

ERMENİSTAN SAğLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDITÖR

Doę. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Sinan CANPOLAT
Hakan GÜVENER
Őenay GÜMÜŐHAN
IŐıl ATEŐ
AyŐe ER

A. ERDAL SARGUTAN

ERMENİSTAN SAĞLIK SİSTEMİ

ÖZET	842
I. ÜLKE TANITIMI	843
I.1. Coğrafi Özellikler	843
I.2. Tarihçe	843
I.3. Bitki Örtüsü Ve Hayvan Varlığı	844
I.4. Nüfus Yapısı	845
I.5. Yönetim	845
I.6. Ekonomi	845
I.7. Ulaşım	846
I.8. Eğitim	846
I.9. Kültürel Yaşam	846
II. SAĞLIK SİSTEMİ	847
II.1. Sağlık Sisteminin Tarihçesi	847
II.2. Sağlık Sisteminin Yapısı	849
II.2.1. Kamu Sağlık Örgütleri	850
II.2.1.1. Sağlık Bakanlığı	850
II.2.1.2. Diğer Bakanlık Ve Kuruluşlar	852
II.2.1.3. Yerel Yönetimler	853
II.2.2. Sağlık Hizmeti Talep Eden Örgütler	853
II.2.2.1. Devlet Sağlık Kuruluşu	853
II.2.2.2. Özel Sağlık Sigortası Kuruluşları	854
II.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	855
II.3.1. Kamu Sağlığı Hizmetleri	855
II.3.1.1. Birincil (Primer) Sağlık Hizmetleri	855
II.3.1.2. İkinci (Sekönder) ve Üçüncül (Tersiyer) Sağlık Hizmetleri	857
II.3.2. Özel Sektör Sağlık Hizmetleri	859
II.3.3. Gönüllü Kuruluşlar	860
II.4. Sosyal Hizmetler	861
II.5. İnsan Kaynakları ve Eğitim	861
II.6. İlaç Sektörü	863
II.7. Sağlık Hizmetleri Teknolojisi	863
II.8. Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Harcamaları	863
II.8.1. Sağlık Hizmetleri Finansmanı	864
II.8.2. Finansal Kaynak Dağıtımı	864
II.8.2.1. Kamu Sağlığı Hizmetlerine Yapılan Ödemeler	864
II.8.3. Sağlık Hizmeti Harcamaları	866
III. ERMENİSTAN VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	870
KAYNAKLAR	871

ÖZET

Ermenistan sağlık sisteminde eskiden içinde bulunduğu SSCB Sovyet sistemi etkisi çok yaygındır ve Sovyet dönemine ait sağlık hizmeti geleneklerine bağımsızlık döneminde de rastlanmaktadır. Bu eski Semaşko modeli doğrultusunda oldukça merkezi bir sağlık sistemi yapısı miras kalmıştır. Bağımsızlıktan hemen sonra Ermenistan'da eski Sovyet sisteminden gelen yetersizliklerle, yaygın yoksullukla ve sosyopolitik sorunlarla karşı karşıya kalınmıştır. Bu yetersizliklerden doğan yeriden düzenlemeleri gerekli kılan neden, mevcut sağlık hizmetlerinin yeni ekonomik ortamda sürdürülmesinin mümkün olmamasıdır.

Ermenistan'daki sağlık hizmetlerinin satın alıcısı konumundaki tek kamu kuruluşu, Devlet Sağlık Kuruluşu'dur. Bu kuruluş, sağlık hizmeti sunan kuruluşlarla anlaşma yaparak Temel Faydalanma Paketi'nde yer alan sağlık hizmetleri için bu kuruluşlara ödeme yapar.

Bugün Ermenistan Refah Yönelimli / Sigorta tipindeki sağlık sistemine geçmek isteyen, Özel Teşebbüs / Serbest Pazar ağırlıklı, simdilik tanımlanamayan bir yapıya sahiptir. Bu amaçla yapılan köklü reforma rağmen, sistemin örgütsel yapısının özünde çok az değişiklik gerçekleşmiştir. Bu reformlardan biri de Sağlık Sigortası Sistemidir.

Ermenistan'da sağlık sigortası endüstrisi henüz gelişmemiştir ve bu pazar yeterli oranda sağlık sigortası sunmakta başarısızdır. Ülkede gönüllü sağlık sigortası sunan bazı özel şirketler bulunmakla birlikte, gerçekte bu şirketlerin sağlık hizmetlerinin finansmanına bir katkısı yoktur.

Bir diğer hedef, sağlık hizmeti kuruluşlarının özelleştirilmesidir. Sağlık ve diğer alanlarda birbiriyle ilişkili çeşitli faktörlere bağlı olarak, sağlık hizmeti kuruluşlarının özelleştirilmesi hedeflenmiştir. Sağlık hizmetleri alanındaki özelleştirme uygulamaları diğer alanlara oranla daha az kapsamlıdır.

Ermenistan'da, son zamanlarda, birkaç istisna dışında, özel sektörün gelişiminin çok yavaş olduğu söylenebilir.

Aile hekimliği ve toplumun katılımının sağlanmasıyla sağlık hizmetlerinin ve liberalizmin geliştirilmesi Dünya Bankası, USAID gibi kuruluşlarca desteklenmektedir.

Ermenistan'da ilaç ödemelerinin neredeyse tamamı doğrudan kişisel ödemelere dayanmaktadır. Sağlık hizmetleri ve ilaç sektörüne ayrılan kaynakların yetersiz oluşu ve nüfusun gittikçe daha fazla bir bölümünün ödeme gücünün içine girmesi nedeniyle temel ilaçlara erişim kısıtlanmaktadır.

Ermenistan'da sağlık personelinin maaşlarının düşük olması, uzun süre ödenememesi gibi nedenlerle, rüşvet ve benzeri resmi olmayan ödemeler gelenek haline gelmiştir. Resmi olmayan ödemeler çarpık bir düzen olmasına rağmen, devlet desteğinin olmadığı dönemlerde, Ermenistan'daki sağlık sisteminin çalışmaya devam etmesine yardımcı olmuştur.

ERMENİSTAN SAĞLIK SİSTEMİ

I. ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	: Ermenistan Cumhuriyeti
GELENEKSEL KISA ADI	: Hayastan
YÖNETİM ŞEKLİ	: Cumhuriyet
BAŞKENTİ	: Erivan (Yerevan)
PARA BİRİMİ	: Dram
NÜFUS	: 3.800.000
YÜZÖLÇÜMÜ	: 29.800 km ²
DİLİ	: Ermenice
DİNİ	: Hristiyanlık (12/269,270)

I.1. Coğrafi Özellikler

Kafkasların güney kesiminde olan ülke, kuzeyde ve doğuda Gürcistan ve Azerbaycan, batıda Türkiye, güneyde de İran'la çevrilidir. Deniz yüzeyinden ortalama 1.800 m yükseklikte dağlık bir ülke olan Ermenistan'ın kuzeybatı kesimi yüksek sıra dağlardan, derin ırmak vadilerinden ve sönmüş yanardağların yer aldığı lav platolarından oluşur. Ülkenin en yüksek doruğunun (4.090 m) yer aldığı Aragats Dağı buradadır. Doğuda yüksek sıra dağlarla kuşatılmış Sevan Çöküntüsü, güneybatıda da Ararat Ovası yer alır.

Ülkede yüksekliğe bağlı olarak büyük değişiklikler gösteren kuru bir kara iklimi görülür. Yüksek kesimlerin dışında, yazlar sıcak ve uzun geçmektedir. Kışlar fazla soğuk geçmez; Ocak ayı ortalama sıcaklığı düzlük ve yamaçlarda -5°C, dağlık kesimlerde ise -12°C'dir. Dağlık kesimlerde 800 mm olan ortalama yıllık yağış miktarı, iç kesimlerde 200-300 mm'ye düşer (12/269).

I.2. Tarihçe

Bir Hint-Avrupa halkı olan Ermenilerin tarih sahnesine çıkışı MÖ 7. yüzyıla rastlar. İlkçağda önce Asurların, ardından da Perslerin yönetimi altına giren Ermenistan MÖ 331'de Büyük İskender'in ordularının istilasına uğradı, MÖ 301'de de Selevkos İmparatorluğunun bir parçası oldu. Selevkosların MÖ 189'da Roma karşısında yenilgiye uğramalarından sonra ikiye ayrıldı. MÖ yaklaşık 95-55 arasında hüküm süren II. Dikran ülkeyi birleştirerek güçlü bir krallık durumuna getirdi. MÖ 66'da Roma karşısında uğradığı yenilginin ardından bu ülkenin vasalı olarak hüküm sürmeye başladı.

Kral III. Dırtat MS yaklaşık 300'de Hristiyanlığı ülkenin resmi dini ilan etti. Ermenistan 653'te Araplar tarafından istila edildiyse de fiilen özerkliğini korudu.

Çeşitli Ermeni hanedanlarının kurdukları yönetimler Moğol, Türk ve Memluk akınları sonucunda 14. yüzyıla doğru ortadan kalktı. 16. yüzyıldan başlayarak Osmanlılar ile İran arasında çekişme konusu olan bu toprakların büyük bölümü 17. yüzyılda Osmanlı Devleti'nin yönetimi altına girdi.

1877-78'deki Osmanlı-Rus Savaşı'nın ardından toplanan Berlin Kongresi'nde Ermenilerin yoğun olarak yaşadığı Osmanlı sınırları içindeki toprakların bir bölümü Rusya'ya bırakıldı. Rusların Mart 1918'de Brest-Litovsk Anlaşması'yla bölgeden çekilmesinden sonra Ermeni, Gürcü ve Azerilerin oluşturduğu Transkafkasya Federal Cumhuriyeti çok geçmeden dağıldı. Mayıs 1918'de kısa ömürlü Ermeni Cumhuriyeti kuruldu. Yeni Cumhuriyet Haziran 1918'de imzalanan Batum Anlaşması'yla 1878 öncesindeki Osmanlı sınırını kabul ettiyse de, İtilaf kuvvetlerinin üstünlüğü ele geçirmesi üzerine Gümrü ve Kars'ı yeniden işgal etti. Gürcistan'la Borcalu ve Ahalkalaki, Azerbaycan'la da Karabağ bölgesi için girişilen çatışmalar sonuç getirmedi. İtilaf Devletleri Ocak 1920'de bölgedeki üç cumhuriyeti de fiilen tanıdı. Türk kuvvetlerinin Eylül 1920'de giriştiği askeri hareketin sonunda imzalanan Gümrü Anlaşması'yla (Aralık 1920) Ermeniler 1914'ten önceki sınırlara çekildiler ve Nahçıvan'da özerk bir yönetim kurulmasını kabul ettiler. Ertesi gün Ermenistan'da komünistler ile Taşnakların kurduğu yeni hükümet Ermenistan Sovyet Cumhuriyeti'ni ilan etti. Şubat 1921'de başarısız bir ayaklanmaya girişen Taşnaklar yönetimden uzaklaştırıldı. Mart 1922'de Azerbaycan ve Gürcistan'la birlikte oluşturulan Transkafkasya Sovyet Federe Sosyalist Cumhuriyeti 30 Aralık'ta SSCB'ye katıldı. Tartışmalı bölgeler olan Nahçıvan ve Karabağ Azerbaycan'da kaldı. Ermenistan, Gürcistan ve Azerbaycan 1936'da ayrı birer cumhuriyet oldular.

SSCB'de 1980'lerin sonlarında başlatılan reformlar, önceki cumhuriyetlerde olduğu gibi Ermenistan'da da köklü değişikliklere yol açtı. Nüfusunun büyük bölümü Ermenilerden oluşan, Azerbaycan'daki Dağlık Karabağ bölgesinin Ermenistan'a bağlanması için 1988'de başlatılan gösteriler iki cumhuriyet arasında gerginliklere ve kanlı çatışmalara yol açtı. Sovyet yönetimi Erivan'a asker yolladı ve aralıklarla sıkı yönetim ilan edildi. 1990'da ülkede ilk çok partili seçimler yapıldı. Eylül 1991'de yapılan halk oylamasının ardından da ülkenin bağımsızlığı ilan edildi. Ermenistan daha sonra eski Sovyet Cumhuriyetlerinin oluşturduğu Bağımsız Devletler Topluluğu'na katıldı (12/270).

1.3. Bitki Örtüsü Ve Hayvan Varlığı

Yarı çöl alanların bitki örtüsü ardıç, sarısabır, yabangülü, hanımeli gibi kuraklığa karşı dayanıklı bitkilerden oluşur. Daha alçak yörelerdeki geniş stepler, kuraklığa karşı dayanıklı otlarla örtülüdür. Ova ve dağ eteklerinde incir, nar, şeftali ve üzüm, daha yükseklerde ise tütün, tahıl ve bazı meyve türleri yetiştirilir. Taneli bitkiler, patates ve hayvan yemi olarak kullanılan otlar 2.400 m yüksekliğe kadar görülür. Dağ yamaçları ardıçla ve yazları otlak olarak kullanılan çayırlarla kaplıdır. Güneydoğu ve kuzeydoğudaki ormanlık bölge ülke topraklarının yaklaşık %10'unu oluşturur.

