlar, Peçenekler, Kıpçaklar, Alpagutlar, Çepnikler, Halaçlar, Türkanlar vb. Orta Asya'dan Azerbaycan'a gelerek devlet kurmuşlardır.

Azerbaycan 7. Yüzyılın ortalarında kısa bir süre Arapların eline geçmişse de bu hakimiyet uzun sürmemiştir. Bu dönemde bölgenin Türkleşmesi büyük ölçüde tamamlanmış durumdaydı.

19. Yüzyılda Azerbaycan

Bu dönemde Ruslar'ın Kafkaslar'ı ele geçirme çabaları karşısında Hanlıklar Ruslara karşı ortak hareket etme kararı almışlardır. Ancak bir çok önemli bölge Rusların eline geçmiş, İran da bu bölgede üstünlük kurmaya çalışmıştır. 10 Şubat 1828'de Rusya ile İran arasında yapılan Türkmençay (Tebriz yakınlarında) anlaşmasına göre Aras nehrinin güney kısmında yer alan ve Azerbaycan topraklarının 2/3'ünü oluşturan Güney Azerbaycan İran'a, Aras nehrinin kuzeyinde yer alan Kuzey Azerbaycan ise Rusya'ya bırakılmıştır. Bu tarihten sonra Ruslar Karabağ ve Erivan'a sistemli bir şekilde Ermeniler'i yerleştirmiştir.

Bağımsız Azerbaycan Devleti (1918 – 1920)

İlk bağımsız Azerbaycan Devleti 28 Mayıs 1918 tarihinde Çarlık Rusyası'ndan bağımsızlıklarını kazanmış olan vilayetlerin birleştirilmesi ile "Azerbaycan Demokratik Cumhuriyeti" olarak kurulmuş ve Cumhurbaşkanı'na da Mehmet Emin Resulzade getirilmiştir. Osmanlı İmparatorluğu yeni Azerbaycan Devletini derhal tanımıştır. Bu dönemde yeni Azerbaycan Devleti bir taraftan iç karışıklıklarla uğraşırken, diğer taraftan da Rusya, Ermenistan ve İran'ın saldırıları karşısında direnmeye çalışmış ve Osmanlı Devleti'nden yardım istemiştir. Bu dönem aynı zamanda Batılı Devletlerin Azerbaycan'ın zengin petrol kaynaklarını keşfetme dönemine rastladığından Azerbaycan'daki Türk unsurunu ortadan kaldırmak için Ermenistan, Rusya ve İran'ın yanında Alman ve İngilizler de Türklere karşı cephe almışlardır. Osmanlı Ordusu işgal edilmiş olan Azerbaycan topraklarını kurtardıktan sonra bölgeden çekilmiştir. Sürekli istikrarsızlık içinde bulunan Azerbaycan'ın bu bağımsızlığı ancak 23 ay devam etmiştir. 1920 yılında 27 Nisan'ı 28 Nisan'a bağlayan gece Sovyet Kızılordu'sunun Azerbaycan'ı işgali ile bağımsız Azerbaycan Devleti sona ermiştir. Bu tarihten sonra başlayan 70 yıllık bir sürede "Azerbaycan Sovyet Sosyalist Cumhuriyeti" olarak Sovyetler Birliği'ne bağlı 15 Cumhuriyetten biri olmuştur. İlk bağımsız Azerbaycan Devleti Türk tarihi boyunca adı "Demokratik Cumhuriyet" olan ve Latin alfabesini ilk benimseyen Türk Devleti olması bakımından da önem taşımaktadır.

Sovyetler Birliği Dönemi

Azerbaycan Sovyet Kızılordusu tarafından işgal edildikten sonra 1922'de Kafkasya ötesi Sosyalist Federal Sovyet Cumhuriyeti'ne katılmış, 1936'dan sonra ise "Azerbaycan Sovyet Sosyalist Cumhuriyeti" adını almıştır. Azerbaycan Sovyetler Birliği'ne katıldıktan sonra sürekli toprak kaybetmiştir. 1920 yılında 114.000 km² olan yüzölçümü bugün 86.600 km²'ye düşmüştür. Stalin zamanında yapılan düzenlemelerle Ermenistan Azerbaycan, Nahçıvan Özerk Cumhuriyeti ve Türkiye arasına uzatılarak hem Azerbaycan'la Nahçıvan'ın, hem de Anadolu Türkleri ile Azerbaycan Türklerinin bağlantısı kesilmeye çalışılmıştır.

1990 Sonrası Azerbaycan

1920'den itibaren 70 yıllık bir süreyle Sovyetler Birliği'nin bir parçası olan Azerbaycan 1990'da Sovyetler'in dağılma sürecine girmesiyle bağımsızlık hareketlerine sahne olmuştur.

Azerbaycan Halkının bağımsızlık isteği 19-20 Ocak 1990 tarihinde Sovyet ordusu tarafından kanlı bir şekilde bastırılmışsa da, bağımsızlık hareketinin önüne geçilememiştir. Bu olaylardan sonra bağımsızlık hareketleri daha da hızlanmış, ülkede geniş bir taban desteği bulan Halk Cephesi Hareketi'nin baskısıyla 30 Eylül 1991 tarihinde Azerbaycan bağımsızlığını ilan etmiştir. 70 yıllık aradan sonra 7 Haziran 1992 tarihinde ilk defa yapılan demokratik Cumhurbaşkanlığı seçimlerinde Halk Cephesi Lideri Ebülfez Elçibey Cumhurbaşkanlığına getirilmiştir.

Elçibey yönetimi bir taraftan Ermeniler'le devam eden Karabağ problemini çözmeye çalışırken diğer taraftan iç düzeni sağlamaya gayret göstermiş. Sovyetler Birliği döneminden kalma eski yapıyı süratle değiştirme yoluna gitmiştir. Ancak, devralınan ağır sosyal ve ekonomik problemler ve kadro yetersizliği bir çok reformun yapılmasına engel olmuştur. Bunun yanında tekrar Latir Alfabesine geçilmiş, Devlet Dili Anayasa'da "Türk Dili" olarak belirlenmiş, Azerbaycan'daki Rus Ordusu çıkarılmış, ilk defa milli para "Manat" tedavüle çıkarılarak kullanılmaya başlanmış, uluslararası bir çok kuruluşa üye olunmuş, başta Türkiye olmak üzere dünya ülkeleri ile ekonomik, sosyal, kültürel, diplomatik ilişkilere girilmiştir. Yine bu dönemde ilk defa toprak ve tarım reformu çalışmaları yapılmış, ordunun modernizasyonu sağlanmış, Türkiye ile karşılıklı öğrenci değişimi başlatılmış, Azerbaycan'da Türk Dili ile eğitime itibar kazanmıştır. Başta Yabancı Sermaye Kanunu olmak üzere, Özelleştirme, Bankacılık, Sigortacılık gibi önemli yasalar çıkarılmıştır. Bakü – Ceyhan Petrol Boru Hattı Projesi ilk defa bu dönemde gündeme getirilmiştir.

Yaklaşık 1 yıl süren Elçibey döneminde Kelbecer Ermeniler tarafından işgal edilmiş, bir yandan da Suret Hüseyinov Gence'de isyan hareketi başlatmıştır. Ağır problemler karşısında zor durumda kalan Elçibey Nahçıvan Milli Meclis Başkanı Haydar Aliyev'i göreve davet ederek kendisi Nahçıvan'a çekilmiştir.

Yönetime gelen Haydar Aliyev önce Azerbaycan Milli Meclis Başkanlığına getirilmiş, 3 Ekim 1993'te yapılan Cumhurbaşkanlığı seçimlerinde ise 5 yıllığına Azerbaycan Cumhuriyeti'nin Cumhurbaşkanı seçilmiştir.

Bu dönemde Dağlık Karabağın büyük bir kısmı Ermenilerce işgal edilmesine rağmen ateşkes yapılarak sükunet sağlanmıştır. Ülke içinde kanunsuz hareketler ve kağaçma sona erdirilmiş, istikrar sağlanmış, Azerbaycan Bağımsız Devletler Topluluğuna üye olmuştur. Bu dönemde çok önemli projeler gerçekleştirilmiş, hayati önem taşıyan çok önemli kanunlar çıkarılmıştır. Takip edilen sıkı para politikası ile enflasyon %1800'lerden %2 – 3 seviyelerine düşürülmüştür. Serbest pazar ekonomisi ve demokrasi tercih edilerek eski sistemden kalma emredici "Merkezi Planlama" modeli terk edilmiştir.

11 Ekim 1998 yılında yenilenen Cumhurbaşkanlığı seçiminde Haydar Aliyev ikinci defa Azerbaycan Cumhuriyeti Cumhurbaşkanı seçilmiş, 2003 yılında ölümünden sonra oğlu İlhan Aliyev devlet başkanlığına getirilmiştir (4/12,13).

I.3. İdari Ve Siyasi Yapı

18 Ekim 1991 tarihinde bağımsızlığını ilan eden Azerbaycan Cumhuriyeti'nin yönetim şekli Cumhuriyet olarak belirlenmiştir. Başkanlık Sistemi'nin hakim olduğu ülkede Cumhurbaşkanlığı ve Milletvekilliği seçimleri 5 yılda bir yenilenmektedir.