Ülkenin hemen her yanında yaban kedisine, yarı çöllük alanlarda ise yaban domuzuna, çakallara ve değişik yılan türlerine rastlanır. Ormanlarda ayı bulunur. Kuş türleri arasında çulluk, kızılgerdan, ötleğen ve baştankara sayılabilir (12/269).

I.4. Nüfus Yapısı

Nüfusun %90'ından fazlası Ermenilerden oluşur. Kalan kesim Rus, Kürt, Ukraynalı gibi küçük toplulukları kapsar. Eskiden yüzde 3'e yakın bir oranı bulan Azerilerin büyük bölümü, Ermenistan ile Azerbaycan arasındaki çatışmalardan sonra ülkeden kaçmıştır. Yurt dışında yaşayan Ermenilerin sayısı 3 milyondan fazladır. bunların yaklaşık 1,5 milyonu eski Sovyet cumhuriyetlerinde, 1 milyon kadarı da ABD'dedir. Azerbaycan sınırları içinde yer alan ve 1988'den beri etnik çatışmalarla sahne olan Dağlık Karabağ bölgesinde Ermeniler nüfusun yaklaşık dörtte üçünü oluşturmaktadır. Öte yandan 1990'ların ortalarında ekonomik bunalıma bağlı olarak ülke nüfusunun yaklaşık beşte birini oluşturan 750.000 Ermeninin daha başka ülkelere göç ettiği tahmin edilmektedir.

Nüfusun en yoğun olduğu yerler Ararat Ovası ile güneydoğu ve kuzeydoğudaki ırmak vadileridir. Yoğun sanayileşme hızlı kentleşmeyi sağlamıştır. Günümüzde toplam nüfusun yaklaşık üçte ikisi kentlerde oturmaktadır. Yıllık nüfus artış hızı (2004) yüzde -0.32 gibi bir düzeydedir. Hıristiyanlığı MS 300 dolaylarında benimsemiş olan Ermeniler Ortodoks ve Katolik mezheplerine mensuptur. Ermenice Hint-Avrupa dillerinin kendine özgü bir kolunu oluşturur (12/269).

I.5. Yönetim

Bağımsızlığı izleyen bir geçiş döneminden sonra Temmuz 1995'te kabul edilen Ermenistan Anayasa'sı, yürütmenin daha ağır bastığı güçler ayrılığına dayalı bir yönetim biçimini öngörür. Yasama organı olan Ulusal Meclis'in 131 üyesi dört yılda bir seçilir. Halkın beş yılda bir doğrudan seçtiği cumhurbaşkanı üst üste en fazla iki dönem görev yapabilir; başbakanı ve yüksek mahkeme yargıçlarını atamanın yanı sıra kararnamelerle hükümet politikalarına yön vermesini sağlayan geniş yetkilerle donatılmıştır (12/270).

I.6. Ekonomi

Sovyet yönetimi altında bir tarım ülkesi olmaktan çıkarak bir sanayi ülkesine dönüşen Ermenistan, bağımsızlıktan sonra çeşitli yapısal reformlarla büyük ölçüde serbest piyasa ekonomisine geçmiştir. Sanayi kapasitesinin yaklaşık üçte birinin yıkımına yol açan 1988'deki büyük deprem ve Azerbaycan'ın doğal gaz boru hattını kapatması, izleyen enerji sıkıntısı ekonomiyi önemli ölçüde zayıflatmış durumdadır. 2001 verilerine göre ülke gayri safi milli hasılası (GSMH) 3,493 milyar ABD Dolarıdır.

İşgücünün yaklaşık üçte biri tarım sektöründe çalışır. GSMH içindeki payı üçte biri geçen bu sektör, başta ekilebilir toprakların azlığı olmak üzere bazı önemli sorunlarla karşı karşıyadır. Ekili ve dikili alanlar ülke topraklarının yalnızca %16'sını oluşturur. Şarapçılıkta kullanılan üzüm en önemli tarımsal üründür. Ayrıca çeşitli meyve ve sebzeler ile tütün, pamuk, şekerpancarı yetiştirilir. Geniş çayırlar et ve süt üretimine dönük sığır ve koyun besiciliğine olanak verir. Domuz ve kümes hayvanı yetiştiriciliği, ipek böcekçiliği ve arıcılık kırsal kesimde önemli gelir kaynaklarıdır.

GSMH'ye katkısı beşte ikiyi bulan ve işgücünün dörtte birini istihdam eden sanayi büyük ölçüde ithal enerji ve hammaddelere bağımlıdır.

Eskiden bakır, belirli tarım ürünleri ve şarap üretilen Ermenistan'da günümüzde kimyasal maddeler, demir dışı metaller, makine, takım tezgâhları, hassas ölçüm aletleri, elektronik eşya, dokuma, giyim eşyası ve konservelenmiş gıda maddesi üretimi önem kazanmıştır. En önemli sanayi merkezi olan Erivan toplam sanayi üretiminin yaklaşık beşte üçünü karşılar. Enerji üretimi hidroelektrik ve termik santrallara dayanır.

Ermenistan'ın dış ticaretinde başta Rusya ve Türkmenistan olmak üzere eski Sovyet cumhuriyetlerinin ağırlıklı bir yeri vardır (12/269,270).

I.7. Ulaşım

Dağlık yüzey yapısının ulaşımı güçleştirmesine karşın, gelişkin karayolu ve demiryolu ağı başlıca kentleri ve bölgeleri birbirine bağlar. Kuzeyde Tiflis'e ve batıda Bakü'ye uzanan bir demiryolu hattı ülkenin kuzey, batı ve güney bölgelerinden geçer. Yük taşımacılığında odak noktası Erivan olan karayolu ağı daha yaygın kullanılır. Erivan'da uluslararası bir havalimanı vardır (12/270).

I.8. Eğitim

Eğitim 7-17 yaşlar arasında zorunlu ve parasızdır. Okullaşma oranı yüksektir. Ortaöğretim ticaret, teknik ve meslek okullarını da kapsar. En önemli yükseköğretim kurumu Erivan Devlet Üniversitesi'dir. Ülkede politeknik, tıp, tarım, pedagoji ve tiyatro enstitüleri ile bir konservatuar vardır (12/270).

I.9. Kültürel Yaşam

Yazılı Ermeni edebiyatının geçmişi MS 5. yüzyıla değin iner. Klasik Ermeni edebiyatının başyapıtı Eznik Kogbatzı'nın Rafiziliklerin Tekzibi adlı yapıtıdır. Aziz Krikor Narekatzi ilk büyük Ermeni şairi olarak kabul edilir. Çağdaş Ermeni besteci Aram Haçaturyan'ın ünü bütün dünyaya yayılmıştır. Devlet yayınevi üçte ikisi Ermenice olmak üzere yılda yaklaşık bin kadar kitap yayımlar. Kültür kuruluşları arasında Devlet Opera ve Balesi, Erivan Film Stüdyosu, Devlet Tarih Müzesi ve Devlet Kütüphanesi sayılabilir (12/270).

II. SAĞLIK SİSTEMİ

II.1. Sağlık Sisteminin Tarihçesi

Ermenistan sağlık sistemi üzerinde eski Sovyet sistemi etkisi çok yaygındır. Sovyet dönemine ait sağlık hizmeti geleneklerine bağımsızlık döneminde de rastlanmaktadır. Ülkeye, Sonashko modeli doğrultusunda oldukça merkezi bir sağlık sistemi yapısı miras kalmıştır.

Sosyal seviye gözetilmeksizin tüm nüfus ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerini de kapsayan tüm sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak faydalanabilmekteydi. Ancak sağlık hizmetlerinin kalitesi batı standartlarında değildi ve özellikle ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerinde resmi olmayan ödemeler yaygın olarak talep edilmekteydi. Sovyet hakimiyeti döneminde, ülkedeki sağlık sistemi oldukça merkezi bir yapıdaydı ve dikey örgütlenme söz konusuydu. Yerel idareler doğrudan ilçe sağlık kuruluşlarını finanse etmekten sorumlu iken, ödemenin miktarına ve mekanizmasına devlet karar verilmekteydi. Hastahanelere ve hekimlere yapılan ödemelere, merkezi olarak karar verilmekte ve bu ödemeler verilen hizmetin miktarını ve kalitesini yansıtmamaktaydı. Bu yaklaşım kişisel girişimi engellemekte ve hem sağlık personelinin hem de sağlık kuruluşlarının sağlık ihtiyaçlarına yaratıcı bir şekilde cevap vermesini önlemekteydi. Bu sistem ayrıca yönetimin gelişimini engellemekte hastahaneleri ve yerel yönetimleri yetersiz bir yönetim kapasitesiyle baş başa bırakmaktaydı.

Sovyet yönetiminin sonlarına doğru mevcut olan sistem, sağlık hizmetleri sistemi içerisindeki insanların kişisel sorumluluk almaktan kaçınmasına neden olan bir sistem olarak tanımlanabilir. Bu yaklaşım aynı şekilde nüfusa uygulandığında sağlık seviyeleri ile ilgili çok az sorumluluk duygusuna sahip oldukları ve sınırsız sağlık hizmetine ücretsiz erişim haklarının olduğu; sağlık personeline uygulandığında, sağlık hizmetlerinin sunumunda maliyetin ve kalitenin göz önüne alınmadığı söylenebilir. Böylelikle Ermenistan Cumhuriyeti'ne Sovyet yönetiminden kırık dökük, esnekliğini kaybetmiş bir sağlık sistemi kalmıştı. Sağlık kuruluşlarındaki personel ve hastahanelerdeki yatak sayısı gereğinden fazla ve kırsal kesimde oturanlar kent sel kesimlere göre daha az avantajlıydı.

Bağımsızlığın hemen ardından, Ermenistan çok zor ekonomik şartlar ve sosyopolitik sorunlarla karşı karşıya kaldı ve bu durum sağlık göstergelerinin düşmesine, sağlık sisteminin ağır zorluklar yaşamasına neden oldu. Bu olumsuzluklar Sovyet modelinden süregelen yetersizliklerle, yaşanan çatışmalarla, yaygın yoksullukla ve mülteci akınıyla daha da arttı. Sonuç olarak, bu durum politik talepleri sağlık sisteminin, Sovyet döneminden kalma katı merkeziyetçiliğinin daha açık ve demokratik yapılarla değiştirilerek, yeniden düzenlenmesi yoluna itti. Ancak bu yeniden düzenlemeleri zorunlu kılan ana neden, mevcut sağlık hizmetlerinin yeni ekonomik iklimde sürdürmesinin mümkün olmamasıdır (1/5-7).

Sağlık Sisteminin Bugünkü Durumu Ve Yapılan Reformlar

Ermenistan sağlık hizmetleri sisteminde reformlar Sovyetler Birliği'nin dağılmasından ve bağımsızlığın kazanılmasından bir süre sonra başlamıştır.

O yıllarda yaşanan ekonomik kriz, sağlık sisteminin merkezi olarak planlanmasından kaynaklanan sorunların daha da artmasına neden olmuştur. 1993-1998 yılları arasında, sağlık sisteminde yapısal, yönetsel ve finansal alanlarda bazı reformlar yapılmış ve bu reformlar sonucunda bazı alanlarda kısmi gelişmeler kaydedilirken, bazı alanlarda da beklenmedik sonuçlarla karşı karşıya kalınmıştır. Örneğin devlete ait olan sağlık kuruluşlarının statüsünün ekonomik olarak bağımsız devlet kuruluşlarına ve yeni yönetim birimlerine dönüşmesi sağlık sisteminin kalite, kontrol ve yönetim açılarından büyük ölçüde zayıflamasıyla sonuçlanmış ve özellikle sosyal açıdan korunmaya muhtaç olan kesimin sağlık hizmetlerine erişilebilirliği ciddi bir sorun haline gelmiştir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda da oldukça ciddi güçlükler yaşanmaktadır. 1997-1998 yıllarında yapılan borçlanmaları takiben, kronik bir karakter haline gelen yetersiz finansman 1999 yılında da devam etmiştir (10/4).

Sağlık Sigortası Sistemi: Ermenistan'da sağlık sigortası sisteminin gündeme gelmesi Devlet'in sağlık sistemini geliştirme amacına ve sağlık korunmasına katkıda bulunmaktadır. Sağlık sigortası sisteminin sonucunda devletin sağlık hizmetleri alanında sürdürdüğü görevler ve Hükümetin yürüttüğü sağlık programları, özellikle reform sürecinin bir an önce tamamlanması açısından desteklenmiş olacaktır. Bu kavram, Dünya Sağlık Örgütü "21. asırda herkes için sağlık" politikasında yer alan sağlığın insan haklarının önemli bir parçası olması; sağlık ve sağlığın korunmasında eşitlik; sağlık stratejilerinin geliştirilmesinde her ferдин, ailenin, toplumun ve örgütün aktif olarak katılım hakkının bulunduğu temellerine ve aynı zamanda Dünya Sağlık Örgütü'nün eşitlik, dayanışma, erişim ve kalite kontrolü, kişi ve toplum sağlığı konularında devletin ve kişilerin yeni rolü, insanların değişen psikolojisi, toplum sağlığının korunmasının öneminin artması, kaynak kullanımında etkililiğin artırılması ve mümkünse, sağlık sistemine yeni kaynaklar temin edilmesi yönündeki ilkelerine dayanmaktadır (10/5).

Ermenistan sosyal bir devlet olduğu için sağlık sigortası sorunları da sosyal sigorta politikası kapsamında ele alınmaktadır. Ermenistan'daki sağlık sigortası sistemi hedef grup için zorunlu, gönüllü sigortanın tersine, sağlık politikası amaçlarının gerçekleştirilmesinde daha etkili, "risk havuzu" daha geniş ve daha etkin olacaktır (10/6).

Sağlık Hizmeti Kuruluşlarının Özelleştirilmesi: Sağlık hizmetleri ve diğer alanlardaki birbiriyle ilişkili çeşitli faktörlere bağlı olarak sağlık hizmeti kuruluşlarının özelleştirilmesi ihtiyacı doğmuştur. Özelleştirmenin sağlık hizmetleri sisteminin tıbbi hizmetlerin optimizasyonu, sağlık hizmetleri finansmanının, örgütlenmesinin ve yönetiminin gelişimine yönelik olarak yeniden yapılanmasına yardımcı olabileceği düşünülmektedir. Sağlık hizmeti kuruluşlarının özelleştirilmesindeki temel amaçlar şunlardır:

- Özel sektör yatırımları aracılığı ile sağlık hizmetleri finansmanının geliştirilmesi ve kişilerin yaptıkları resmi olmayan ödemelerin azaltılması,
- Malzeme, insan kaynakları ve finansal kaynaklar yönetiminin geliştirilmesi yoluyla sağlık hizmeti kuruluşlarınca sunulan hizmetlerin etkililiğinin artırılması,

-Sağlık sisteminde rekabetin geliştirilmesi ile tıbbi hizmetlerin kalitesinin artırılması,

-Sağlık hizmeti çalışanlarının istihdam oranının yükseltilmesi,

-Hastalar açısından tıbbi hizmetlerin seçimi için gerçek bir fırsat yaratılması.

Özelleştirmeye dair ilk doküman Sağlık Bakanlığı tarafından Hükümete 1994 yılında sunulmuştur. Takip eden yıllarda sağlık hizmetlerinde özelleştirmeye dair kavramsal yaklaşımlar düzenli olarak değişmiş ve gelişmiştir. Sağlık hizmetleri alanındaki özelleştirme uygulamalarının diğer alanlara oranla daha az kapsamlı olduğu belirtilmelidir. Sağlık hizmetleri sisteminin büyük bir bölümü, dikkate değer bir özelleştirme yapılmaksızın, kamuya ait olmaya devam etmektedir (10/1,2/6)

Aile Hekimliği: Dünya Bankası ve Ermenistan Ulusal Baçışıklama Programı (EUBP) gibi uluslararası ve yabancı örgütler, Ermenistan'daki birincil sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yardım etmek amacıyla çeşitli projeler için kaynak sağlamaktadır. Bu projeler birincil sağlık hizmetlerine en uzak köylere kadar erişimin sağlanması ve birincil sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasına yöneliktir. Hastalanan bir kimsenin çoğunlukla hastahaneye başvurduğu mevcut sistemin, gelecekte, öncelikle bir polikliniğe ve aile hekimine başvurulması şeklinde değiştirilmesi planlanmaktadır. Hasta bir uzman doktora muayene olmaya veya cerrahi bir girişim yapılmasına ihtiyaç duyuyorsa aile hekimi tarafından uzman doktora veya hastahaneye sevk edilecektir. İkincil ve üçüncül sağlık hizmetleri hastahanelerde, birincil sağlık hizmetleri de aile hekimleri tarafından sunulan hizmetler haline getirilecek, aile hekimleri ikinci sağlık hizmetlerinin kapıcıları niteliği taşıyacaklardır.

Toplumun Katılımının Sağlanmasıyla Sağlık Hizmetlerinin Ve Demokrasinin Geliştirilmesi: Dünya Bankası ve USAID gibi yardım kuruluşları toplumsal katılım kavramının önemini vurgulamaktadırlar. Birincil sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik birçok projede sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesinde, projelerin uygulanmasının takip edilmesinde ve temel sağlık hizmetlerinin sunumunda toplumun aktif olarak katılımı sağlanmaya çalışılmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin yerelleştirilmesi toplumsal katılıma imkan sağlamaktadır. Sovyetler Birliği'nin dağılmasından sonra, dönüşüm sürecinde merkezi hükümet sağlık hizmetleri politikalarını belirlemeye devam etmektedir ancak, sağlık hizmetlerinin bazı alanlarda özelleştirilmesi ve bazı alanlarda da yetkilerin yerel yönetimlere devredilmesi söz konusudur (3/13,14).

II.2. Sağlık Sisteminin Yapısı

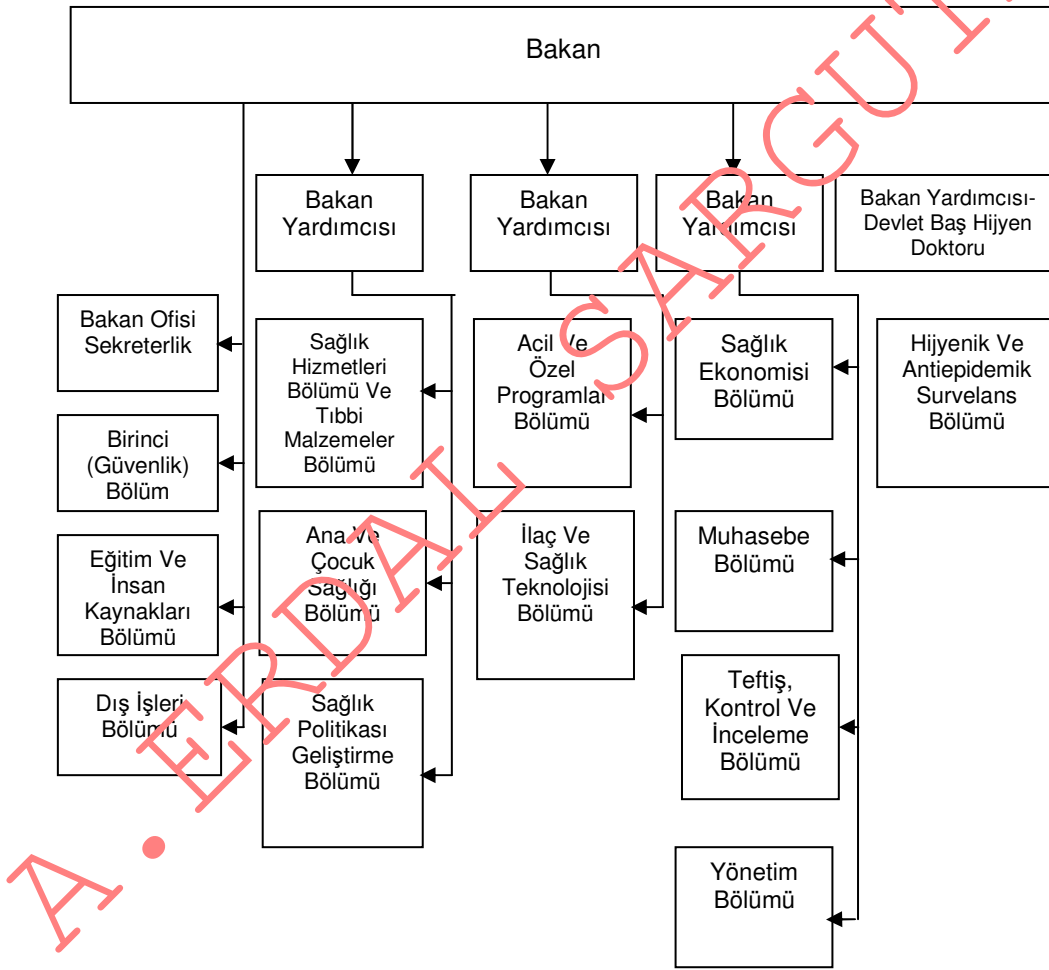
Ermenistan'da yapılan köklü sağlık sistemi reformuna rağmen, sistemin örgütsel yapısının özünde çok az değişiklik gerçekleşmiştir. Sağlık Bakanlığı genel olarak sağlık hizmetlerinin ve reform sürecinin denetimiyle ilgili görev yapmaktadır. Sovyet dönemindeki sistemde bulunan 37 yönetim bölgesi, 11 bölge olarak birleştirilmiştir (10 Bölge ve Erivan). Her bölgenin başında Başbakan tarafından atanan bir bölge yöneticisi ve bir yerel idareci bulunmaktadır. Hastahanelerin özerk bir konumu bulunmaktadır ve kendi bütçelerinden ve yönetimlerinden giderek daha fazla sorumlu olmaktadır.

Ancak yerel yönetimler sunulan sağlık hizmetini takip ederken, Sağlık Bakanlığı düzenleme görevini yürütmeye devam etmektedir (1/9).

II.2.1. Kamu Sağlık Örgütleri

II.2.1.1. Sağlık Bakanlığı

Şema 1: Sağlık Bakanlığı İdari Yapısı



Kaynak : (10) Republic of Armenia Ministry of Health (2005) The Strategy of Minister of Health, Yerevan, Republic of Armenia s:22

Yapılan reformlar sonucunda Sağlık Bakanlığı küçültülmüş, araştırma ve politika geliştirme çalışmaları artık bağımsız kuruluşlar tarafından yapılmaya başlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı hazırladığı sağlık politikalarını onaylanmak üzere hükümete sunar ve ulusal sağlık politikalarının belirlenmesinde ana rolü oynar. Bakanlık, aynı zamanda tıbbi eğitim, lisans verme, düzenleme ve standartları belirleme konusunda en son karar verici özelliğini elinde tutmaktadır. Bakanlığın görevleri genel olarak şunlardır:

- Sağlık politikasının geliştirilmesi ve uygulanması,
- Kamu tarafından finanse edilen sağlık sistemi bütçe taslağının hazırlanması,
- Sağlık ihtiyaçlarının değerlendirilmesi,
- Hekimlere ve hastalara lisans verilmesi ve düzenleme yapılması,
- İnsan kaynakları planlaması,
- Epidemiyolojik verilerin merkezi olarak toplanması ve analiz edilmesi.

Sağlık Bakanlığı reformlarla yapılan değişiklikleri kurduğu Reformlar Bölümü ve Program Uygulama Ve Takip Bölümü aracılığı ile takip etmektedir. Bakan yardımcısına bağlı olarak çalışan Sağlık Politikası Ve Kalkınma Programı sağlık politikası ve stratejisi geliştirmenin yanında, sağlık programlarının koordinasyonunda da önemli bir rol oynar. Bu görevlerini, daha önce görevli Bakanlık tarafından yürütülen Ulusal Sağlık Kurumu ile birlikte çalışarak yürütür.

Sağlık Bakanlığı, tıp eğitimi konusunda Eğitim Bakanlığı ile birlikte çalışmaktadır ve günümüzde tıp eğitimi alan öğrenci sayısının azaltılmasına uğraşmaktadır.

Sağlık Bakanlığı ayrıca, devlet kuruluşlarında sunulan belirli sağlık hizmetlerinin ödemelerine üçüncü taraf olarak katılmaya devam etmektedir (1/9-11).

1995 yılında bağımsızlığını kazanılmasından sonra sağlık hizmetleri yönetimi reform sürecine girmiştir. Günümüzde devlete bağlı olan tıbbi kuruluşlar Sağlık Bakanlığı'nın doğrudan yönetimi altındadır.

Sağlık Bakanlığı'nın ayrıntılı görevleri şunlardır:

- Toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi amacıyla politikalar geliştirilmesi,
- Sağlık hizmetleri sisteminin geliştirilmesi için stratejiler belirlenmesi,
- Sağlık sistemi içerisindeki çalışmalar ve hizmetler arasında önceliklerin belirlenmesi,
- Ülkenin hijyen ve epidemiyolojik güvenliğinin sağlanması,
- Devlet bütçesinin gelişiminin yıllık olarak takip edilmesi,
- Devlet garantisi altındaki çeşitli tıbbi hizmetlerin fiyatlarının belirlenmesi, bu hizmetlerin topluma ücretsiz olarak sunulması ve bu hizmetlere yapılan harcamaların devlet bütçesinden finanse edilmesi,
- Devlet tarafından sağlanan finansmanın hedeflenen programlara dağılımının kontrol edilmesi,

- Standartların geliştirilmesi
- Tıbbi hizmetlerin sunumuyla ilgili kanuni düzenlemelerin yapılması ve yönetsel öneriler geliştirilmesi,
- Bilimsel araştırmaların koordine edilmesi,
- Sağlık sistemi içerisindeki insan kaynaklarının yeterliliğinin artırılması ve hazırlık konularıyla ilgili düzenlemelerin yapılması,
- Sağlık kuruluşlarına çalışma izni verilmesi ve yasal konumlarına ve yönetsel sınırlarına bakılmaksızın sağlık hizmeti sunucularına örgütlenme ve yönetsel açıdan destek olunması (16/15,16).