Yeni Azerbaycan Cumhuriyeti'nin genel seçimle işbaşına gelen Cumhurbaşkanı ve Parlamentosu mevcuttur. Cumhuriyet yönetimi idari yapı itibarıyla "Rayon" adı verilen ve Türkiye'de kasabalara karşılık gelen idari bölgelere ayrılmıştır. Her rayonun başında Türkiye'deki Vali ve Belediye Başkanlıklarının yetki alanına denk olan ve Cumhurbaşkanı tarafından atanan "İcra Başçısı" (İcra Hakimi) bulunmaktadır. Azerbaycan, 11 şehir, 74 rayon (rayonların 11'i Bakü'ye, 5'i Nahçıvan Özerk Cumhuriyeti'ne, 2'si Gence'ye bağlı olup, diğer 56'sı ise Cumhuriyetin Merkezi yönetimine bağlıdır), 4.242 köyden oluşmuştur. Dağlık Karabağ bölgesi ile Nahçıvan Özerk Cumhuriyeti Azerbaycan toprakları içinde yer almaktadır. Bakü ve Gence kendilerine bağlı rayonları bulunması sebebiyle Büyükşehir olarak tanımlanmaktadır.

Azerbaycan'ın mevcut Anayasası 12 Kasım 1995 tarihinde yapılan Referandumla kabul edilmiştir. Azerbaycan Anayasa'sına göre devlet egemenliğinin tek kaynağı halktır. Azerbaycan halkı bağımsız olarak kendi kaderini tayin etme ve yönetim şeklini belirleme hakkına sahiptir. Azerbaycan Devleti demokratik, laik (dünyevi), üniter bir hukuk Devletidir. Devlet egemenliği kuvvetler ayrılığı prensibine dayanmaktadır. Yasama yetkisini Azerbaycan Cumhuriyeti Milli Meclisi, Yürütme yetkisini Azerbaycan Cumhuriyeti Cumhurbaşkanı, Yargı görevini ise Azerbaycan mahkemeleri yerine getirmektedir.

Azerbaycan Cumhuriyeti'nin para birimi Manat, Devlet Dili Azerbaycan Dili, Başkenti Bakü'dür. Başbakan ve Bakanlar Cumhurbaşkanı tarafından atanmakta ve Milli Meclis tarafından onaylanmaktadır. Başbakan ve Bakanlarda milletvekili olma şartı aranmaktadır. Azerbaycan Milli Meclisi 125 milletvekilinden ibarettir. Yasama görevini yürüten Meclis seçimleri 5 yılda bir yenilenmektedir. Milletvekili olabilmek için 25 yaşını doldurmuş olma şartı aranmaktadır. 100'ü tek adaylı seçim bölgelerinden seçilen, 25'i ise parti listesinden gelen 125 üyeden oluşan bir Milli Meclis'e sahiptir.

Anayasa'ya göre yasa teklifi verme hakkı milletvekillerine, Azerbaycan Cumhuriyeti Cumhurbaşkanı'na, Yüksek Mahkeme ile Nahçıvan Özerk Cumhuriyeti Ali (Yüksek) Meclisi'ne aittir.

Cumhurbaşkanı hem devletin, hem de icranın başıdır. Kanun Hükmünde Kararname niteliği taşıyan "Ferman" adı verilen hukuki kararlar alma yetkisi vardır. Fermanlar icrai hüviyete sahip olup, bu yönüyle Cumhurbaşkanı yasama yetkisine de sahiptir. Azerbaycan Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı'na 35 yaşını doldurmuş, Azerbaycan Cumhuriyeti topraklarında 10 yıldan fazla yaşamış, ağır bir suçtan mahkum olmamış, başka devletlere karşı yükümlülük altında olmayan, sadece Azerbaycan Cumhuriyeti vatandaşı olanlar aday olabilirler. Cumhurbaşkanlığı seçimi halk tarafından kişisel ve gizli oylama ile 5 yıllık süre için yapılır.

Cumhurbaşkanı oylamaya katılanların 2/3 oy çokluğu ile seçilir. Bu gerçekleşmediğinde oylamanın 2. aşamasında oy çokluğunu sağlayan aday Azerbaycan Cumhuriyeti Cumhurbaşkanı seçilir. Hiç kimse 2 kezden fazla Cumhurbaşkanı seçilemez (4/5-7).

I.4. Nüfus Ve Etnik Yapı

Nüfusun yaklaşık %40'ı Apşeron yarımadası olarak adlandırılan başkent Bakü ve civarında yaşamaktadır. Diğer önemli şehirleri Gence, Sumgayıt, Mingeçevir, Alibayramlı, Yevlak, Kuba, Lenkeran, Hankendi, Şusı, Şeki ve Naftalan'dır. Nüfusun %51,7'si (4.111.701) şehir ve şehir tipli kasabalarda %48,3'ü (3.841.299) köylerde yaşamaktadır. Toplam nüfusun %38'i tarımı, %20'si sanayi, %42'si de hizmetler ve diğer sektörlerde istihdam edilmektedir.

Azerbaycan'daki toplam nüfusun %32,8'i 0-14 yaş grubuna, %58,2'si 15-59 yaş grubuna, %9'u da 60 yaş ve yukarisına aittir. Ülkede nüfusun yaş ortalaması kadınlarda 29,7, erkeklerde 27,2'dir. Buradan da Azerbaycan'ın çok genç bir nüfus yapısına sahip olduğunu söylemek mümkündür. Oku-yazar oranı %97, nüfus yoğunluğu 92 kişi/km²'dir. Azerbaycan Cumhuriyeti'nde erkek nüfus %49,1 (3.904.923), kadın nüfus %50,9'dur (4.048.077). Ortalama yaşam süresi 71,3 yıl olup, bu oran kadınlarda 74,6, erkeklerde 67,5 yıldır.

Azerbaycan halkının %90'ı Azerbaycan Türkü olup, İslam dinini kabul etmiştir. Nüfusun %10'u Rus, Ermeni, Ukraynalı ve Yahudi'lerdir. Bunlar Hristiyan ve Musevi dinlerini benimsemişlerdir. Etnik ve dini gruplar arasında tesis edilmiş hoşgörü ve karşılıklı saygı mevcuttur. Değişik etnik gruplar kendilerine ait olan özel günlerle dini ve milli bayramları serbestlikle kutlayabilmektedirler. Ülkede cami ve mescitlerle birlikte Ermeni, Ortodoks, Katolik kiliseleri mevcuttur (4/8).

I.5. Kültür

Azerbaycan halkının kültürü Türk kültürünün bütün özelliklerini yansıtmaktadır. Coğrafi yapısının gereği değişik kültürlerle etkileşme olmuşsa da, gelenek, görenek, anane açısından Anadolu halkından ayrılan önemli farklılıklar yoktur.

Ülkede yaşanan ağır ekonomik, siyasi, sosyal ve yapısal problemlere rağmen kültür hayatındaki canlılık devam etmektedir. 1998 sonu itibariyle Azerbaycan'da 3.500 eğlence ve kültür merkezi, 4.600 halk kütüphanesi, 906 sinema salonu, 26 profesyonel tiyatro salonu, 4 konser salonu, 7 musiki topluluğu ve 150 müze mevcuttur. 1998 yılı sonu itibariyle kütüphanelerde toplam 41 milyondan fazla kitap ve dergi bulunmaktadır. Müzelerde ise toplam 1.600.000 adet tarihi ve kültürel eser mevcuttur. 1997 yılında 2,1 milyon olan kitap basımı, 1998 yılında azalma eğilimi göstererek 2 milyona düşmüştür (4/8,9).

II. SAĞLIK SİSTEMİ

II.1. Ülke Sağlık Durumuna Genel Bakış

2002 yılında Azerbaycan'ın toplam nüfusu 8.141.400 olarak belirlenmiştir. Bu nüfusun %50,7'lik kısmı kentsel alanlarda yaşamaktadır. Erkeklerin toplam nüfus içindeki oranı %49'dur. Nüfusun yaklaşık %30'luk kısmı 14 yaş ve altında iken 65 yaş ve üzeri nüfusun oranı ise %6,3'tür.

1975 ve 2001 yılları arasında yıllık nüfus artış hızı %1,4'tür. Bu oranın 2001 ve 2015 yılları arasında %1,0'a düşürülmesi hedeflenmektedir. 2000-2005 yılları arasında kadınlarda doğurganlık oranının %2,1 olacağı tahmin edilmektedir. Bu oran 1970-75 yılları arasında %4,3'tür. Toplam nüfusun 2015 yılında 9,5 milyona ulaşacağı hesaplanmaktadır. Kentleşmenin devam edeceği düşünülürken, kentsel alanlarda yaşayanların 2015 yılında %53,9'luk bir orana ulaşacağı tahmin edilmektedir.

Genel olarak bakıldığında halkın sağlık statüsü 1990'ların ortasından bu yana oldukça gelişmiştir. Bazı göstergeler, eğilimler ve seviyeler komşu Kafkas ve Orta Asya ülkelerinkine benzer.

Yaşam beklentisi 1992-1994 yılları arasında ani bir düşüş göstermiştir. Bunun en önemli sebebi Ermenistan ile yaşanan silahlı çatışmalar ve geçiş sürecine eşlik eden sosyoekonomik zorluklardır. Yaşam beklentisi süresi 1995 yılında tekrar artmaya başlamıştır. 2001 yılında bu süre 72,4 yıl olup, diğer Kafkas ülkeleri ile aynı seviyede, Bağımsız Devletler Topluluğu ülkelerinden ise yüksektir (67,1 yıl).

Sovyet dönemi sanayi faaliyetlerinden kalma sürekli hava kirliliği ve ağır çalışma koşullarının meydana getirdiği rahatsızlıklar bazı şehirlerde önemli oranlarda hastalıklara ve sakatlıklara neden olmuştur. Bu şehirler büyük ekonomik merkezler olan Bakü, Sumgayit, Ganja ve Ali Bayramlı'dır.