II.2.1.2. Diğer Bakanlıklar Ve Kuruluşlar

Sağlık Bakanlığı, amaçlarını gerçekleştirmek için diğer bazı bakanlıklarla ve kuruluşlarla işbirliği kurmaktadır.

Maliye Bakanlığı

Sağlık bütçelerinin değerlendirilmesinde ve onaylanmasında önemli bir rol oynamaktadır. Bakanlık ayrıca, vergilerin toplanmasında ve Sağlık Bakanlığı ile Devlet Sağlık Kuruluşu'na kaynak aktarılmasında da sorumludur.

Eğitim Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı ile birlikte üniversite düzeyindeki tıp ve hemşirelik eğitimi sorumluluğunu paylaşmaktadır.

Sosyal İşler Bakanlığı

Sosyal İşler Bakanlığı, nüfusun en güçsüz kesiminin korunmasından sorumludur ve Sağlık Bakanlığı ile birlikte yaşlılara, mültecilere, gazilere ve savaş malullerine daha fazla destek olunmasına çalışır. Ancak kaynak kısıtlılıkları, Bakanlığın görevini yerine getirmesine büyük ölçüde engel olmakta, sağlaması gereken sosyal hizmetlerin ağırlığı daha çok ailelere ve sağlık hizmetlerine yüklenmektedir. Ancak uygulamaya koyulan bir planla, sağlık sistemi üzerindeki bu ağırlığın azaltılması amacıyla, Sosyal İşler Bakanlığı, sosyal açıdan çok kötü durumda olanların hastahane masraflarını karşılamaktadır.

Diğer Bakanlıklar

Diğer bakanlıklar da barınma, istihdam ve çevrenin korunması gibi sağlık statüsünü etkileyen konularda sorumluluklar taşımaktadır.

Devlet Sağlık Kuruluşu

1998 yılında Dünya Bankası'nın desteğiyle kurulan Devlet Sağlık Kuruluşu, finansmanın Sağlık Bakanlığından ayrılması amacıyla yönelik bir girişimdir. Kuruluş, Sağlık Bakanlığı'na bağlı olmayan bir devlet örgütü olup öncelikle tam kapsamlı bir sosyal sigorta örgütünün kurulması yönünde ilk adım niteliğindedir. Devlet Sağlık Kuruluşu vergi gelirlerinden sağlık alanına tahsis edilen kaynağı Maliye Bakanlığı'ndan alır ve sağlık kuruluşlarına ödeme yapar.

Savunma Bakanlığı Ve İçişleri Bakanlığı

Bu Bakanlıklar, sağlık hizmeti ağına paralel olarak, kendi bütçelerinden finanse edilmek suretiyle sağlık hizmetleri sunumuna katılmaktadırlar. Sovyet döneminden kalma bu yapıda kısıtlı sayıda birincil sağlık hizmeti kuruluşu, çok az sayıda hastahane bulunmaktadır. Bu tür kuruluşlar Sağlık Bakanlığı'ndan tamamen bağımsız olup reformların bir parçası olarak, sağlık sektörünün ana yapısına katılmaları ümit edilmektedir.

Ermenistan Sağlık Bilgi Analiz Merkezi

Ermenistan Sağlık Bilgi Analiz Merkezi özerk bir yapıda olmakla beraber Sağlık Bakanlığı şemsiyesi altındadır ve sağlık bilgi sisteminin geliştirilmesinden sorumludur (1/11,12).

II.2.1.3. Yerel Yönetimler

Ermenistan'da yerel yönetimlerin yeniden yapılandırılmasının ardından, ülkedeki 37 bölgesel yönetim, 11 bölge olarak birleştirilmiştir. Bu bölgeler sağlık hizmetlerinden yerel düzeyde sorumludurlar.

Yerel yönetimlerin planlama ve düzenleme çalışmalarına çok az katılımı söz konusudur, ancak, Dünya Bankası tarafından finanse edilen çalışmalarda, bölge sağlık birimleri, proje çalışmalarının çeşitli aşamalarında yer almaktadır. Bu çalışmalar içinde, hastahanelerin, örneğin belli bir nüfusa düşen yatak sayısı ve kullanım oranları gibi belirleyici temellere yönelik olarak yeniden yapılandırılmasını amaçlayan "Optimizasyon Planları"nın geliştirilmesi de yer almaktadır. Sağlık kuruluşlarının yerel yönetimlere karşı bir dereceye kadar (harcamaların rapor edilmesi) sorumluluğu vardır fakat, hastahaneler ve poliklinikler özerktirler (1/12,13).

II.2.2. Sağlık Hizmeti Talep Eden Örgütler

II. 2.2.1. Devlet Sağlık Kuruluşu

Devlet Sağlık Kuruluşu, Ermenistan'daki sağlık hizmetlerinin satın alıcısı konumundaki tek kamu kuruluşudur (2/5).

Devlet Sağlık Kuruluşu dışında, ne Sağlık Bakanlığı içerisinde, ne de yerel yönetimlerde sunulan sağlık hizmetlerine ödeme yapan bir mekanizma mevcut değildir (1/28).

Bir satın alıcı olarak, Devlet Sağlık Kuruluşu, sağlık hizmeti sunan kuruluşlarla anlaşma yapar ve Temel Faydalanma Paketi'nde tanımlanan hizmetler için bu kuruluşlara ödeme yapar. Kuruluş, Temel Faydalanma Paketi'nde yer alan sağlık hizmetlerinin her biri için hastahanelere yapacağı ödemenin miktarını, bu alana tahsis edilen sağlık bütçesine göre belirler. Kliniklerde sunulan sağlık hizmetleri için kişi başına yapılacak olan ödemenin miktarı ise kliniklerdeki fiyatlara ve hizmet verilen kişi sayısına göre belirlenir. Daha sonra hastahanelere, güçsüz kimselere sundukları fiyatları belirlenen hizmet sayısına göre aylık, kliniklere de kendilerine göre belirlenen kişi başı ücrete göre düzenli aralıklarla ödeme yapılır (2/15).

1997 yılında, sağlık hizmetlerinde doğrudan kişisel ücret ödeme (cepten) sisteminin uygulanmaya başlanmasından sonra, devletin, nüfusun belli bir kesiminin sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak faydalanabilmesi amacıyla, Dünya Bankası'nın desteğiyle, 1998 yılında uygulamaya koyduğu Temel Faydalanma Paketi Kapsamına alınan sağlık hizmetleri ve hedef grup düzenli olarak değerlendirilip gerektiğinde yenilenmektedir.

2000 yılında düzenlenen Temel Faydalanma Paketi kapsamına giren sağlık hizmetleri şunlardır:

- Hijyenik ve anti-epidemik kontrol,
- Birincil sağlık hizmetleri,
- Çocuklara sunulan tıbbi hizmetler,
- Doğum ve jinekolojik hastalıklar,
- Sosyal açıdan güçsüzlere sunulan tıbbi hizmetler,
- Bulaşıcı hastalık kontrolü,
- Bulaşıcı olmayan hastalık kontrolü,
- Acil sağlık hizmetleri.

Estetik cerrahi girişimleri, organ nakli, yanay organ veya doku nakli, değerli metallerin ve dış malzemelerinin kullanımı bu paket kapsamına girmemektedir.

Sosyal açıdan güçsüz olan kesimin tanımlanması ise sakatları (sakatlığın derecesine bağlı olarak), savaş malullerini, ebeveynlerinden biriyle yaşayan 18 yaşının altındaki çocukları, 18 yaşın altındaki öksüz veya yetimleri, 16 yaşın altındaki sakat çocukları, 18 yaşın altında dört veya daha fazla çocuklu aileleri, şehit ailelerini, mahkumları, özürlü ailelerin çocuklarını, Çernobil faciasının sonuçlarının giderilmesine yönelik çalışmalara katılanları ve kurtarma ekiplerini kapsamaktadır (1/31).

II.2.2.2. Özel Sağlık Sigortası Kuruluşları

Ermenistan'da sağlık sigortası sektörü henüz gelişmemiştir ve bu pazar yeterli oranda sağlık sigortası sunmakta başarısızdır. Ülkede bulunan özel sağlık sigorta kuruluşları, sigorta talep edenlerin sağlık durumları ve yaşam tarzları konusunda yeterli kadar bilgi sahibi değildir ve bu durum, sigorta maliyetlerini artıran olumsuzluklara neden olmaktadır. Sigorta kapsamına, sağlık sorunları olan ve gerçek risk seviyesini saklayan kişilerin alınması primlerin yükselmesine neden olmakta ve düşük risk grubundaki kişilerin sağlık sigortası pazarından uzaklaşmasına sebep olmaktadır (3/9,10).

Ülkede isteğe bağlı sağlık sigortası sunan bazı özel şirketler bulunmakla birlikte, gerçekte bu şirketlerin sağlık hizmetlerinin finansmanına bir katkısı yoktur. Ülkede bulunan, resmi olarak kayıtlı özel sigorta şirketlerinin sadece %20'si sağlık sigortası hizmeti sunmaktadır. Bu durumun başlıca nedenleri şunlardır:

- Daha önceki yıllarda yaygın bir biçimde yaşanan, sağlık hizmetleri için gayri-resmi olarak doğrudan ödeme talebi sonucunda, nüfusun çoğunluğunun sağlık sigortası fikrine sıcak bakmaması,
- Mevcut vergi yasasının işverenleri, işçilerini sigortalatmaya teşvik etmemesi,

- Nüfusun çoğunluğunun gelir seviyesinin düşük olması sebebiyle, insanların sağlık hizmeti harcamalarını gelecek risklere değil de, ihtiyaçlara yönelik olarak yapmayı tercih etmesi,
- Nüfusun çoğunluğunun sağlık sigortasının anlamı ve faydaları konusunda bilgi sahibi olmaması (1/34).

II.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

II. 3.1. Kamu Sağlığı Hizmetleri

Temel kamu sağlığı hizmetleri, sağlık eğitimi ve sağlığın desteklenmesi hizmetleri, Ermenistan'da birincil sağlık hizmetlerinin özünü teşkil etmektedir. Ülkede kişilerin kendi sağlıklarına karşı duydukları sorumluluk düzeyi düşüktür. Kamu sağlığı hizmetleri konusunda yaygın bir yanlış anlama ve karıştırma söz konusudur.

Kamu sağlık hizmetleri alanı, sağlık sektörünün diğer bölümlerine göre daha az değişikliğe uğramıştır. Sovyet döneminde kurulmuş olan Hijyenik Ve Enfeksiyöz Hastalıklar Survelansı Bölümü ve bu bölümün bölgesel rapor kuruluşları olan 37 San-epid İstasyonu hala hizmet sunmaya devam etmektedir. Bu istasyonlar merkezi idare tarafından yönetilmekte ve raporlarını merkezi idareye iletmektedir. İstasyonların görevi sanitasyon sisteminin ve hava ile su kalitesinin takip edilebilmesi ve hem bulaşıcı hem de bulaşıcı olmayan hastalıklar hakkında epidemiyolojik veri toplamaktır. Bu ağ, sonuç itibarıyla Epidemiyoloji Bölümü'nü yöneten Bakan Yardımcısına karşı sorumludur. Sağlık Bakanlığı tüm değişikliklerin takip edilebilmesi ile politika hazırlama ve sağlık hizmetleri planlaması aşamalarında bilgi sahibi olunması açısından, istatistiklerin ülke çapında toplanıp toplanmadığını kontrol eder.

Koruyucu sağlık hizmetleri çeşitli şekillerde sunulmaktadır. Aşılama programları, normalde, birincil sağlık hizmetleri kliniklerinde uygulanmakta, fakat, tüm nüfusun aşı kapsamına alınmasını takip etmek üzere veri toplayan San-epid ağı tarafından denetlenmektedir. Ermenistan'daki çocukların çoğuna Ermenistan Ulusal Bağışıklama Programı (EUBP) tarafından belirlenen temel aşılardan sonra uygulanmıştır, fakat bunlardan bazıları EUBP tarafından belirtilen yaşlardan sonra uygulanmıştır.

Aile planlaması hizmetleri sağlık evleri, doğum ve jinekoloji gibi alanlarda hizmet veren kadın sağlığı özel dal poliklinikleri tarafından sunulmaktadır. Aynı şekilde antenatal hizmetler ve tarama hizmetleri de bu birimler tarafından sunulmaktadır.

Yapılan reformlarla koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerinin öneminin artacağı ümit edilebilir. Uygulamacıların gerekli ölçümleri yapmasını sağlamak için ihtiyaç duyulan ödemelerin yapılmasını Sağlık Bakanlığı planlamaktadır. Çevre sağlığı hizmetleri ve enfeksiyöz hastalıkların kontrolü merkezi idarenin denetiminde kalacak gibi görünmektedir, ancak, yeni kamu sağlığı uzmanları eğitimlerini tamamladıklarında, bölgesel düzeyde sorumluluğun artması yönünde, bölgesel kapasiteyi güçlendirebilirler (1/43,45,47).

II. 3.1.1. Birincil (Primer) Sağlık Hizmetleri

Ermenistan'da, hastalıkların %80'inin birincil sağlık hizmetleri ile tedavi edilebileceği ve önlenebileceği tahmin edilmektedir. Ülkede birincil sağlık hizmetleri uzman hekimlerin görev yaptığı poliklinikler ve genellikle bölgelerde bulunan ayakta tedavi merkezleri olarak bilinen küçük klinikler tarafından sunulmaktadır. Poliklinikler yerel idareler tarafından yönetilmekte olup, Erivan'da Sağlık Bakanlığı tarafından yönetilen çok az sayıda poliklinik bulunmaktadır. Polikliniklerde sunulan sağlık hizmetleri, ekonomik durum gözetilmeksizin tüm halka ücretsizdir.

Günümüzde Ermenistan'daki birincil sağlık hizmetleri sistemi karma bir yapı sergilemektedir. Kentsel kesimdeki polikliniklerin çoğu, aile hekiminin bulunmadığı Sovyet geleneğine dayalı şekilde çalışmaya devam etmektedir. Her doktor farklı yaş gruplarının farklı sağlık ihtiyaçlarına ve çeşitli sağlık sorunlarına göre uzmanlaşmıştır. Diğer taraftan Ermenistan'da aile hekimliği uygulamalarına başlanmıştır ve koruyucu sağlık hizmetlerinin ana parçası olması planlanmaktadır. Sağlık Bakanlığı içerisinde aile hekimliği ile ilgili birimler çalışmalarına başlamıştır.

Tablo 1: Polikliniklere Ve Hastahanelere Yapılan Devlet Harcamaları (Milyon Dram)

	1999	2000	2001	2002	2003*	2004*	2005*	2006*
Poliklinikler	3.0	1.7	3.1	3.4	4.0	8.0	10.9	13.4
Hastahaneler	9.3	9.4	9.5	8.9	10.6	12.1	13.5	14.3

* Tahmini

Kaynak : (3) Hayrapetyan, S. ve diğerleri (2004) Health Care in Armenia: Challenges And Prospects, s:11

Sağlık Bakanlığı, birincil sağlık hizmetlerine ve polikliniklere önem vermekte ve bu nedenle, bu alanlara gittikçe daha fazla kaynak tahsis etmektedir. Tablo 1'de devletin polikliniklere tahsis edilen kaynağı hastahanelere oranla daha hızlı artırmayı planladığı görülmektedir (3/10,11).

Ülkede 500 adet sağlık evi veya sağlık istasyonu bulunmaktadır ve buralarda hemşireler tarafından temel yetişkin ve çocuk sağlık hizmetleri, antenatal bakım, çocuk gelişimi kontrolleri, reçete yazma, ilk yardım, 24 saat acil hizmetler, ev ziyaretleri, aşı ve basit sağlık eğitimi gibi koruyucu sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Bir köy grubu, daha geniş çaplı sağlık hizmeti sunabilen bir genel veya aile hekiminin bulunduğu bir ayakta bakım merkezini ortaklaşa kullanabilir. Kırsal sağlık hizmeti ağının kapsamı dışında kalan insanlar bölgesel polikliniklere veya doğrudan hastahanelere sevk edilir.

Bölgesel polikliniklerde bir çocuk doktoru, bir genel hekim ve bir kadın doğum uzmanı ile birlikte hemşireler ve ebelerden oluşan birincil sağlık hizmetleri personeli görev yapmaktadır.

Polikliniklerde sunulan sağlık hizmetleri yetişkin ve yaşlı nüfusa genel ayakta bakım hizmetleri, antenatal, perinatal ve gebelikle ilgili hizmetler, pediatrik hizmetler, temel muayene ve her türlü reçete yazma hizmetleri, küçük cerrahi girişimler, hastalık raporları, rehabilitasyon, 24 saat acil sağlık hizmetleri, ev ziyaretleri, aşılar ve sağlık eğitimlerinden oluşmaktadır. Geniş kentsel bölgelerde, özellikle Erivan'da, çocuklara ve kadınlara yönelik hizmet veren özel dal poliklinikleri de, genel polikliniklerle birlikte hizmet vermektedir. Daha büyük olan bu merkezlerde çeşitli tıbbi ve cerrahi girişimlere yönelik ikincil sağlık hizmetleri de sunulabilmektedir (1/41,42).

Bölgelerdeki polikliniklerde ve kırsal kesimlerdeki sağlık evlerinde ve sağlık istasyonlarında, birincil sağlık hizmeti sunumunda görevli her hekim başına 1200-2000 nüfus ve her çocuk doktoru başına 700-800 çocuk düşmektedir.

Daha önceleri bölgesel hastahanelere bağlı olarak çalışan poliklinikler, günümüzde özerk bir yapıya kavuşturulmuştur. Bu uygulama birincil ve ikincil sağlık hizmetleri arasındaki karışıklığın önlenmesini ve hastahanelere yapılan gereksiz yatışların ortadan kaldırılmasını amaçlamaktadır (6/14).

Sağlığın yükseltilmesi Ermenistan Cumhuriyeti'nin ulusal güvenlik stratejilerinin ana hedeflerinden biridir. Özellikle de genç nüfusun sağlığının yükseltilmesinde bağışıklama önemli bir rol oynamaktadır. Ermenistan'da 1994'den beri Dünya Sağlık Örgütü ile işbirliği içerisinde geliştirilen ve Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen Ulusal Aşı Programı uygulanmaktadır.

Sağlık Bakanlığı enfeksiyöz hastalıklarla mücadelede temel ve bazen de tek yol olan koruyucu aşılar uygulamalarına daima büyük önem vermiştir. Ülkede sosyoekonomik durumun bozulması ve 1990'ların sonlarındaki göç artışı enfeksiyon hastalıklarının yayılmasına neden olmuştur. Bu nedenle Ulusal Aşı Programı, sağlık politikasının öncelikli alanlarından biri olarak ülkenin sağlık sistemi yapısı içerisinde özel bir konuma sahip olmuştur.

Ermenistan'da Ulusal Aşı Programı yönetimi üç düzeyde gerçekleştirilmektedir:

- Ulusal
- Bölgesel
- Tıbbi Kuruluşlar (Poliklinikler, ayakta bakım klinikleri, ebe evleri hamile bölümleri vs)

Ulusal düzeyde program Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanmaktadır. Ulusal Aşı Programı'nın koordinatörü Şef Hijyen Doktoru'dur. Ulusal Aşı Programı'nın temel örgütsel yapısını Sağlık Bakanlığı'na bağlı Hastalıklardan Korunma Ve Kontrol Merkezi oluşturmaktadır. Bu Merkez koordinasyondan, örgütsel ve yönetsel konulardan, danışmanlıktan, aşıların ve diğer malzemelerin elde edilmesinden, depolanmasından ve dağıtımından sorumludur.

Bakanlığa bağlı olarak yarı-özerk bir konumda bulunan Devlet Hijyenik Ve Epidemiyolojik Kontrol Örgütü 6'sı Erivan'da bulunan 10 bölgesel koluyla, Ulusal Aşı Programı'nın bölgesel düzeyde uygulamasından sorumludur.

Bu örgütün bölgesel kolları, bölgesel düzeyde aşılardan taşınmasından ve depolanmasından da sorumlu olup Ulusal Aşı Programı'nın uygulamasını takip etmektedir. Tıbbi kuruluşlar düzeyinde de soğuk zincir ve enfeksiyon güvenliği kurallarına uygun olarak aşılama işlemleri gerçekleştirilmektedir (16/19,22).

II. 3.1.2. İkincil (Sekonder) ve Üçüncül (Tersiyer) Sağlık Hizmetleri

Ermenistan'da ikincil sağlık hizmetleri 37 adet bölge hastahanesi ve özel dal sağlık hizmetleri sunan bazı büyük polikliniklerde sunulmaktayken, üçüncül sağlık hizmetleri cumhuriyet hastahaneleri ve Erivan'daki özel dal hastahaneleri tarafından sunulmaktadır. Hastahanelerin çoğunluğu devlete aittir ve bir tanesi kısmi olmak üzere dört tane özel hastahane bulunmaktadır. Ayrıca Erivan'da bir de teşhis merkezi bulunmaktadır.

İkincil ve üçüncül sağlık hizmeti kuruluşların dağılımında, coğrafik ve demografik özellikler göz önüne alınmaktadır. Sağlık Bakanlığı birincil, ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerinin net bir şekilde birbirinden ayrılan tanımlamalar ve sağlık kuruluşlarında verilen hizmetin seviyesini, hizmet sunduğu gruba göre sınırlandıran şartlar ortaya koymuştur.

Hastahanelerdeki yatak sayısı tahmin edilen iltiyacın oldukça üzerindedir ve birincil ve koruyucu sağlık hizmetlerinde kullanılacak kaynağın bu alana aktarılmasına neden olmaktadır.

Hastahanelere ayrılan kaynağın yatak sayılarına göre belirlendiği Sovyet ödeme sisteminde, bu durum, hastahaneye fazladan yatış yapılmasına ve ortalama yatış sürelerinin uzamasına neden olmuştur. Sağlık sisteminin sonrasında yaşadığı uzun dönemli ekonomik güçlükler ve uygulanan reformlar Ermenistan'da ikincil ve üçüncül sağlık sisteminin mevcut durumunun tam olarak ortaya konmasına engel olmaktadır. Tablo 2'deki 1990-1999 arasındaki hasta yatış oranları incelendiğinde, 1999 yılındaki hastahane doluluk oranının 1990 yılına oranla yaklaşık %65 oranında gerilediği görülmektedir (1/47,48).

Tablo 2: Yataklı Tedavi Hizmeti Kullanımı Ve Performansı

Yatan Hasta	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
1000 Kişiye Düşen Hasta Yatağı	9.09	8.53	8.37	8.21	7.77	7.64	7.13	6.75	6.65	6.20
Hastahane yatış Oran (%)	13.95	12.07	9.61	8.17	7.60	7.48	7.54	6.65	6.20	5.80
Ortalama Yatış Süresi	15.60	15.45	15.58	15.88	16.32	15.22	14.56	13.86	12.80	12.80
Yatak İşgal Oranı	65.56	59.52	48.63	42.35	42.72	40.14	40.41	38.6	33.70	33.40

Kaynak : (1) Hovhannisyanyan, S. ve diğerleri (2001) Health Care Systems in Transition Armenia, s:50

Yapılan reformlar sonucunda hastahaneler özerk bir yapıya kavuşmuş ve bir kamu kuruluşu olmakla birlikte kendi finansmanlarını sağlamaya başlamışlardır. Sunulan sağlık hizmetlerinin ödemeleri kullanıcılar tarafından yapılmakta olup, hastahaneler temel faydalanma paketi kapsamına giren kişilere ücretsiz olarak hizmet sunmakla yükümlüdür.

Sunulan hizmetinin bir standardı yoktur. Sağlık Bakanlığı, hastahaneler tarafından sunulan sağlık hizmetlerini, ölüm oranlarını, postoperatif komplikasyonları, postoperatif ölümleri, yatış sürelerini ölçmek ve ulusal değerlerle karşılaştırmak suretiyle takip etmektedir. Bölgesel merkezler arasında bu konuda anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.

Devlet sağlık sektörünün alt yapısı değişiklikler göstermektedir. Bölgesel hastahanelerin birçoğu eskidir; binaların bir çoğu eski ve kullanılan teçhizat bakımsız ve eskidir. Ancak bunun tam tersine deprem bölgesindeki hastahaneler, yeniden yapılanma amaçlı yardımlarla oldukça yüksek standartlarda ve yeni teçhizatlarla donatılmış durumdadır (1/47,48,50,52).

1978 yılında 173 olan hastahane sayısı 2002 yılında 135'e düşmüştür ve aynı yıllardaki hastahane yatağı sayısı da 28.850'den 13.968'e düşmüştür ve bu durum sağlık hizmetleri sisteminde optimizasyonun bir sonucudur. 1987 yılında 10.000 kişilik nüfusa düşen hastahane yatağı sayısı 84.4 iken, bu sayı 2002 yılında 43.5'e düşmüş ve bu yıllardaki ortalama yatış süresi 16.2 den 10.9'a gerilemiştir.

Ayakta bakım hastahaneleri ve poliklinikler 1987 yılında 503 iken, 2002 yılında 444'e düşmüştür ve yine bu yıllardaki 10.000 nüfusa düşen doktor sayısı 38.6'dan 30.1'e düşmüştür (16/14).

II.3.2. Özel Sektör Sağlık Hizmetleri

Ermenistan'da, son zamanlarda, birkaç istisna dışında, özel sektörün gelişiminin çok yavaş olduğu söylenebilir. 1996 Ocak ayında çıkarılan bir yasayla hekimlere özel uygulamalar yapma imkanı tanınmış, ancak bu alanda çok az sayıda girişim gerçekleşmiştir. Yapılan az sayıdaki bu girişimler özellikle kadın doğum-jinekoloji ve psikiyatri alanlarında olmuştur.