Fakirliğin oldukça yaygın olması, yüksek oranlı göçler ve ülke içinde yer değiştiren insan toplulukları da sosyoekonomik sağlık belirleyicilerinin saptanmasını zorlaştıran faktörler arasındadır. 2001 yılında yapılan bir araştırmaya göre, ülkenin %49'u fakirlik sınırının altındadır ve %17'lik kısım ise aşırı fakirdir. Çok daha az seçim şansına ve olanağa sahip fakir aileler, sağlık ihtiyaçlarını alımsız ve riskli yöntemlerle karşılamaktadır. Pahalı olan sağlık hizmetlerini almaktansa, kendi kendini tedavi yöntemlerine başvurulmakta, geleneksel hizmet sağlayıcılar ve eğitimsiz ebelere başvurmaktadırlar. Ulaştırma hizmetlerinin eksikliğinden dolayı, uzak bölgelerde yaşayan halk sağlık hizmetlerine erişim konusunda sıkıntılar yaşamaktadır.

Dağlık Karabağ bölgesinde yaşanan silahlı çatışmalardan mülteciler ve ülke içinde yer değiştiren insan topluluklarının sağlık koşullarının olumsuz etkilenmesinin yanı sıra çevre koşulları da olumsuz etkilenmiştir. Mültecilerin ve ülke içinde yer değiştiren insan topluluklarının nüfusunun 2002 yılında sırasıyla 212.200 ve 572.000 kişi olduğu tahmin edilmektedir. Bu toplam nüfusun %9,6'sını oluşturmaktadır.

Yaşam ortamlarına eşlik eden sorunların yanı sıra, sosyal ve iş statüleri Azerbaycan'ın genel fakirlik ve çevre koşullarının kötüleşmesinde önemli bir yer tutmaktadır. Ülke içinde yer değiştiren topluluklarda fakirlik oranı %69'a ulaşmıştır. Bunların sağlık göstergeleri de ülke ortalamasının altındadır (1/148).

Anne ölüm oranları açısından incelendiğinde Azerbaycan Eski Sovyet Cumhuriyetleri ülkeleri arasındaki en yüksek değerlere sahiptir (1999'da 100.000 canlı doğumda 43,4). Doğum esnasında kan kaybından kaynaklanan komplikasyonlar ölüm nedenlerinin başında gelmektedir. Azerbaycan'da 1000 canlı doğumda düşük oranı 178'dir. Bu ortalama Eski Sovyet Cumhuriyetlerinin ortalamasından düşüktür ve Avrupa Birliği ortalamasına yakındır (2/16).

Tablo 1: Azerbaycan Sağlık Durumuna İlişkin Bazı Veriler

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Ortalama Ömür Beklentisi						
Her İki Cins İçin	71,6	71,6	71,8	71,9	72,2	73,3
Erkek	67,9	68,1	65,6	68,6	69,4	69,5
Kadın	75	75,1	75,1	75,2	75	75,1
Sağlık hizmetleri harcamalarının payı GSYİH'nın yüzdesi olarak	0,9	1	0,9	0,8	0,8	0,8
Bir yaş altı çocuk ölüm oranı (bin canlı doğumda)	16,6	16,5	12,8	12,5	12,8	12,8
2500 gram altı doğan çocukların yüzdesi	6,6	6,6	6,6	6,7	7,3	7
Doğum kliniklerinde muayene olan kadın sayısı (bin kişi)	95,8	104,7	114	91,9	90,3	95,4
Aktif tüberküloz hastası (yeni vaka) sayısı	4.353	4627	5113	4877	4387	3916
Enfeksiyönsal ve parasitisel hastalıklara vakalanan kişi sayısı (bin kişi)	140,6	159,7	151,5	150,3	128,4	115,4
Solunum yolu rahatsızlığı çeken kişi sayısı (bin kişi)	632,8	569,3	608,6	599,9	617,2	632,9

Kaynak: (10) The State Statistical Committee Of Azerbaijan (2004) Indicators On Health And Nutrition, Food Security Information System, Bulletin N 2, s. 1.

Azerbaycan'da ölüm oranı Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi ortalamasının biraz üstündedir. Kardiyovasküler rahatsızlıklar başlıca ölüm nedenidir. Kötü huylu tümörler ise en sık rastlanan ölüm nedenleri arasında ikinci sırayı almaktadır. 65 yaş ve üzerindekiiler arasında da en sık rastlanan ölüm nedeni kardiyovasküler rahatsızlıklardır.

Hastahanelere başvurular Avrupa ülkelerine göre daha değişik bir dağılım izlemektedir. Ülkede hastahane başvuru yüzdesinin yüksek oluşunun en önemli nedeni solunum organlarına ilişkin rahatsızlıklar ile bulaşıcı ve parazitik hastalıkların çokluğudur (2/7).

Yaralanma ve zehirlenmelerden dolayı meydana gelen ölümler Dağlık Karabağ bölgesinde yaşanan çatışmalardan dolayı 1992-1994 yılları arasında en yüksek seviyesine ulaşmıştır. Trafik kazalarından ölüm oranı da oldukça düşük değerlerdedir.

Azerbaycan'da intihardan kaynaklanan ölüm oranı Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa Bölgesi'ndeki en düşük oranlardadır.

Bulaşıcı ve paraziter hastalıklardan kaynaklanan ölüm oranı ise oldukça yüksektir. Tüberküloz vakaları 1991-1995 yılları arasında bir artış göstermiş, bu tarihten sonra da bölgedeki en yüksek orana sahip olarak kalmıştır. Sıtma vakaları 1997 yılından sonra bir düşüş göstermesine rağmen, Azerbaycan'da ciddi bir sorundur.

1994-1995 yılları arasında ülkede kaydedilen difteri vakalarının sayılarında da önemli bir artış gözlenmiştir. Bu hastalığın yayılması UNICEF ve Dünya Sağlık Örgütü'nün çabaları sonucu önlenmiştir.

Azerbaycan, HIV vakalarına rastlanma sıklığı en az olan ülkelerden biridir. Ancak son yıllarda HIV vakalarının sayısı hızlı bir artış göstermektedir (2/11-13).

II.2. Sağlık Sisteminin Tarihçesi

1991 yılında bağımsızlığın kazanılmasından önceki süreçte, Azerbaycan'da Sağlık Bakanlığı merkezi bir teşkilat içinde hiyerarşik yapıdaki Moskova tarafından belirlenmiş politikalar doğrultusunda yönetiliyordu.

Sovyet sağlık sistemi tamamıyla devlete aitti ve merkezi bir şekilde planlanıp idare ediliyordu. Hizmetler tamamen ücretsiz ve tüm nüfusun erişimine açıktı. Sovyet sağlık sisteminin güçlü yapısı, nüfusun büyük bir kesimini kapsamasından, geniş çaplı aşılama programlarından, en küçük köylerde ve uzak alanlarda bile sağlık tesislerinin bulunmasından, ilaçların yüksek devlet sübvansiyonları sayesinde neredeyse ücretsiz olarak alınabilmesinden, yüksek ihtisas kuruluşlarının oldukça gelişmiş olmasından ve akademik eğitim veren tıp kuruluşlarının kurulmasının ve geliştirilmesinin teşvik edilmesinden kaynaklanıyordu.

Ancak bu sistemin de bazı zayıf noktaları vardı. Temel sağlık hizmetleri yaygın bir şekilde sunulurken, Sovyetler Birliği batıda 1960'lı yılların ortasından itibaren artış gösteren yeni tedavi şekillerine uzak kalmıştı. Sovyet eczacılık sektörü gelişiminde geri kalmış, ilaçların birçoğu Avrupa ve Hindistan'dan ithal edilir hale gelmişti.

Sovyet modeli tıp eğitimi çok sayıda doktor yetiştirmiş, ancak bunlara çok kısıtlı beceriler kazandırabilmişti. Bilimde hiyerarşi ve geleneğe dayanan Sovyet sistemi batının gerisine düşmüş, bazı ölümcül hastalıkları önlemede yetersiz kalmıştır. Sağlık sistemi mali açıdan ve kaynak aktarımı açısından katı bir hiyerarşi içindeydi. Mali tablo ve kaynak aktarımları yerel ihtiyaçlara göre değil ulusal normlara göre oluşturuluyordu. Bu normlar kaliteden çok ölçek üzerine yoğunlaştığından, yaygın ama kötü donanımlı bir hastahane sektörü yaratıyordu. İşgücünün ucuz ve teknolojinin pahalı olmasından dolayı sistem aşırı şekilde işçü yoğunluğu içindeydi. Bütçenin yaklaşık %70'lik kısmı hastahane hizmetlerine ayrılıyor ve kırsal alanlardaki tesislerin yoğunluğuna rağmen en yüksek kalitede hizmetler şehirlerde sağlanabiliyordu.

1991 yılında bağımsızlığı takiben, sistem ciddi ekonomik zorluklarla karşı karşıya kaldı. Hizmetlerin kalitesi ve onlara erişim birçok alanda gözardı edildi ve miras kalan katı yapı ve sınırlı yönetim kapasitesinin bir araya gelmesi sonucu çeşitli zorluklar ortaya çıktı. Şimdiki sağlık sistemi büyük oranda Sovyet döneminin mirası şeklinde kalmıştır. Bağımsızlık sonrasında toplumun sağlık ihtiyaçlarının hepsine cevap veremeyecek durumda olmasına rağmen, sistem hastahane odaklı olarak kaldı. Sağlık sistemine herkesin erişimi Sovyet modelini önemli bir özelliği olarak kalırken, çeşitli finansman sıkıntıları ve bunun sonucunda gelen hastaların yaptığı gayri resmi ödemeler sonucunda sağlık sisteminde herkesin erişebilmesi olanağı ortadan kalktı. Zaten Sovyet sisteminde kötü durumda olan eczacılık sektörü, bağımsızlık sonrasında ticari ilişkilerdeki kesintilerden dolayı iyice zor bir hal aldı.