Günümüzde ülkede üç tane özel hastahane ve bir tane de kısmen özel hastahane bulunmaktadır. Bunun yanında Erivan'da %80 hissesi özel sektöre ait olan bir teşhis merkezi bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı, bu teşhis merkezi ile kamu sektörüne sunacağı hizmet ve hasta sayısı konusunda anlaşma yapmış ve bu hakkı bölgeler arasında eşit bir biçimde tahsis etmiştir.

Özel sektörün alanına giren bir diğer konu ise ilaç satımıdır. Ülkedeki tüm eczahaneler özelleştirilmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen düzenlemelere tabidirler ve kar amaçlı özel girişimler olarak hizmet verirler. Bu uygulamanın dışında kalan ve sağlık kuruluşlarına bağlı olan birkaç tane istisna da bulunmaktadır.

Diş hekimliği hizmetleri de özelleştirme süreci içindedir. Son on yıl içerisinde okullarda sunulan gerek koruyucu gerekse tedavi edici diş sağlığı hizmetleri tamamen durmuştur.

Ülkede, bağımsızlıktan sonra kurulan beş adet özel tıp ve on adet hemşirelik koleji bulunmaktadır. Ancak bu okullar Sağlık Bakanlığı tarafından tanınmamakta ve mezunları devletin açtığı tıbbi sınavlara girememektedir. Bu okulların tanınmak üzere açtıkları davayı kazanmalarına rağmen hala Sağlık Bakanlığı tarafından akredite edilmemekte ve mezun olanlara lisans verilmemektedir (1/14-16).

II.3.3. Gönüllü Kuruluşlar

Ermenistan'da devlete ait olmayan ve insani yardım amaçlı olarak çalışarak sağlık programları uygulayan birçok örgüt bulunmaktadır. Bunlar:

- Gulbenkian Fonu: Ulusal Sağlık Kurumu hastahanesindeki kimya laboratuvarına analizör ilaçlar sağlanması yönünde bağış yapmaktadır,
- Çocukların Korunması: Kırsal kesim ayakta bakım hizmetlerinin yeniden yapılandırılması amacıyla bir proje uygulamaktadır,
- Ermenistan Genel Yardım Birliği: Erivan'da hizmet veren bir plastik ve rekonstrüktif cerrahi merkezidir.
- Uluslararası Kızılhaç Ve Kızılay Federasyonu: Deprem sonrası yaraların sarılması, yapılanma, tıbbi programlar, eğitim programları ve malarya kontrol hizmetleri sunmaktadır,
- Ermenistan Kızılhaç'ı,
- Alman Kızılhaç'ı,
- MSF (Médecins Sans Frontières) Fransa: STD (cinsel yolla bulaşan hastalıklar) tedavisi ve korunmasına yönelik bir programla, 1995 yılında ülkedeki faaliyetlerine başlamıştır ve günümüzde daha birçok tıbbi program uygulamaktadır,
- Aznavur pour l'Arménie: Bebek beslenmesi ve süt dağıtımı ile ilgili olarak çalışmakta ve bebek maması fabrikasının iyileştirilmesini üstlenmiştir,
- Ermenistan Refah Fonu: Sağlık hizmeti sunucularına ve sağlık yöneticilerine yönelik eğitim programlarını, Ulusal Tıp Kütüphanesini ve Bilgi Ağı'nı desteklemekte tıbbi tüketim malzemesi ve teçhizat sağlamaktadır,
- Refah Amaçlı Birleşik Yöntem Komitesi: İlaç, kırsal kesimlerdeki birincil sağlık hizmetleri, üreme sağlığı ve gebelerin beslenmesine destek sağlamaktadır (1/17,18).
- PRIME II: PRIME II'nin Ermenistan'daki çalışmalarının odak noktasını birinci kademe üreme sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesine önem veren sağlık sektörü reformu oluşturmaktadır. Ülkedeki hastahane hizmetleri temelli, oldukça özelleşmiş sağlık hizmetleri sistemi yerini yavaş yavaş daha çabuk cevap alınan ve etkili bir birincil sağlık hizmetlerine bırakmakta ve PRIME, Sağlık Bakanlığı'na müşteri-odaklı bir hizmet sunumunda rehber olmaktadır.

PRIME II'nin Ermenistan programı 4 entegre bölümden oluşmaktadır. Bunlar:

- Kırsal Kesim Sağlık Kuruluşlarının Ve Sonuçlarının Performanslarının Geliştirilmesi: PRIME II, performans geliştirme yaklaşımını kullanarak Lori'deki 60 ayakta bakım merkezi ve sağlık evinde çalışan hemşire ve ebelerin gebe ve bebek bakımda üstlendiği rolü genişletmek için bir dizi uygulamalar yürütmüştür. Bu uygulamalar sağlıklı hamile bayanların takibi için düzenlenen gözlem altındaki uygulamalardan, toplumun hamilelikte tehlikeli işaretler yönünden eğitilmesinden,

bayanların emzirmenin yaygınlaşması için teşvik edilmesinden ve modern doğum kontrol yöntemlerinin kullanılmasından oluşmaktadır.

-Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların Entegre Bir Biçimde Yönetilmesi: Cinsel yolla bulaşan hastalık hikayesi olan insanların HIV/ AIDS taşıma riskinin 10 kat arttığı belirlenmesi üzerine Ermenistan Hükümeti ve PRIME II, cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesi ve yönetimini birincil sağlık hizmetlerine dahil ederek bu tür hizmetlere erişimin artırılması amacıyla çalışmalara başlamıştır.

-Aile Hekimliği Eğitiminin Güçlendirilmesi: Sağlık reformunun bir parçası olarak Ermenistan Hükümeti yeni bir aile hekimliği kadrosu oluşturmuş ve Erivan Devlet Tıp Okulu'nda ve Ulusal Sağlık Kuruluşu'nda aile hekimliği bölümleri kurmuştur. 2003 yılında PRIME II, aile hekimlerinin temel üreme sağlığı hizmetleri açısından hazırlanması ve desteklenmesi için, bu iki kuruluşun kapasitesini geliştiren bir program uygulamaya başladı.

-Sağlık Hizmeti Sunucularının Kadınlara Karşı Şiddete Karşı Duyarlılığın Geliştirilmesi: PRIME II, PI prensiplerini kullanarak birincil sağlık hizmeti sunucularının şiddete maruz kalan kadınların tanınması, eğitim ve tedavi edilmesi konusundaki yeterliliğinin geliştirilmesine yönelik örnek bir proje hazırlamıştır (15/1-3).

II.4. Sosyal Hizmetler

Kamu tarafından sunulan sosyal hizmetler son derece kısıtlı olup özel sektör henüz bu tür hizmetlerin sunumunda yer almamaktadır. Ülkede ruhsal ve fiziksel olarak özürli olan hastalara yönelik hizmet veren yalnızca bir tane hastahane bulunmaktadır ve uzun dönemli bakıma ihtiyaç duyan hastalara hizmet sunacak bir hemşirelik evi bulunmamaktadır. Kronik hastalara uzun dönemli hizmet verecek bir hastahane, özel ihtiyaç gruplarına hizmet sunan günlük bakım merkezi veya gelişmiş bir sosyal çalışmacı ağı ülkede bulunmamaktadır. Ermenistan'da tüm ülkeye hizmet veren yalnızca iki tane yaşlı bakım evi bulunmaktadır. Ermenistan'daki geleceğe göre bu sistem ailelere ve insani yardımlara bağımlıdır ve hastahane sektörünün, sosyal hizmet ihtiyaçlarını karşılamasını beklemektedir.

Bu durum, zaten kaynak sıkıntısı çeken sağlık sisteminin daha da zorlanmasıya neden olmaktadır. Hastahane yatakları sosyal hizmete ihtiyacı olanlar, yaşlılar ve kronik hastalıkları olan hastalar tarafından işgal edilmektedir.

Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan baskılar sonucunda, Sosyal İşler Bakanlığı bazı sosyal hizmet sunumu çalışmalarını desteklemeye başlamıştır. Günümüzde söz konusu Bakanlık bu amaçla sağlık sektöründen, sosyal açıdan çok güçsüz durumda olanlar için 20.000 hastahane günü satın almaktadır. Ancak bu miktar oldukça düşük seviyede bir yardımdır (6/6,7).

II.5. İnsan Kaynakları Ve Eğitim

1980'lerde, Ermenistan'da hekim/nüfus oranı düzenli bir biçimde artmaya başladı. 1990'larda hekim sayısında yaklaşık %25 azalma kaydedildi.

Daha sonra 1999'a kadar 100.000 kişiye 305 civarında hekim düşecek şekilde nispeten sabit bir oranda seyretti. Bu oran bağımsızlığını yeni kazanan ülkeler ve Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi'ne dahil ülkeler ortalamasından düşüktür.

Ermenistan'daki orta derecedeki sağlık personeli sayısı son on yıl içerisinde, hekimlere oranla daha hızlı bir oranda düşmüştür. Bu durum Ermenistan'daki hemşire/hekim oranının Avrupa Bölgesindeki ülkeler içerisinde en düşük seviyede kalmasına neden olmuştur (7/23).

Tıp ve hemşirelik eğitimi veren okullara girme talebi, maaşların düşük olmasına rağmen hep yüksek olmuştur. Bağımsızlık döneminde bazı tıp ve hemşirelik okulları kurulmuştur ve Sağlık Bakanlığı'nın bu okulları tanımamasına ve mezunlarının devlet sınavlarına girmesine ve çalışmasına izin vermemesine rağmen öğrenci almaya devam etmektedir.

Sağlık Bakanlığı devlete ait olan tek tıp okulundaki öğrenci sayısını azaltma yoluna gitmektedir. Aynı zamanda hemşirelik kolejerindeki öğrenci sayısı da, çok fazla olmamakla birlikte azaltılmaktadır. Sağlık Bakanlığı, bunun yanında, uzmanlaşmak isteyen hekimlere mezuniyet sonrası eğitim imkânı tanımıştır ve genel pratisyen/aile hekimleri için yeni eğitim uygulamaları geliştirmektedir (6/7).

Tablo 3:1980-1999 Yılları Arasındaki Sağlık Personeli Sayıları

1000 Kişiye	1980	1985	1990	1992	1994	1996	1997	1998	1999
Doktor	3.21	3.58	3.92	3.60	3.12	3.11	3.40	3.43	3.32
Diş Hekimi	0.16	0.23	0.32	0.29	0.28	0.29	0.31	0.31	0.30
Hemşire	5.45	6.15	7.29	6.55	5.95	5.43	7.00	6.80	6.49
Ebe	0.58	0.61	0.67	0.61	0.58	0.54	----	----	----
Eczacı	0.12	0.19	0.22	0.20	0.13	0.09	0.04	----	----
Mezun Olacak Hekim	0.10	0.12	0.10	0.11	0.14	0.14	0.18	0.14	0.09
Mezun Olacak Hemşire	0.65	0.62	0.72	0.66	0.47	0.44	0.19	0.11	0.35

Kaynak: (1) Hovhannisyan, S. ve diğerleri (2001) Health Care Systems in Transition Armenia, s:54

Ermenistan'da tıp eğitimi veren tek okul 70 yıllık bir geçmişe sahip olan Erivan Devlet Tıp Üniversitesi'dir. Bu Üniversite'de Genel Tıp, Stomatoloji, Eczacılık ve Askeri Tıp Fakülteleri bulunmaktadır. Üniversiteden mezun olanlar intörnliğe veya bir uzmanlık alanına girmektedir. 6 yıllık tıp eğitiminden sonra bir yıl intörnlik zorunludur ve ardından sınava girilmesi gerekmektedir.

Sağlık alanında eğitim veren ve Sağlık Bakanlığı tarafından finanse edilen Ulusal Sağlık Kurumu bağımsız bir kuruluştur ve görevi mezuniyet sonrası yüksek uzmanlık ve akademik eğitim vermektir.

1991 yılında Erivan'da kurulan Ermenistan Amerikan Üniversitesinde 1992 yılında bir Kamu Sağlığı Bölümü açılmıştır. Sağlık Bilimleri Kolejinin bağlı olan bu bölümde Halk Sağlığı dışında Sağlık Hizmetleri Araştırma Ve Geliştirme Merkezi ve Sağlık Hizmetleri Yönetimi Okulu olmak üzere iki bölüm daha bulunmaktadır (5/8-10).

McGill Üniversitesi Uluslararası Yönetim Çalışmaları Merkezi ve Ermenistan Ulusal Sağlık Kurumu'na bağlı Sağlık Hizmetleri Yönetimi Okulu, Ermenistan'daki okul ve fakültele verilen sağlık hizmetleri idaresi eğitimlerinin güçlendirilmesi için geliştirilen bir program üzerinde ortaklaşa çalışmaktadırlar (8/2).

II.6. İlaç Sektörü

Yatarak tedavi gören hasta ilaçlarının %80'inin doğrudan kişisel ödemelere dayandığı tahmin edilmektedir. Temel Yardım Paketi'nden yararlanabilecek olan kişilerin ilaçlarının da ücretsiz olması gerekirken, yatarak tedavi gördüklerinde, devletin ayırdığı fonun yetersiz kalmasına bağlı olarak, bu insanların bile uygulamada kişisel ödeme yapmak zorunda kaldıkları görülmektedir. Ayakta tedavi hizmetleri aldıklarında, Temel Yardım Paketi kapsamına giren bu hastaların yalnızca ilacın maliyeti kadar bir ödeme yapmaları gerekirken, yine uygulamada ilaç fiyatının tamamını ödemeleri gerekmektedir. Bu kapsama girmeyen diğer hastalar da ilaç fiyatlarının tamamını ödemek zorundadırlar.

Sağlık Bakanlığı 1995 yılında kabul edilen Ulusal İlaç Politikasının çatısı niteliğinde temel bir ilaç programı hazırlamaya çalışmaktadır. Bu politika, ulusal temel ilaç listesinde yer alan jenerik ilaçların yazılmasını teşvik etmektedir. Ayrıca 1997 yılında yeni bir ilaç takip sistemine de başlanmıştır. 1998-2000 yılında, 40 öncelikli hastalığa yönelik olarak Optimal Tedavi Rehberi hazırlanmış ve yayınlanmıştır.

Eczahanelerin özelleştirilmesinden sonra durum biraz daha hafiflemiş olmakla beraber, ilaç tedarikinde sorunlar yaşanmaya devam etmektedir. Sağlık Bakanlığı kalite konusunda düzenlemeler yapmakta ve kaliteyi takip etmektedir.

Sağlık hizmetleri ve ilaç sektörüne ayrılan kaynakların yetersiz oluşu, nüfusun gittikçe daha fazla bir bölümünün ödeme gücünün nedeniyle temel ilaçlara erişimini kısıtlamaktadır (6/7).

II. 7. Sağlık Hizmetleri Teknolojisi

Ermenistan'da teçhizat alımında ve mevcut teçhizatın normal bir şekilde çalışması için gerekli bakımlarının yapılması konusunda ciddi güçlükler yaşanmaktadır. Ancak hastahanelerin özerkliğinin artması hastahanelerin ihtiyacı olan teçhizatı alabilmelerini kolaylaştırmıştır. Sağlık Bakanlığı, ileri teknoloji teçhizatına uygun olmayan yatırımların yapılması tehlikesine karşı yeni bir lisans sisteminin uygulanmasını planlamaktadır. Bu bağlamda hastahaneler yalnızca bu teçhizatları kullanacak olan personel için değil, aynı zamanda teçhizatın kendisi için de lisans almak zorunda kalacaklardır. Sağlık Bakanlığı uygun olmayan teçhizatları lisans vermeyecek ve yüksek teknolojiyi üçüncül sağlık hizmeti sunan kuruluşlarla sınırlandırma yoluna gidecektir (1/61).

II. 8. Sağlık Hizmetleri Finansmanı Ve Harcamaları

Ermenistan'da devletin sağlık hizmetleri finansmanına ayırdığı miktar oldukça yetersizdir ve yakın gelecekte de yükseltilmesi mümkün görünmemektedir. Kaynaklar çok kısıtlı olup, kamunun ve uzmanların, devlet tarafından finanse edilen sağlık hizmetlerine erişebileceklerine olan güvenleri kaybolmuştur. 1990 yılında GSMH'den sağlık hizmetlerine ayrılan pay %2,7'den %1,3'e gerilemiştir (4/18).

Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen sosyal ve ekonomik açıdan güçsüz olan grup tüm ayakta ve yataklı tedavi hizmetlerinden ücretsiz olarak faydalanabilmektedir. Ancak uygulamada bu durum farklılık göstermekte ve bir çok hasta kısmen de olsa kişisel ödeme yapmak zorunda kalmaktadır. Bu gruba dahil olanların ödemeleri, vergi gelirlerinden aktarılmak suretiyle Devlet Sağlık Kuruluşu tarafından yapılmakta olup, gruba dahil olmayan herkes enfeksiyon hastalıkları tedavisi, acil hizmetler ve Temel Faydalanma Paketi'nde belirlenen diğer sağlık hizmetleri dışındaki hizmetler ve ilaçlar için kişisel ödeme yapmak zorundadır (1/32).

II. 8.1. Sağlık Hizmetleri Finansmanı

Ermenistan'da 1999 yılında kabaca 155 milyon Dolar olduğu tahmin edilen sağlık hizmeti harcamalarının %25'i devlet tarafından, %15'i yardım ve bağışlardan ve %60'ının kişisel ödemelerden karşılanmaktadır. Ancak bu oranlar, tam katkısının ne olduğu tam olarak bilinmeyen doğrudan kişisel ödemelerin payını olduğundan daha az yansıtır olabilir (1/33).

2002 yılında Yoksulluğun Azaltılması Stratejik Programı'nın uygulamaya konulmasından ve sosyal sektörün (özellikle sağlık sektörünün) gelişimine öncelik verilmeye başladıktan sonra sağlık hizmetlerinin finansmanında yeni bir çağa girildiği söylenebilir. Son 10 yılda ilk kez gerçekleşen harcamalar, planlanan harcama düzeyine %99 oranında yaklaşmıştır.

2004-2006 orta dönemli devlet harcama programının başlatılmasından sonra, ülkede sağlık hizmetlerinin finansmanında ortalama %11'lik bir artış gerçekleşmiştir ve bundan önceki dönemde de 2002 yılında 28.8 milyon ABD Doları olan devlet bütçesinden sağlığa ayrılan pay, 2003 yılında 34.8 milyon ABD Dolarına çıkmıştır. 2006 yılında bu miktarın 2002 yılındakinin yaklaşık iki katına çıkması ve 53.5 ABD Dolarına ulaşması beklenmektedir (16/ 14,15).

II. 8.2. Finansal Kaynak Dağıtımı

II. 8.2.1. Kamu Sağlığı Hizmetlerine Yapılan Ödemeler

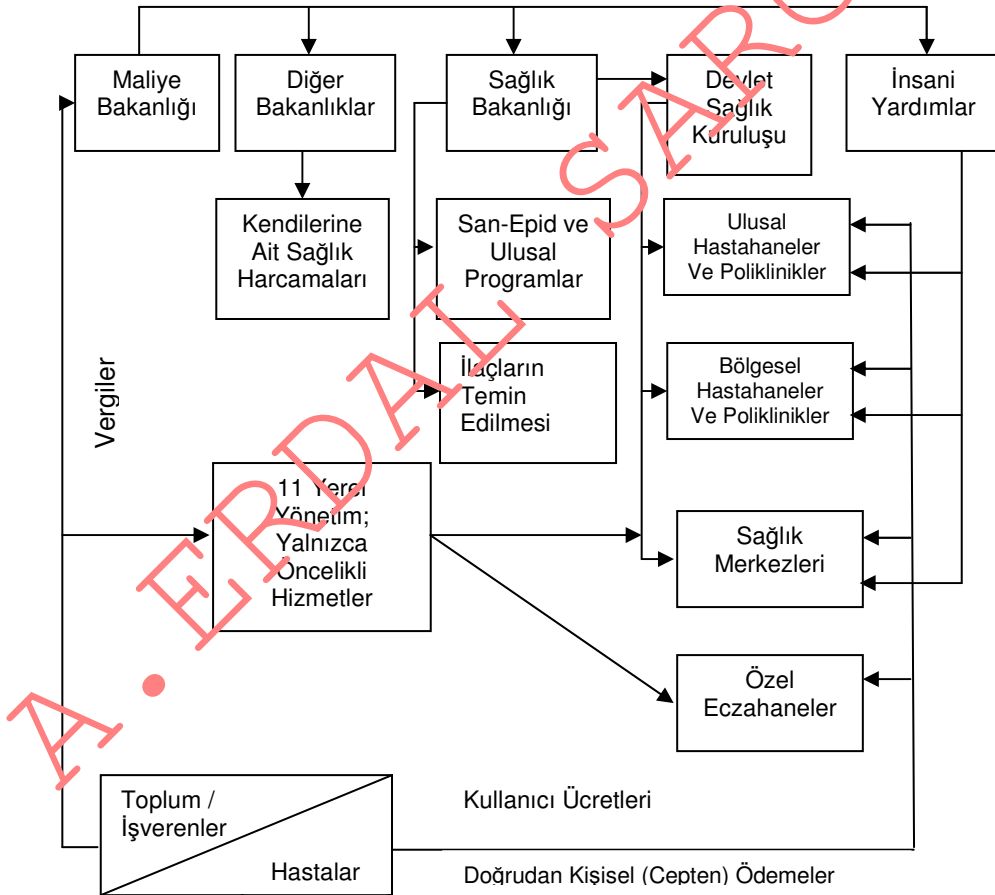
1997'den sonra, kamu tarafından sağlık hizmetlerine ayrılan ödemeler temel paketin kapsamıyla sınırlandırıldı. Bu pakete birincil sağlık hizmetlerinin özünü oluşturan kamu sağlığı hizmetleri de dâhil edilmiştir. Paket kapsamında yer alan temel çocuk sağlığı hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, hijyen ve anti-epidemik kontrol hizmetleri gibi koruyucu sağlık hizmetleri, tüberküloz, enfeksiyon hastalıkları, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve psikiyatrik hastalıkların tedavisine yönelik hizmetler; doğum ve hemodiyaliz hizmetleri topluma ücretsiz olarak sunulmaktadır (1/63).

Hastahane Ödemeleri

Geleneksel bir uygulama olarak ilçe yönetiminden hastahanelere, sahip oldukları yatak sayısına ve ayakta tedavi birimlerinin büyüklüğüne göre belirlenen bir ödeme yapılmaktaydı. Ancak reform sürecinden sonra bu ödeme büyüklükten ziyade kabul edilen vakaların özelliğine göre yapılmaya başlandı. Birincil sağlık hizmetlerine yapılan ödemeler ise hizmet sunulan hasta başına göre yapılmaktadır.

1993 yılında hastahanelere sağlık hizmetlerini para karşılığında sunma ve gelir elde etme hakkı tanınmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen Temel Faydalanma Paketi kapsamına girmeyen sağlık hizmetleri ve belirlenen sosyal ve ekonomik yönden güçsüz grubu dışında kalan nüfus hastahanelerden aldıkları sağlık hizmetleri için ödeme yapmak zorundadır (4/20).

Şema 2: Finansal Akış Şeması



Kaynak: (4) Tonoyan, T. (2004) Health Care System in Armenia: Past, Present And Prospects, s:23

Hekim Ödemeleri

1996 yılına kadar doktorlara ve hemşirelere kıdemlerine göre sabit bir maaş şeklinde ödeme yapılmaktayken, reform sürecinin başlamasından sonra hekim ve hemşire ödemelerinde, merkez tarafından belirlenen maaş uygulamasından uzaklaşıldı. Bunun yerine hastahane yöneticileri her personelle sözleşme yapmakta ve maaş ödemeleri, hastahanelerin üçüncü taraf ödemeleri ve kişilerin ödemelerinden elde ettikleri gelirlerden oluşan kendi bütçelerinden yapılmaktadır (1/67).

Temel Yardım Paketi kapsamına girmeyen sağlık hizmetlerinden alınan resmi ücretlerin, Devlet Sağlık Kuruluşu tarafından hastahanelere aktarılan ödemeleri desteklemesi tasarlanmıştır. Ancak bu durumda bile, elde edilen gelirler maliyetleri karşılamaya yetmezken, birçok hastahane personel maaşlarını ödeyemekte ve önemli miktarlarda bütçe açığı vermektedir. 1999 yılında, bazı sağlık kuruluşları personele 15 ay maaş ödeyemediklerini belirtmişlerdir. 2002 Mayıs ayında da bir kısım doktor ve tıbbi personel, şimdiye kadar, kendilerine çalışmaları her 4 ay için yalnızca 2 aylık ödeme yapıldığını bildirmişlerdir.

Maaşların düşük olması, resmi olmayan ödemelerin yapıldığı bir sistemi destekleyen en önemli neden olarak görülmektedir ve maaşların uzun süre ödenememesi de bu durumun şiddetini artırmaktadır. Bu durumda Ermenistan'da resmi olmayan ödemelerin bir gelenek haline gelmesi şaşırtıcı değildir. Resmi olmayan kişisel ödemeler, çarpık bir düzen olmasına rağmen, devlet desteğinin olmadığı dönemlerde, ülkedeki sağlık sisteminin çalışmaya devam etmesine yardım etmiştir. Ancak bu resmi olmayan kişisel ödemeler, çalışanlar için fayda sağlamakla beraber, ne sağlık hizmeti sunan kuruluş için finansal bir destek teşkil etmekte, ne de sağlık sisteminin iyileşmesine katkıda bulunmaktadır (2/31).