Hükümet bazı pilot sağlık reform projeleri uygulayarak birincil sağlık hizmetlerini geliştirmek ve kaynakları daha iyi kullanmak üzerine odaklanmaya çalışmaktadır. Sınırlı sayıda sağlık tesisi özelleştirilmiş, hükümet yine de sağlık hizmetlerinin sunumunda tekel durumunda kalmıştır (3/11,12).

II.3. Sağlık Sisteminin İdari Yapısı

1995 Anayasası'nda belirtildiği gibi, devletin en önemli işlevlerinden biri toplumun sağlık hizmeti ihtiyaçlarını karşılamaktır. Anayasa'nın 41. maddesi "Devlet her türlü sağlık hizmetinin gelişmesi için gerekli tüm önlemleri alır, hızıssızha ve salgın hastalık önlemlerini garanti eder, çeşitli sağlık sigortası biçimleri için olanaklar yaratır" demektir.

Sağlık sisteminin genel yapısı Sovyet döneminden kalma olduğu halde, diğer küçük eski Sovyet cumhuriyetlerine benzer olarak, oblast (bölge) ayağı yoktu. Bazı özel teşebbüsler vardı, ancak hizmetlerin çoğu devlet tarafından sağlanırdı. Sağlık hizmetlerinin sunumu büyük oranda Sağlık Bakanlığı ve yerel idareler arasında paylaştırılmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın kendine ait merkez kuruluşları ve cumhuriyet hastahaneleri, araştırma enstitüleri ve salgın hastalıklarla mücadele sistemleri gibi diğer tesisleri vardır. İl idareleri ve şehirlerin ise kendi yerel hastahaneleri, il poliklinikleri ve uzmanlaşmış dispanserleri bulunmaktadır. Buna ek olarak Demiryolları, Savunma ve Petrol Bakanlıkları gibi diğer bakanlıklar kendi sağlık tesislerini işletmektedirler. Bunların nüfusun yaklaşık %5'ine hizmet verdiği sanılmaktadır. Tıp Fakültesi Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğundadır, ancak bağımsızlığı takip eden yıllar içinde bir otonomi kazanmıştır.

Sistem maliye ve sağlık politikaları açısından karmaşık bir yapı gösterir. İl sağlık idareleri sağlık hizmetlerinin sunumunda Sağlık Bakanlığı'nın direktifleri doğrultusunda hareket ederler, ancak mali açıdan il idareleri tarafından ayrılan bütçelere bağlıdır. Aslında bu bütçeler de Maliye Bakanlığı tarafından illere tahsis edilen bütçelerdir. Ortalama olarak kamu finansmanının yaklaşık %25'i Sağlık Bakanlığı'nca sağlanırken, %75'lik kısım il düzeyindeki ve buna paralel hizmetlerdeki bütçelerle karşılanır.

Maliye Bakanlığı sağlık hizmetleri bütçesini belirlemekten sorumludur ve büyük oranda Başkan ve Parlamento'nun etkisi altındadır. Aslında kararlarının büyük bir kısmını kabineye bağlı Bilim, Kültür, Halk Eğitimi Ve Sosyal Sorunlar Birimi'nin etkisi altındadır. Bu birimin doğrudan Sağlık Bakanlığı ile bağlantısı olmasa da, bir ölçüde Bakanlığın otonomisini kısıtlar. Parlamento ayrıca özel sektörün hangi izin ve şartlar altında çalışabileceğini belirler.

Hükümet dışı ve çok ortaklı kuruluşlar sağlık hizmetlerinin sunumunda ve yeni politikalar geliştirilmesinde önemli rol oynarlar. Hükümet dışı kuruluşlara, mülteciler ve ülke içinde yer değiştiren kitlelere yönelik sağlık hizmetlerinin sunumu konusunda oldukça önemli görevler üstlenmişlerdir. Bunlara ek olarak, UNICEF ve Uluslararası Tıp Kuruluşu gibi bazı kuruluşlar da Sağlık Bakanlığı ile birlikte çalışarak sağlık hizmetlerinin sunumu konusunda yeni uygulama biçimleri geliştirmeye çalışır.

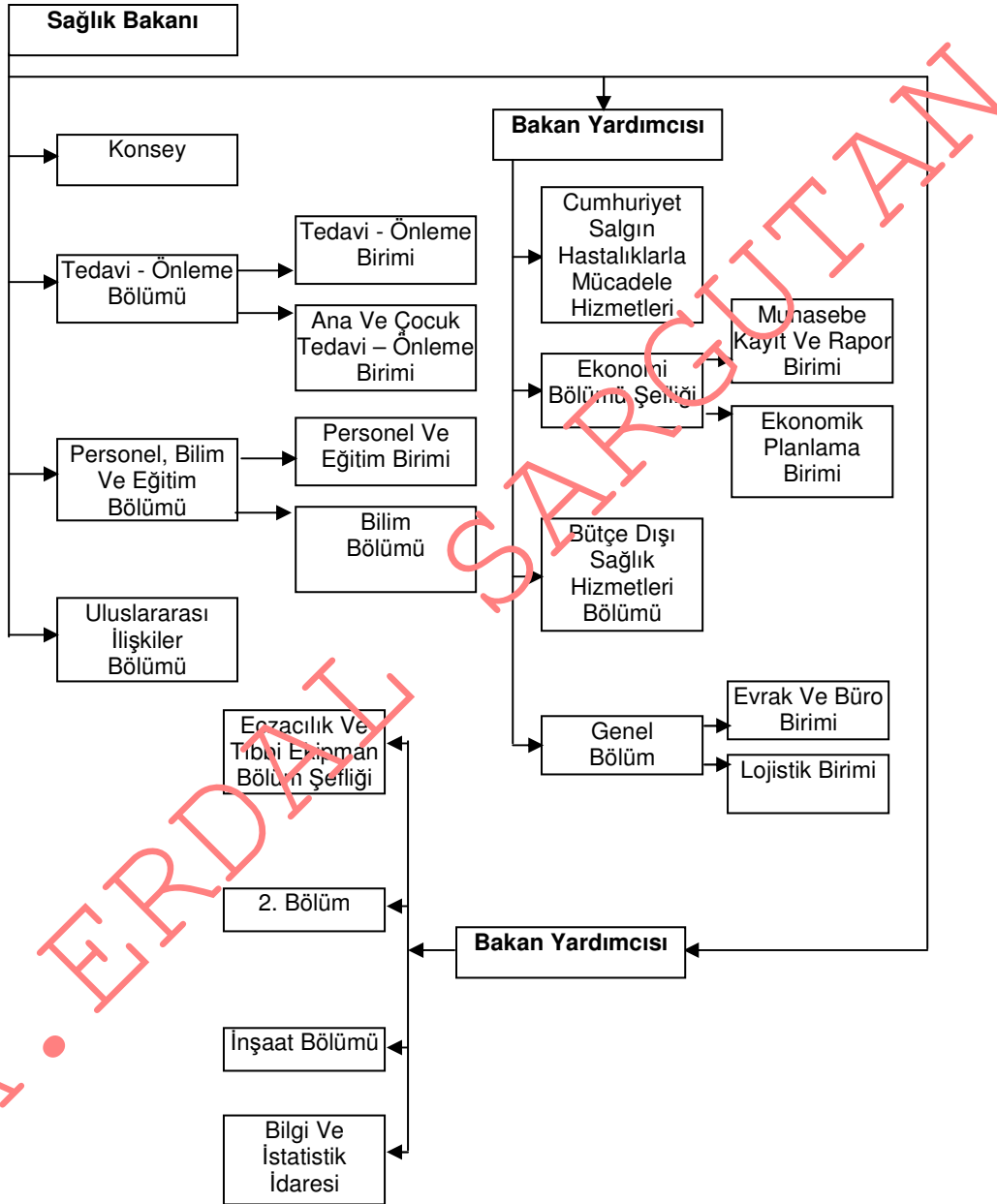
Her ne kadar Sağlık Bakanlığı ve Ekonomi Bakanlığı sağlık planlamasından sorumlu olarak görünseler de, Sağlık Bakanlığının kendine özgü bir planlama birimi yoktur. Bunun yerine, Bakanlık içindeki her büro kendi alanlarına ilişkin planlar hazırlar. Planlama, uzmanlaşmış sağlık tesisleri üzerine odaklanarak, büyük çaplı gelişmelerin tartışılması şeklinde gerçekleşir. Sağlık reformu süreci içinde, planlama işlevinin merkeziyetçilikten uzak bir yapıya kavuşturulması hedeflenmektedir.

Sağlık Bakanlığının kendi tesisleri dışında sağlık hizmetlerini dağıtmak konusunda oldukça kısıtlı bir vizyonu olsa da, tüm sağlık sistemi üzerinde planlama, yasal düzenleme ve idari anlamda Nahçıvan Özerk Cumhuriyeti de dahil olmak üzere büyük bir resmi sorumluluğu vardır. Buna ek olarak, daha önce de belirtildiği gibi Bilim, Kültür, Halk Eğitimi Ve Sosyal Sorunlar Birimi'nin etkisine rağmen, sağlık hizmetine yönelik kanun ve yönetmeliklerin hazırlanması konusunda resmi olarak büyük bir sorumluluğu vardır.

Sağlık Bakanlığının sağlık ihtiyaçlarına göre yatırımları belirlemesi ve bunu sağlık sektörü bütçesi içinde sunması gerekmektedir. Uygulamada, bu etkinlikleri sağlık hizmetlerinin kalitesi ve hacmine yönelik ulusal standartlara ilişkin normların belirlenmesi şeklindedir. Ayrıca ecza sanayi için lisans vermek, sağlık sektöründeki uluslararası kuruluşlarla işbirliğini sağlamak da sorumlulukları arasındadır. Her ne kadar toplanan verilerin çok sağlıklı ve düzenli olmadığı görülse de, Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinin kalitesini ve toplum sağlığını sürekli olarak gözlemek zorundadır. Ayrıca hastahane ve hekimler için lisans verme işlemi de sorumlulukları arasındadır.

Tıp Fakültesi resmi olarak otonom bir yapıya sahiptir fakat tıp araştırmalarının önceliğinin ve tıp eğitiminin müfredatının belirlenmesi gibi konularda Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak hareket etmek zorundadır.

Şema 2: Sağlık Bakanlığı'nın İdari Yapısı



Kaynak: (3) Holley, J., Akhundov, O., Nolte, E. (2004): Health Care Systems In Transition, Azerbaijan, Editör: Nolte, E. Maclehorse, L., McKee, M., s. 16.

II.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Büyük bir kısmı Sovyet döneminden miras kalan sağlık hizmetleri ağı, bağımsız binalarda yer alan ve ayakta tedavi hizmeti veren küçük sağlık ocaklarından büyük hastahanelere kadar değişen, 2.350 tesisle hizmet vermektedir. 2002 yılında Azerbaycan'da 735 hastahane vardır. Bakü'deki Klinik Hastahanesi haricinde bir çoğu küçük ölçeklidir. Hastahanelerin ve diğer sağlık birimlerinin (diş hekimleri hariç) %2'lik bir kısmı özel sektöre aittir (3/31).

Tablo 2: Azerbaycan'daki Sağlık Tesislerinin Yıllara Göre Değişimi

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Eczahane sayısı	1.654	1.581	1.248	1.240	1.275	1.400	1.427	1.615
Hastahane Sayısı	768	763	759	746	739	735	735	735
Ayakta tedavi hizmetleri ve Poliklinik hizmetleri sunan tesis sayısı	1.779	1.722	1.694	1.630	1.611	1.614	1.618	1.620

Kaynak: (3) Holley, J., Akhundov, O., Nolte, E. (2004): Health Care Systems In Transition, Azerbaijan, Editör: Nolte, E. Maclehood, L., McKee, M., s. 31.

II.4.1. Birincil (Primer) Sağlık Hizmetleri

Son zamanlarda ele alınan birkaç proje haricinde, birincil sağlık hizmetlerinin sunumu Sovyet dönemi ile hemen hemen aynıdır. Birincil sağlık hizmetleri ağı yeterince gelişmemiştir. Hastaların sağlık hizmetleri ile ilk temas noktaları çeşitli farklılıklar göstermektedir. Örneğin bir çalışan için, ilk temas noktası işyerindeki tesis olabilirken, diğerleri için anneleri ve çocukları dahil olmak üzere, içinde buldukları coğrafi konum içinde erişilebilen en yakın tesis olmaktadır. Genellikle fabrikalar ve büyük şirketler kendi bünyelerinde bir sağlık ocağı ya da ayakta tedavi kliniği barındırırlar. Köy düzeyinde temel sağlık hizmetleri sağlık ocakları, ayakta tedavi klinikleri ve kırsal alan hastahaneleri tarafından yürütölmektedir. Kırsal alan kasaba ve şehirlerinde merkez kasaba ve belediye hastahane ve poliklinikleri bulunmaktadır. Son verilere göre Azerbaycan'da 1830 sağlık ocağı, 360 kırsal alan kasaba hastahanesi, yaklaşık 680 kırsal alan ayakta tedavi merkezi ve 112 il polikliniği bulunmaktadır. Tüm bunlar Sovyet döneminde nüfus tabanlı normlara göre belirlenmiştir. Buna ek olarak 2002 yılı rakamlarına göre 40 kamu dış sağlığı polikliniği mevcuttur. Ancak 2250 diş hekiminden sadece 16'sı bu polikliniklerde çalışmakta olup, çoğu kendilerine ait özel klinikler işletmektedir.

1997 yılından beri hastaların resmi olarak kendi hekimlerini seçme hakkı bulunmaktadır. Bu Sovyet döneminden farklı bir durum yaratmaktadır. Sovyet döneminde hastalar sağlık hizmetlerinin birçoğuna bir hekimin sevgiyle ulaşabiliyorlardı ve bunun için de ilk başvurulacak yer birincil sağlık hizmeti sunan tesislerdi. Şimdilerde birincil sağlık hizmeti sunan birimlerin başlıca etkinliği, birincil sağlık hizmeti sunmaktan öte, hastaları sevk etmektir.

Teoride hastalara birincil sağlık hizmetleri esnasında birçok kolaylık tanınsa da, karşılaştıkları problemlerden dolayı hastalar buraları atlayarak, doğrudan hastahanelere başvurumaktadırlar. Halkın en fakir kesimi içinse birincil sağlık hizmetleri bile ulaşılamaz haldedir ve bu kimseler sağlık hizmetlerini eğitimsiz kişilerden almayı tercih etmek zorunda kalmaktadırlar.

Birincil sağlık hizmetleri alanında yaşanan sıkıntılar oldukça fazladır ancak aşılamaz değildir. Uzak alanlarda, özellikle dağlık bölgelerde esas sorun sağlık hizmetlerinin yokluğudur. Daha genel bir düzeyde, birincil sağlık hizmetleri düşük bir kalitededir ve aile hekimliği geleneği yoktur. Hizmetin devamlılığı zayıftır ve hastalar sık sık farklı doktorlara başvurumaktadır. Kalitenin düşüklüğüne laboratuvar hizmetlerinin zayıflığı ve ekipman azlığı da eşlik etmektedir.

Birincil sağlık hizmetlerinde birçok zayıflığa rağmen, bu alanda sağlık personeli kapasitesi ve tesis sayısı yeterlidir. Birkaç istisna dışında, sağlık hizmetlerinin çoğu uzman hekimler tarafından verilmektedir (3/31-33).

II.4.1.1. Kamu Sağlığı Hizmetleri

Sovyet döneminden kalma kamu sağlık hizmeti sistemi Azerbaycan hükümeti tarafından da korunmuştur. 82 salgın hastalık izleme stasyonu ağı bünyesinde bakterioloji, parazitoloji, viroloji ve çevre sağlığı laboratuvarları bulunmaktadır.

Sistemin iki ana işlevi vardır:

- Çevre sağlığını düzenli kontrollerle sağlamak, gıda ve içme suyu güvenliğini denetlemek, bulaşıcı ve parazitsel hastalıkları denetlemek,
- Aşılama hizmetlerini organize etmek ve izlemek, çeşitli düzeylerdeki aşılama çalışmalarına lojistik destek vermek.

Resmi istatistikler, yüksek oranlı aşılama kapsamının sağlandığını gösterse de eski Sovyet ülkelerinin çoğunda yeterli bilgi yoktur. Resmi rakamlar 1999 yılı itibarıyla %99'luk bir aşılama oranına ulaşıldığını belirtmektedir (3/33).

Sağlığın geliştirilmesi ve aile planlaması hizmetleri Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğundadır. Ancak birincil sağlık hizmeti sunan tesislerdeki kaynaklar sınırlıdır. Son yıllarda aile planlamasına yönelik kaynakların birçoğu çeşitli uluslararası kuruluşlardan sağlanmıştır.

HIV'den koruma yönündeki çalışmalar yeni yeni başlamış olup, UNICEF'in 2000 yılında yaptığı bir araştırmaya göre çok sayıda kişi HIV'den habersizdir ya da korunma yollarını bilmemektedir (3/35).

II.4.2. İkincil (Sekonder) Ve Üçüncül (Tersiyer) Sağlık Hizmetleri

İkincil sağlık hizmetleri hem uzman ayakta tedavi hizmetlerini hem de hastahane hizmetlerini içermektedir (uzun süreli bakım kuruluşları hariç). Üçüncül sağlık hizmetleri daha karmaşık, uzmanlık isteyen sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Azerbaycan ikincil ve üçüncül sağlık birimleri oldukça geniş kapsamlıdır ve sağlık bütçesinin yaklaşık %65-70'i bu hizmetlere gider. Ülkede 735 hastahane vardır. Bakü'de kurulmuş olan ulusal (Cumhuriyet) hastahanelerine ek olarak, 63 il merkez hastahanesi vardır ve bunların ortalama yatak kapasitesi 233'tür. Ayrıca ortalama 32 yatak kapasiteli 360 kırsal alan hastahanesi bulunur.

Tüm bunlara ek olarak uzmanlaşmış 90 dispanser mevcuttur. Bu dispanserler belirli durumlarla ilgilenilmesinden sorumludurlar ve hem yataklı hem de ayakta uzmanlaşmış tedavi hizmetleri verirler. Tüberküloz, dermatoloji ve cinsel yoldan geçen hastalıklar için de dispanserler vardır. Dispanserler tüm büyük şehirlerde ve illerin çoğunda bulunmaktadır. Genel hastahanelerin uzmanlaşmış bölümleri de ikincil sağlık hizmetleri sunarlar. Tümü Bakü'de kurulmuş 21 eğitim hastahanesi vardır. Hastahanelerin %95'ten fazlası devlete aittir ve özel sektöre ait sadece 25 hastahane vardır.