II. 8.3. Sağlık Hizmeti Harcamaları

Sağlık sektörüne yapılan harcamaların büyük bir bölümü, düşük gelirli insanlar için daha erişilebilir olan birincil sağlık hizmetleri yerine, hastahane hizmetlerine kullanılmaktadır. 2003 yılında, GSMH'den sağlık hizmetine ayrılan pay hafif bir artış göstererek %1,4 olmuştur. Bu yılda, devlet bütçesinden yapılan harcamaların yaklaşık 37 milyon US \$'i sağlık alanına yapılmış ve bu harcamaların %55,9'u yataklı tedavi hizmetlerine, %33,8'i birincil sağlık hizmetlerine, %2,8'i hijyenik ve anti-epidemik hizmetlere ve %7,5'i de diğer sağlık hizmetlerine ve programlarına aktarılmıştır. Gelecek yıllarda, sağlık alanına yapılan harcamalardan birincil sağlık hizmetlerine ayrılan payın artırılması planlanmaktadır (4/21).

2002 yılında farklı alanlara ayrılan sağlık hizmetleri harcamalarına bakıldığında, toplam sağlık hizmeti harcamaları içerisindeki ayakta bakım klinikleri ve polikliniklere (birincil sağlık hizmeti düzeyinde) ayrılan payın yaklaşık %23.2, hastahanelere (ikincil ve üçüncül sağlık hizmetleri düzeyinde) %55.6, hijyenik ve epidemiyolojik kontrol hizmetlerine %5.6 ve diğer sağlık programlarına ve hizmetlerine ayrılan payında (hastaların nakledilmesi, CT, MR gibi pahalı teşhis yöntemlerinin finansmanı, yönetim harcamaları vb.) %15.6 olduğu görülmektedir.

Daha önceleri birincil sağlık hizmeti harcamalarının ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerine olan oranı 1:2.5 (%29.5'e %80.5), birincil sağlık hizmetlerine öncelik verilmeye başlanmasının bir sonucu olarak, 2003 yılından itibaren birincil sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerine yapılan harcamalara oranı 1:2 olmuştur ve 2006 yılı itibariyle bu oranın 1:1 olması beklenmektedir (%49.9'a %50.1) (16/15).

Tablo 4: Sağlık Sektörüne Yapılan Kamu Harcamaları (1998-2002)

	1998	1999	2000	2001	2002
Toplam, Milyon ABD Doları	24.9	24.7	17.8	28.5	29.0
GSMH'ya %'sel Oranı	1.43	1.38	0.95	1.34	1.18
Devlet Bütçesinden Yapılan Harcamalara %'sel Oranı	6.7	5.6	4.4	6.4	6.0
Kişi Başına Düşen Harcama, ABD Doları	8.9	8.4	6.1	9.4	9.3

Kaynak: (4) Tonoyan, T. (2004) Health Care System in Armenia: Past, Present And Prospects, s:19

Tablo 4'de 1998-2002 yılları arasında sağlık sektörüne yapılan kamu harcamaları ve GSMH ile devlet bütçesine oranı verilmektedir (4/19).

III. ERMENİSTAN VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 5: Ermenistan Ve Türkiye İle İlgili Bazı Göstergeler

GÖSTERGELER	ERMENİSTAN	TÜRKİYE
Kişi Başına Düşen G.S.M.H (A.B.D \$) (2001)	3.493 &	5.830 #
G.S.M.H'den Sağlığa Ayrılan Pay (%) (2001)	7.8 &	5 #
Nüfus Artış Hızı (%) (2004)	-0.32 *	1.13 **
Toplam Doğurganlık Hızı (‰) (2004)	1.31 *	1.98 **
Bebek Ölüm Hızı (‰) (2004)	24.15 *	42.52 **
Doğumdan Beklenen Yaşam Süresi (Erkek) (2004)	67.75 *	69.68 **
Doğumdan Beklenen Yaşam Süresi (Bayan) (2004)	75.36 *	74.61 **
Doğumdan Beklenen Yaşam Süresi (Ortalama) (2004)	71.23 *	72.08 **
1000 Kişiye Düşen Hekim Sayısı (1999)	3.1 +	1.3 +
1000 Kişiye Düşen Hemşire Sayısı (1999)	4.6 +	2.4 +
1000 Kişiye Düşen Yatak Sayısı (1999)	5.5 +	2.2 +
Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcaması (A.B.D\$) (1998)	86 +	309 +
5 Yaş Altındakilerde Ölüm Oranı (‰) (Bayan) (2002)	35 &	42 #
5 Yaş Altındakilerde Ölüm Oranı (‰) (Erkek) (2002)	39 &	44 &
15-59 Yaş arası Erkek Ölüm Oranı (1000'de) (2002)	204 &	177 #
15-59 Yaş arası Bayan Ölüm Oranı (1000'de) (2002)	98 &	112 #
Ölüm Hızı (‰) (2004)	8.12 *	5.95 **
Özel Sağlık Harcamaları (%) (2001)	58.8 &	29 #

Kaynak: + (1) Hovhannisyan, S ve diğerleri (2001) Health Care System In Transition, Armenia, s: 39,51,56

* (11) Central Intelligence Agency (2005) The World Factbook (Armenia), s: 3,4

** (13) Central Intelligence Agency (2005) The World Factbook (Turkey), s:3,4

(14) WHO (2002) World Health Organization (Turkey), s: 2,3

& (9) WHO (2002) World Health Organization (Armenia), s: 1,2

Sovyetler Birliği'nin dağılmasına kadar Sosyalist / Kolektivist tipindeki sağlık sistemine sahip olan Ermenistan bağımsızlığını kazandıktan sonra da eski sistemin etkileri hala görülmektedir.

Bugün Ermenistan Refah Yönelimli / Sigorta tipindeki sağlık sistemine geçmek isteyen, Özel Teşebbüs / Serbest Pazar ağırlıklı, şimdilik tanımlanamayan bir yapıya sahiptir

Ermenistan sağlık sistemi merkezi bir yapıya sahiptir. Sağlık Bakanlığı genel olarak sağlık hizmetlerinin ve reform sürecinin denetimiyle ilgili görev yapmaktadır. Fakat son yıllarda yapılan reformlar sonucunda yerel yönetimler de sağlık hizmetlerinde rol almaya başlamışlardır. Yerel yönetimler sunulan sağlık hizmetini takip ederken, Sağlık Bakanlığı düzenleme görevini yürütmeye devam etmektedir. Ayrıca hastahaneler de özerk bir yapıya kavuşturulmuş ve kendi finansmanını sağlamaya başlamışlardır.

Bu yönleriyle Ermenistan ve Türkiye sağlık sistemleri birbirine benzemektedir. Türkiye'de de merkezîyetçi bir sistem vardır. Sağlık Bakanlığı örgütlenmenin en başında yer alır. Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinin organizasyonu, finansmanı ve sunumunda birçok kurum ve kuruluşla işbirliği yapmaktadır. Ayrıca hastahanelerin bir kısmı kendi finansmanını kısmen sağlamaktadır. Fakat Türkiye'de yerel yönetimlerin sağlık sektörüyle örgütsel bir bağı yoktur.

Ermenistan'da özel sektörün varlığı ve gelişimi çok yetersizdir. Ülkede yalnızca dört özel hastahane bulunmaktadır. Ancak son yıllarda yapılan reformlar sonucunda özelleştirme çalışmaları hız kazanmıştır. 1996 yılı Ocak ayında çıkarılan bir yasayla hekimlere özel uygulama yapma imkanı tanınmış, ancak bu alanda çok az sayıda girişim gerçekleşmiştir. Yapılan az sayıdaki bu girişimler kadın doğum ve psikiyatri alanında olmuştur.

Türkiye'de özel sektörün sağlık sistemindeki payı yüksektir ve özelleştirme çalışmaları devam etmektedir. Ayrıca Türkiye'de de hekimlerin özel muayenehane açma ve buralarda özel sağlık hizmeti sunma hakları vardır. Bu alan Türkiye'de önemli oranda gelişmiştir.

Ermenistan sağlık hizmetleri sunumunun neredeyse tamamı kamu tarafından karşılanmaktadır. Finansmanının küçük bir bölümü kamu tarafından karşılanmaktadır. Sağlık sistemi daha çok kullanıcı ödemeleriyle finanse edilmektedir. Yalnızca temel faydalanma kapsamına giren kişiler ücretsiz sağlık hizmeti almaktadır.

Türkiye'de sağlık hizmetleri sunumunda kamu ağırlıklı olmak üzere özel sektörün payı da yüksektir. Finansman kamu ve kullanıcı primleri ile sağlanmaya çalışılmaktadır. Ayrıca özel sektör de finansmanda yer almaktadır.

Ermenistan'da sağlık sigortası endüstrisi henüz gelişmemiştir ve bu pazar yeterli oranda sağlık sigortası sunmakta başarısızdır. Ülkede gönüllü sağlık sigortası sunan bazı şirketler bulunmakla birlikte, gerçekte bu şirketlerin sağlık hizmetlerinin finansmanına bir katkısı yoktur. Ermenistan'da yalnızca Temel Faydalanma Paketi kapsamına giren kişiler ücretsiz sağlık hizmeti almaktadır. Ayrıca yapılan reformlar sonucu Sağlık Sigortası Sistemi uygulaması gündeme gelmiştir. Sağlık Sigortası Sisteminin amacı, Devletin sağlık sisteminin geliştirilmesi ve toplum sağlığının korunmasına katkıda bulunmaktır.

Türkiye’de kamu ve özel sigortacılık Ermenistan’a oranla çok daha gelişmiştir. Türkiye’de halkın büyük kısmını kapsayan zorunlu ve primli hastalık sigortası uygulanmaktadır. Ayrıca son yıllarda özel sağlık sigortası alanında da önemli ilerlemeler olmuştur.

Ermenistan’da aile hekimliği alanında çalışmalara başlanmış ve koruyucu sağlık hizmetlerinin ana parçası olması planlanmaktadır.

Türkiye’de de aile hekimliği çalışmaları yenidir. Uygulamaya tam olarak başlanılmamıştır.

Ermenistan’da ilaç sektöründe önemli sorunlar bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri ve ilaç sektörüne ayrılan kaynakların yetersiz oluşu, nüfusun gittikçe daha fazla bir bölümünün ödeme gücü nedeniyle temel ilaçlara erişimini kısıtlamaktadır. Ayrıca ilaç tedarikinde sorunlar yaşanmaya devam etmektedir. Ermenistan’da birkaç istisna dışında eczahanelerin neredeyse tümü özelleştirilmiş durumdadır. İlaç ödemelerinin tümü kullanıcılar tarafından yapılmaktadır.

Türkiye’de de ilaç sektörü gelişmiş fakat sorunludur. İlaç tedarikinde yaşanan sorunlar, ilaç fiyatlarının pahalılığı bunların başında gelir. Türkiye’de özel eczahaneler çok yaygındır. Bunun yanında kamu kurumlarına ait eczahaneler de yatan hastalarına hizmet vermektedir. İlaç ödemelerinde, sigortalı hastalar ilaç ücretinin yalnızca belli bir kısmını öderler. Sigorta kapsamında olmayan kişiler ilaç ödemelerinin tümünü kendileri karşılar.

Ermenistan, Refah Yönelimli Tipindeki sağlık sistemine geçmek isteyen bir yapıya sahiptir.

A. ERDAL

KAYNAKLAR

1. Hovhannisyan, S. ve diğerleri (2001) Health Care Systems in Transition: Armenia, WHO Regional Office for Europe Denmark, Copenhagen, Denmark
2. Taylor, R. ve diğerleri (2002) Assessment of USAID's Health Strategy in Armenia, United States Agency for International Development (USAID) Armenia, Armenia
3. Hayrapetyan, S. ve diğerleri (2004) Health Care In Armenia: Challenges and Prospects, World Bank Washington D.C,
4. Tonoyan, T. (2004) Health Care System In Armenia: Past, Present and Prospects, Berlin
5. Selimyan, G ; Danielian, L. (2002) Public Health Management and Policy Education and Training Armenia, <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/NISPACE/UNPAN015013.pdf>
6. World Health Organization Regional Office for Europe (2002) HİT Summary: Armenia, Copenhagen, Denmark
7. World Health Organization Regional Office for Europe (2001) Highlights on Health In Armenia, Copenhagen, Denmark
8. Centre for International Management Studies (2003) CIMS' Health Strategy, www.intra.net.na/management.mcgill.ca/cims/INDEX.HTML (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir),
9. World Health Organization (2002) Statistics by Country or Region, www.who.int/whosis/country/indicators.cfm?country=arm
10. Republic of Armenia Ministry of Health (2005) The Strategy of Ministry of Health, Yerevan, Republic of Armenia, Yerevan (Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir).
11. Central Intelligence Agency (2005) The World Factbook-Armenia, www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/am.html
12. Ana Yayıncılık (2000) Ana Britannica Genel Kültür Ansiklopedisi Ana Yayıncılık A.Ş., İstanbul, Cilt 8
13. Central Intelligence Agency (2005) The World Factbook-Turkey, www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/tu.html

14. World Health Organization (2002) Statistics by Country or Region, www.who.int/countries/tur/en
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir).
15. Worldwide Programs (2005) Armenia
www.prime2.org/prime2/section/29.html,
16. Plan of Sustainable Financing for National Immunization Program of the Republic of Armenia (2003) Government of the Republic of Armenia, Yerevan
www.who.int/immunization_financing/countries/arm/en/arm_fsp.pdf

A. ERDAL SARGUTIAN

A. ERDAL SARGUTAN