Standart sağlık tesisleri ağına ek olarak bir sanatoryum ağı da mevcuttur. Sanatoryum sistemi toplam 14.000 yatak kapasiteli 88 sanatoryumdan oluşmaktadır (3/35-37).

II.4.3. İnsan Kaynakları Ve Eğitim

Resmi istatistiklere göre, Sağlık Bakanlığı bünyesinde 29.000 hekim ve 59.100 hemşire çalışmaktadır (2002). Sağlık Bakanlığı hem kendi hastahanelerinde hem de il tesislerinde çalışan sağlık personelinin işvereni durumu odadır. Sağlık personelinin oranı eski Sovyetler Birliğini oluşturan Bağımsız Devletler Topluluğu ülkeleri ortalamaları ile aynı düzeydedir. Nüfus başına düşen hekim oranı hemen hemen aynı kalsa da, hemşire ve diğer yardımcı sağlık personeli sayılarında düşüşler gözlenmektedir.

Tablo 3: 1000 Kişi Başına Düşen Sağlık Personeli

	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Hekim Sayısı	3,92	3,92	3,90	3,83	3,60	3,57	3,61	3,59
Diş Hekimi Sayısı	0,31	0,34	0,33	0,32	0,27	0,28	0,28	0,26
Hemşire Sayısı	9,69	9,00	8,78	8,39	7,67	7,59	7,46	7,38
Eczacı Sayısı	0,64	0,60	0,62	0,61	0,33	0,31	0,30	0,26

Kaynak: (3) Holley J., Akhundov, O., Nolte, E. (2004): Health Care Systems In Transition, Azerbaijan Editör: Nolte, E. Maclehorse, L., McKee, M., s. 43.

1990'ları başında Azerbaycan oldukça yüksek sağlık personeli oranlarına sahipti. 1000 kişi başına düşen 3,9 hekim, 3,4'lük bölge ortalamasından ve 3,0'lık AB ortalamasından daha yüksekti. Ancak 10 yıllık bir süreç içinde bu oran bölge ortalamasına daha yaklaşılarak 3,6 düzeyine inmiştir.

Sovyet sistemi sağlık tesislerini kurarken amacı herkesin bu hizmetlere erişebilmesiydi. Ancak şu sırada, bazı kırsal alanlardaki her sağlık ocağına personel göndermek konusunda sıkıntılar yaşanmaktadır. Sağlık personeli daha çok kentsel alanları tercih etmektedirler.

Sağlık Bakanlığı'nın en önemli sorunlarından biri de, bu kadar büyük orandaki sağlık personelinin yeni gelişmelerden haberdar olmalarını sağlamak konusundadır. Hizmet içi eğitim bağımsızlık sonrasında minimum düzeye inmiştir. Bazı sağlık personeli son 15 yıl içinde herhangi bir hizmet içi eğitim almamıştır.

Bu kadar yüksek sayıdaki personelin yeniden eğitilmesi oldukça büyük bir mali külfet getirmektedir. Ancak hizmet içi eğitim konusunda çeşitli uluslararası kuruluşlar destek sağlamaktadır.

Hemen hemen tüm sağlık personeli resmi olarak Sağlık Bakanlığı'nın bünyesinde olmasına rağmen, uygulamada bağımsız hekimler gibi, hizmet başına ücret alarak çalıştıkları da görülmektedir.

1990'ların başında Sağlık Bakanlığı hemşire ve diğer yardımcı sağlık personeli sayısında artışa gitmiştir. Hemşire sayısı 1993 yılında 65.400'e ulaşmış, fakat daha sonra azalmaya başlamıştır. 2002 yılında ülkedeki toplam hemşire sayısı 59.100'dür (1 hemşireye 193 kişi). Azerbaycan'da hemşirelik eğitimi veren 8 okul bulunmaktadır. Ayrıca Bakü'de lisansüstü hemşirelik eğitimi veren bir okul da vardır (3/43,44).

II.4.4. Eczacılık Sektörü

Bağımsızlık sonrasında eczacılık sektörü büyük oranda özelleştirilmiş olmasına rağmen, Sağlık Bakanlığı sektöre ilişkin yasal düzenlemelerden ve denetimden sorumludur. Şu anda eczahanelerin çoğu özel kuruluşlardır, ilaç üretimi de özel sektörün elindedir (3/44).

Eczacılık sektöründeki ulusal politika toplumun ihtiyaçlarının ve tıp kuruluşlarının gereksinim duyduğu malzemelerin karşılanması üzerinedir.

Azerbaycan Cumhuriyeti tarihinde ilk defa güçlü bir eczacılık sanayi kurulmasının adımları 1999 yılında 30'dan fazla ilacın üretimine başlanmasıyla kurulmuştur. Bu üretim bugün 100'den fazla kaleme çıkmıştır (5/1).

Azerbaycan'da büyük ama düzensiz bir ecza ürünleri pazarı vardır. Piyasada satılan ilaçların yaklaşık %50'si herhangi bir denetim altında değildir. Bu konuda çeşitli yasal düzenlemeler olmasına rağmen, ithal edilen ilaçların yaklaşık %70'inin herhangi bir gümrük işlemine veya denetime girmeden ülkeye girdiği sanılmaktadır.

Sovyetler döneminde tüm ilaçlar halka ücretsiz olarak verilirken, günümüzde ücretsiz olarak verilen ilaçların sayısı çok sınırlıdır. Ülkenin sağlık bütçesinin yaklaşık %10'luk kısmı ilaç alımına ayrılmıştır. Bu, piyasa talebinin %5 ila %10'luk kısmına karşılık gelmektedir. Bu yüzden halk, büyük oranda, temel ilaçları düzensiz bir yapıya sahip olan özel sektörden temin etmektedir (3/47).

II.5. Sağlık Sisteminin Mali Yapısı

Sağlık sisteminin mali yapısı Sovyetler dönemindeki gibidir. Devlet hem hizmet satın alan hem de sunandır. Resmi olarak finansman kaynakları vergilerdir. Devlet anayasasında, sağlık sisteminin devlet bütçesinden ve zorunlu sağlık sigortası sisteminde toplanan fonlarla, özel kuruluşların karlarından yapacakları gönüllü bağışlar, kişi ve kurumların bağışlarıyla finanse edileceği belirtilmiştir. Anayasa'da sözü edilen zorunlu sağlık sigortası sistemi henüz uygulamaya konulamamıştır.

Devlet bütçesinden sağlık için ayrılan payın %78'lik kısmı yerel idarelerce kullanılırken, %22'lik kısım doğrudan Sağlık Bakanlığı tarafından harcanmaktadır. Maliye Bakanlığı yerel bütçeleri doğrudan yerel yönetimlere öder (3/20).

Ülkedeki sağlık harcamalarının %50 ila %60'lık kısmı kişilerin doğrudan yaptıkları ödemelerden oluşmaktadır (3/22).

Azerbaycan'ın sağlık sisteminde yaşanan krizin nedenlerinden biri de var olan yapı ile hükümetin sağlık sektörüne yaptığı harcamaları azaltmasının yarattığı dengesizliktir. Sağlık tesislerinin ve personelinin sayısının fazla olmasına rağmen, hükümet her geçen yıl sağlık sektörüne yaptığı harcamaları azaltmaktadır (2/20).

Tablo 4: Devlet Bütçesi Ve Sağlığa Ayrılan Pay

	Devlet Bütçesi (milyon ABD \$)	Sağlık Bütçesi (milyon ABD \$)
1998	684,3	40,2
1990	837,3	47,8
2000	874,1	46,8
2001	883,5	46,0
2002	974,6	55,4
2003	1313,5	61,5

Kaynak: (6) Vaccinealliance (2004): Financial Sustainability For National Immunoprophylaxis Programme of Azerbaijan Republic, Baku.

GSYİH'dan sağlık için ayrılan pay %1 gibi oldukça düşük seviyededir. Yine kişi başına düşen sağlık harcaması 7,5 ABD \$ gibi çok düşük bir değerdedir.

2004 yılında devlet bütçesinden sağlık için ayrılan payın 71,3 milyon ABD \$ olması planlanmış olup, bu miktar bir önceki yıla göre %16,6 oranında artmıştır. Bu da sağlık için devlet bütçesinden %4,8'lik bir orana karşılık gelmektedir.

2004 yılında devlet sağlık bütçesinin harcamalara göre dağılımı şu şekildedir:

- Maaşlar %55,9
- İlaç alımları %9,7
- Kamu tesisleri %10,5
- Genel giderler %4,6
- Malzeme ve ekipman alımı %3,8 (6/12).

1.6. Azerbaycan Sağlık Sisteminin Sorunları

Azerbaycan sağlık sisteminin karşı karşıya bulunduğu sorunlar temel olarak dört ana başlık altında toplanabilir:

Halkın Sağlık Durumunun Kötülüğü

7,5 milyonluk bir nüfusa sahip olmasına rağmen, Azerbaycan halkının sağlık durumunun belirlenmesi oldukça zor bir iştir, çünkü resmi istatistiklerin güvenilirliği konusunda ciddi sıkıntılar vardır. Buna rağmen, bağımsızlık sonrasında Azerbaycan halkının sağlık durumunun kötüye doğru gittiği söylenebilir.

Bunun en önemli sebepleri arasında geçiş sürecinde yaşanan ekonomik zorluklar ve Ermenistan'la yaşanan savaş gösterilebilir. Savaş yüzünden Azerbaycan halkının yaklaşık %20'lik kısmı ülke içinde yer değiştiren gruplardan ya da mültecilerden oluşmaktadır. 1995 yılından itibaren, yayınlanan birçok resmi istatistiksel raporda sağlık durumunun iyiye gittiği gösterilse de çoğu gösterge bunun tersini söylemektedir. Örneğin çocuk ölüm oranı bağımsızlığı izleyen yıllarda artış göstermiş, 1993 yılında en üst düzeye ulaşmış, bunun ardından da 1990 düzeyinin altına inmiştir. 1990-1995 periyodunda ölüm oranı da artmış, daha sonra bağımsızlık öncesi düzeye inmiştir. Ortalama yaşam beklentisi süreleri de 1990'lı yılların ilk yarısında düşmüş, bu düşüş Sovyetlerden ayrılıp geçiş süreci yaşayan ülkelerin çoğunda olduğu gibi en çok erkekleri etkilemiştir. 1990 yılında 67 olan erkeklerde ortalama yaşam beklentisi 1995 yılında 64'e inmiştir.

1990'ların ortasından itibaren yayınlanan resmi raporların sağlık göstergeleri konusundaki iyimser tavrı, bazı verilerin artık istatistiksel bilgiler için kullanılmamasından kaynaklanmaktadır. Örneğin resmi istatistiklerin çoğu sadece halkın her geçen gün daha az kullandığı kamu sağlık tesislerine dayandırılmaktadır.

Nüfusun büyük bir kısmının yaşam koşulları çok düşük düzeyde olup, iş ve gelir kaynakları oldukça kısıtlıdır. Bu kesim aşırı kalabalık, kötü beslenme, sağlığın korunmasına yönelik tesislerin azlığı ve birincil sağlık hizmetlerine erişim zorluğu yüzünden çeşitli hastalıklarla karşı karşıyadır.

Tüm bunların yanı sıra, hamilelikte düşük yapma, sağlık tesisleri yerine evde yapılan doğumlar, doğum esnasında anne ölümleri gibi göstergelere ilişkin veriler de resmi istatistiklerin ötesinde çok yüksek değerlere sahiptir.

Bulaşıcı hastalıklara ilişkin vakalarda da artış görülmekte olup, aşılama programlarının tam anlamıyla yürütülemediği, özellikle tüberküloz vakalarında bir artış olduğu gözlenmektedir. Diğer yaygın görülen hastalıklar ise çocuk felci, difteri ve sıtmadır.

Kamu Sağlık Harcamalarındaki Düşüş

Sisteme ilişkin önemli bir sorun da hükümetin toplam harcamalar içinde kamu sağlık harcamalarının oranını korumaya yönelik girişimlerine rağmen, kamu sağlık harcamalarının gerçek anlamda bir düşüş göstermesidir. Tüm Eski Sovyet Cumhuriyetlerinde olduğu gibi, bağımsızlığın kazanılması ile birlikte eski sağlık sistemi mînas olarak kalmış, ancak 1990'lı yılların ortasına değin yaşanan ekonomik kriz sürecinde, yaşanan yüksek enflasyon sağlık bütçesinin kapasitesini çok altlara çekmiş, bazı alanlarda sağlık harcamaları onda bire düşmüştür. Sağlık bütçesinin düşmesi, tüm alanlarda maliyet sınırlamalarına gidilmesine yol açmıştır. Özellikle ilaçlar ve tıbbi donanım konusunda yaşanan kısıtlamalar önemli sağlık sorunlarına yol açmıştır. Ciddi bir hastalığı olup hastahannede yatması gerekenler, hükümetin yiyecek ve ısıtma gibi konularda uyguladığı bütçe kesintileri yüzünden bu masraflara ortak olmak zorunda kalmaktadırlar. Hastalar bu ödemeleri yapmaktansa hastahaneyi terk etme yoluna gitmektedir. Sağlık personeline ödenen yetersiz maaşlar ve maaşların geç ödenmesi daha da ciddi sorunlara yol açmıştır. Sağlık personeline yapılan rüşvet ve hediye türü küçük ödemeler ya da verilen bazı mallar eski sistemden kalan bir gelenek olarak kabul edilmeye başlanmıştır.

Bu "kck" hediyeler son yıllarda o kadar yaygınlık kazanmıştır ki, doktorların gelirlerinin yaklaşık %80'ini oluşturmaya başlamıştır.

Kaynak Kullanımındaki Verimsizlik Ve Adaletsizlik

Sağlık sistemi çeşitli verimsiz kullanımlarla karakterize olmuştur. Örneğin doktorların ve diğer personelin sayısında bir fazlalık göze çarpmaktadır. Eski Sovyet Cumhuriyetlerinin çoğunda olduğu gibi, yerleşmiş bir ekonomik sisteme sahip Avrupa ve Kuzey Amerika ülkelerine oranla 1.000 kişiye düşen doktor ve hemşire sayısı oldukça yüksektir. 1990'ların ortalarında Azerbaycan'da 1000 kişiye 3,9 doktor düşerken bu oran İngiltere'de 1,6, Kanada'da 2,1'dir.

Ayrıca uzman hekimlerin birincil sağlık hizmetlerinde kullanılması da söz konusudur. Bu düşük verimliliğe yol açmakta ve sağlık hizmetlerinin belirli bir yapı içerisinde sunulmasına engel olmaktadır. Bir uzmanlık dalı olarak aile hekimliği ve sevk sistemi de mevcut değildir. Sağlık personeli arasında rekabet oldukça düşüktür.

Hastahane ve hastahane yatağı sayısında da fazlalık vardır. 1998 yılında Azerbaycan'da 1.000 kişiye 8,4 hastahane yatağı düşmekteydi. Bu oran 1992 yılında 10,5 iken düşürülmüş olmasına rağmen, sağlık hizmetlerine daha fazla kaynak ayıran ülkelere oranla çok yüksektir. Batı Avrupa ortalaması 1994 yılında 7,8'dir ve çoğu ülkede daha düşük rakamlar gözlenmektedir. Azerbaycan hastahanelerinin kapasite kullanım oranları da düşüktür. 1998'de bu oran %28'dir. Tüm bu fazlalıklar hastaları birincil sağlık hizmetlerini almak için hastahanelere yönelmekte, bu da kaynakların verimsiz ve daha maliyetli olarak kullanılmasına yol açmaktadır. Buna karşılık Batı lkelerinde sağlık sistemi daha çok hastahane dışında işlemektedir. Tüm Eski Sovyet Cumhuriyetlerinde hastahane yatış süreleri uzundur, ama Azerbaycan 17,9 günlük bir ortalama ile bunlar arasında başı çekmektedir.

Sağlık Hizmetlerine Erişim, Zorlukları Ve Kalitesinin Düşmesi

Sağlık hizmetlerinin kalitesinde ve erişilebilirliğinde önemli bir düşüş gözlenmektedir. Gayri resmi demeler, temel ilaçlarda yaşanan yokluklar, donanım azlığı, sağlık tesislerinin tt durumları gibi etkenler bu düşüşün nedenleri arasında yer alır. Çoğu buna döküntü haldedir ve personelin pek azı sıkı çalışmaktadır. Bu yüzden halkın yarıya varan bir kesimi akut hastalıklara yakalandıklarında resmi sağlık sistemine başvurmamaktadır (9/5-7).

Tablo 5: Azerbaycan Sağlık Hizmeti Kaynakları ve Kullanımlarının Avrupa Ortalaması ile Karşılaştırılması

	Azerbaycan	Avrupa
100.000 kişiye düşen hastahane yatağı	890	778
100.000 kişiye düşen hekim sayısı	357	362
Hastahaneye başvuru yüzdesi	4,8	18,1
Ortalama hastahane yatış süresi (gün)	17	12,2
GSYİH'nın yüzdesi olarak sağlık harcamaları	1,6	6,1

Kaynak: (2) WHO (2001) Highlights On Health In Azerbaijan, s. 20.

II.7. Sağlık Reformları Ve Uygulamaları

“Halkın Sağlığının Korunması” adlı bir yasa 1997’de yürürlüğe girmiştir. Bir reform stratejisi belirlenmesi için 1998 yılında Sağlık Reformu Komisyonu kurulmuş, bu konuyla ilgili olarak “Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılmasının Genel Kapsamı” isimli bir belge oluşturulmuştur.

Bu belgede planlanan yeni sisteme göre aşağıdaki alanlarda düzenlemelerin yapılması hedeflenmiştir:

- Sağlık hizmetleri dağıtım ağının, finansman mekanizmalarının, personelin ve diğer kaynakların rasyonel kullanımı,
- Sistemin yasal zeminin yeniden oluşturulması,
- Birincil sağlık hizmetlerine gereken önemin verilmesi,
- Sağlığın iyileştirilmesi ve salgın hastalıkların önlenmesi,
- Hizmet başına ücret anlayışının oluşturulması,
- Eczacılık sektöründe reform,
- Temel bir sigorta sisteminin oluşturulması,
- Kamu sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi,
- Sağlık kuruluşlarının, personelin, ilaçların ve gıda maddelerinin lisans ve sertifika sistemlerinin yeniden yapılandırılması,
- Tıp eğitiminin reformdan geçirilmesi,
- Sağlık hizmetleri bilgi sisteminin reformdan geçirilmesi.

Bu belgenin ardından “Sağlık Hizmetleri Reformu Devlet Programı” adı altında yeni bir belge daha yayınlandı. Bu belgede verilen zaman çizelgesi içinde yapılacak reformlar belirtilmiş olsa da, bunların pek gerçekçi oldukları söylenemez. Örneğin sağlık bütçesinin 2005 yılında GSYİH’nin %1,6’sından %6,6’sına çıkarılması gibi.

Günümüzde, Sağlık Bakanlığı’nın reform çalışmalarının büyük bir kısmı sağlık hizmetlerinin finanssal çözüşünü önlemek üzerinedir. Uygulanmakta olan strateji, bazı sosyal grupların ücretsiz sağlık hizmeti alabilmeleri dışında, gelirlerin maliyetleri karşılayabilecek düzeye getirilmesi konusuna odaklanmış durumdadır. Hizmet ücretleri Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulmuş çizelgelerle belirlenmiştir, ancak belirli hizmetlerin hangi kriterler esas alınarak ücretlendirildiği belirsizdir. Hizmetlerin ücretlendirilmesi bütçeden pay alan bazı sağlık kuruluşlarının kendi kendisini finanse eden kuruluşlar haline gelmesini hedeflemektedir, ancak uygulamada bu tesislerin yine de bütçeden destek alacakları görülmektedir.

Kamu sağlık hizmetlerinin ücretlendirilmesi planlanırken, fakir halkın da korunması gerektiği unutulmamaktadır. Bu yüzden Sağlık Bakanlığı bir “istisnalar politikası” oluşturmuştur. Bu istisnai vatandaşlar prensip olarak en az 12 gruptan oluşmaktadır. Bu gruplar çeşitli kaynaklardan olsalar da nüfusun %40-%50’lik kısmını oluşturmaktadır. Ayrıca belirlenen grupların fakir halk kesimi ile tam olarak örtüştüğüne dair somut veriler yoktur.

Sağlık Bakanlığı zorunlu sağlık sigortası uygulaması konusunda çeşitli taslak belgeler geliştirmiş ve 1999 yılında Sağlık Sigortası Kanunu Parlamento’dan geçmiştir.

Ancak ekonomik sistem içinde toplumun her kesimi üzerindeki ağır vergi yükleri içerisinde bir de sağlık sigortası vergi ve primlerinin toplanabilmesi mali açıdan pek olanaklı görünmemektedir.

Sağlık Bakanlığı ayrıca UNICEF ile birlikte 1996 yılından itibaren birincil sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi üzerine çeşitli çalışmalar yürütmektedir (9/7,8).

A. ERDAL SARGUTIAN

III. AZERBAJCAN VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 6: Azerbaycan Ve Türkiye'ye Ait Bazı Göstergeler

	Azerbaycan	Türkiye
Kişi Başına GSYİH (ABD Doları)*	2.966	6.446
GSYİH'nın %'si Olarak Toplam Sağlık Harcaması*	1,6	6,5
Toplam Sağlık Harcamasının %'si Olarak Özel Sağlık Harcaması*	33,1	34,2
Toplam Sağlık Harcamasının %'si Olarak Genel Devlet Sağlık Harcaması*	66,9	65,8
Genel Devlet Harcamasının %'si Olarak Genel Devlet Sağlık Harcaması*	7,2	10,3
Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamalarının Uluslararası Dolar Değeri *	32	420
Erkek Nüfusu	4.012.300	34.614.300
Kadın Nüfusu	4.134.500	33.995.000
Nüfus Büyüme Oranı (%)	0,9	1,6
Doğum Oranı (1000 kişide)	16,1	23,5
Ölüm Oranı (1000 kişide)	6,2	6,5
Kentsel Nüfus Oranı (%)	51,9	66,6
Toplam Doğurganlık Oranı	1,94	2,70
Çocuk Ölüm Oranı (1000 canlı doğumda)	32,5	45,7
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi	71	69
60 Yaş Üzeri Nüfus (%)	10,2	8,9

Kaynak: * (7) WHO (2002): Statistics by country or region, World Health Organization, s.2.

(8) UNFPA (2003): Country Profiles Database Indicators Comparison Table, s. 1.

Azerbaycan, 1995 yılında Sovyetler Birliği'nden bağımsızlığını kazanmış bir ülkedir. Sağlık sisteminin şimdiki yapısı hem işleyiş hem de tesis olarak Sovyetler Birliği sisteminden miras kalmıştır.

Azerbaycan sağlık sistemi merkezîyetçi bir yapıya sahiptir. Sağlık sisteminin başında Sağlık Bakanlığı yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı ülkedeki hastahanelerin büyük bir kısmına sahiptir. Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinin bir kısmını yerel idareler aracılığıyla yürütmektedir.

Türkiye'de de sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı'nın yönetimi altındadır. Sağlık Bakanlığı her ilde İl Sağlık Müdürlükleri şeklinde örgütlenmiştir.

Azerbaycan'da özel sektörün sağlık hizmetlerindeki payı birkaç hastahane dışında, diş hekimleri ve eczahaneleri kapsamaktadır. Ancak kamu sektöründe çalışan doktorların yasal düzenlemelerdeki boşluklardan dolayı özel sektör gibi davranarak ücretli hasta muayene ettikleri bilinmektedir. Türkiye'de özel sektörün payı Azerbaycan'a kıyasla daha fazladır ve gün geçtikçe artış göstermektedir.

Azerbaycan'da nüfus başına düşen doktor ve hemşire sayısı Türkiye'ye oranla oldukça yüksek düzeydedir. Ancak doktor oranı sabit kalırken hemşire oranı düşmektedir.

Azerbaycan, nüfusuna oranla, oldukça fazla sayıda sağlık tesisine sahiptir. Bunun en önemli nedeni, Sovyetler döneminde sağlık hizmetlerinin her bölgeye eşit oranda götürülmesi konusunda gösterilen çabadır. Ancak bazı bölgelerde, özellikle dağlık alanlarda sağlık tesisleri için personel bulunmamakta, özellikle doktorlar kentsel alanlarda çalışmayı tercih etmektedirler.

Türkiye'de sağlık tesislerinin ve personelinin yeterli düzeyde olduğu söylenemez. Sağlık tesisleri ve personel büyük kentlerde yoğunlaşmışken, kırsal alanlarda bu konuda sıkıntılar yaşanmaktadır.

Azerbaycan'da bir sağlık sigortası uygulaması yoktur. Bazı özel sigorta şirketlerinin faaliyetleri ise çok yaygın değildir. Düşük gelirliler bu yüzden sağlık hizmetlerine erişememekte ve gayri resmi tedavi yollarına başvurmaktadır.

Türkiye'de zorunlu sağlık sigortası uygulaması vardır. Halkın yüzde 70'lik kesimi sigorta kapsamı içindedir. Herhangi bir sigorta kapsamı içinde olmayan ve gelir düzeyi düşük kişiler için de sağlık hizmetlerinin erişilebilir kılınmasına yönelik uygulamalar vardır.

Her iki ülkede sağlık sistemi bakımından Refah Yönelimli ülkeler sınıfına girmektedir. Azerbaycan Özel Teşebbüs / Serbest Pazar tipi yerine Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemi oluşturmaya çalışmaktadır.

Azerbaycan'da sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı oldukça düşüktür. Devletin sağlık harcamaları için ayırdığı finansmanın en önemli kaynağı, toplanan vergilerden ayrılan paydır. Azerbaycan sağlık harcamalarının büyük bir kısmını kişilerin doğrudan yaptıkları ödemeler oluşturmaktadır.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin ana finansman kaynakları vergiler ve sosyal sigorta fonlarından gelen paralardır.

Azerbaycan'da eczacılık sektörü çok gelişmemiştir. İlaç üretimi oldukça düşüktür ve eczacılık sektörünün en önemli sorunu, devletin ilaç ithalatını tam olarak kontrol edememesi ve bu yüzden ülkeye gümrüksüz ve denetimsiz olarak giren ilaç miktarının çok yüksek olmasıdır.

Türkiye'de eczacılık sektörü ve sanayi Azerbaycan'a oranla çok daha gelişmiş durumdadır ve ilaç ithalatı sıkı denetim altındadır.

KAYNAKLAR

1. UNECE (2003) Human Health And Environment.
<http://www.unece.org/env/epr/studies/azerbaijan/welcome.htm>
2. WHO (2001) Highlights on Health In Azerbaijan
<http://www3.who.int/whosis/country/indicators.cfm?country=az>.
3. Holley, J., Akhundov, O., Nolte, E. (2004) Health Care Systems In Transition Azerbaijan, Editör: Nolte, E. Maclehorse, L., McKee, M
www.euro.who.int/observatory/hits/toppage
4. Azərbaycan Cumhuriyeti
<http://shaquirr.sitemynet.com/Azerbaycan>
5. Azerbaijan Republic Ministry Of Health (2000) Reform in Pharmaceutical Policy.
<http://www.mednet.az/>
6. Vaccinealliance (2004) Financial Sustainability Plan for National Immunoprophylaxis Programme of Azerbaijan Republic, Baku.
<http://www.vaccinealliance.org/>
7. World Health Organization (2002) Statistics by country or region Azerbaijan.
<http://www3.who.int/whosis/country/>
8. UNFPA (2003) Country Profiles Database Indicators Comparison Table.
9. World Bank (2001) Project Appraisal Document On Proposed Learning And Innovation Credit In The Amount Of SDR 4.0 Million (Equivalent To US\$55 Million) To The Azerbaijan Republic For A Health Reform Project, Human Development Sector Unit, South Caucasus Country Unit Europe And Central Asia Region
http://www.wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2001/07/04/000094946_01060704034846/Rendered/PDF/multi0page.pdf.
10. The State Statistical Committee Of Azerbaijan (2004) Indicators On Health And Nutrition, Food Security Information System, Bulletin N 2.
www.azstat.org/statinfo/foodsecurity/bul2_2004/en/index.shtml

A. ERDAL SARGUTAN