

RUSYA FEDERASYONU SAĞLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDITÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Endam AKSU
Pınar YENİCELİ
Hüseyin GÜNSELİ
Habibe KILINÇ
Erdem UZUNER

A. ERDAL SARGUTAN

RUSYA FEDERASYONU SAĞLIK SİSTEMİ

ÖZET	2312
I. ÜLKE TANITIMI	2315
I.1. Coğrafya	2315
I.2. Tarihçe	2316
I.2.1. Sovyet Döneminden Önce Rusya	2316
I.2.2. Sovyet Döneminde Rusya	2317
I.2.3. Sovyetler Birliğinin Dağılmasından Sonra Rusya	2318
I.3. Siyasal Yapı	2319
I.4. Nüfus	2320
I.5. Ekonomi	2321
I.6. Eğitim	2322
II. SAĞLIK SİSTEMİ	2323
II.1. Sağlık Sisteminin Tarihsel Gelişimi	2323
II.2. Genel Sağlık Durumu	2325
II.3. Rusya Federasyonu Sağlık Sistemi	2327
II.3.1. Sağlık Hizmetleriyle İlgili Diğer Bakanlıklar	2331
II.3.2. Birincil Sağlık Hizmetleri	2331
II.3.3. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri	2333
II.3.4. Sağlık Sisteminde Özel Sektör	2335
II.4. Sağlık Hizmetleri Kaynaklarının Örgütlenmesi	2336
II.4.1. Kırsal Alan	2337
II.5. Sağlık İnsangücü Ve Eğitimi	2337
II.6. Sağlık Sisteminin Finansmanı	2340
II.6.1. Bütçe Finansmanı	2341
II.6.2. Zorunlu Sağlık Sigortası Finansmanı	2341
II.6.3. Gönüllü Sağlık Sigortası	2342
II.7. Eczacılık	2343
II.8. Rusya Federasyonunda Yaşayan Yabancı Uyruklulara Verilen Sağlık Hizmetleri	2345
III. RUSYA FEDERASYONU VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	2346
KAYNAKLAR	2349

ÖZET

Çok köklü bir sağlık sistemine sahip olan Rusya Federasyonu'nun, 1990'lı yıllara kadar yatak sayısı, sağlık insangücü sayısı gibi ölçütlerde dünyanın en iyilerindenken, ülke rejiminin bu tarihte göçmesiyle sağlık sistemi de hızla bozulmaya ve bunun sonucu olarak halkın sağlık durumu belirgin bir şekilde kötüleşmeye başlamıştır. 1991'den sonraki yeniden yapılanma çalışmalarına rağmen, SSCB'nin mirası hâlâ açıkça görülmektedir. Sağlık insangücü ve sağlık hizmeti veren kuruluş sayıları oldukça fazladır.

Rusya Federasyonu'nda yabancı uyruklular da sağlık hizmetlerinden faydalanabilmektedir. Yabancı uyruklulara acil sağlık hizmetleri ücretsiz verilirken, diğer sağlık hizmetleri ücret karşılığı verilmektedir.

Daha önce merkezi olan sağlık hizmeti yönetimi Rusya Federasyonu kurulduktan sonra birbirinden ayrı federal, bölgesel ve yerel sağlık hizmetleri denen üç sistem yerleştirilerek yönetilmeye başlandı.

Federal düzeydeki Sağlık Bakanlığı'nın görevi merkezi politikanın yapısını oluşturmak ve alınan kararların bölgelere intikaliyi sağlamaktır. Ancak bölgesel güçlerin gelişmesi ile bakanlık emirlerine fazla uyulmamaktadır.

Bölgesel yönetimler oldukça özerk olarak işlemektedir. Bölgesel seviyede oldukça uzmanlaşmış tıbbi kuruluşlar bulunmaktadır. Bu yönetimler; genel hastahaneler, çocuk hastahaneleri, bulaşıcı hastalıklar için uzmanlaşmış tıbbi kurumlar, akıl hastahaneleri ayrıca bunlara ilaveten yaklaşık dispanserlerin 1/4'ü ve teşhise yönelik merkezlerin %70'ini kuare etmektedir.

Yerel yönetimler tipik olarak poliklinikleri olan merkezi bir hastahaneye, bağımsız polikliniklere ve seyyar sağlık hizmetlerine sahiptir.Şehir belediyeleri yetişkinler için uzmanlık hastahaneleri, çocuk hastahaneleri, ilk ve acil yardım hastahaneleri uzmanlık dalı hastahaneleri ve bunlara ilaveten çoğu poliklinik ve dispanserlerden sorumludurlar.

Sağlık hizmetlerine ulaşım geniş hizmet ağı yüzünden kolay olsa da, uzak ve kırsal alanlarda ve birincil sağlık hizmeti sunan merkezlerde doktor eksikliği nedeniyle yüksek kaliteli hizmetler sıklıkla elde edilememektedir.

İkincil ve üçüncül sağlık hizmeti sunan hastahane ve poliklinikler kamu mülkiyetindedir ve bu hastahaneler 50 yataklı küçük kırsal hastahanelerden 1000 yataklı büyük hastahanelere kadar değişen bir yelpazede dağılmaktadır. Bu hastahanelerin büyük bir kısmı Sovyet döneminden kaldığından donanımı eski ve eksik, alt yapısı eski ve konforsuzdur.

Rusya Federasyonu için ikincil ve üçüncül sağlık hizmetleri aşırı gelişmiştir denilebilir. Çünkü her bin kişi için hastahanelerde 9,1 yatak düşmektedir. Bu miktar Sovyetler Birliğinden ayrılan ülkeler arasında en yüksek olan orandır.

Bu oranlarda Rusya'yı 7,9 yatak sayısı ile Azerbaycan izler. Yine bu oran Avrupa'ya kıyaslandığında Avrupa ortalamasının iki katı olduğu görülür.

Rusya Federasyonu'nda yasal izin alınarak kurulan özel sektör yeni yeni bir anlam ve değer kazanmaktadır. Özel sektör kuruluşları daha çok eczacılık, dişçilik ve göz ile ilgili hastalıkların tedavi edilmesi amacıyla kurulan kuruluşlardır. Bu alanlar dışında özel sektör pek gelişmemiştir. Maddi imkanı olanlarca, kamu hizmeti sunumuna göre daha fazla tercih edilmektedir.

.Rusya Federasyonun'da sağlık hizmeti finansmanı Federe Devlet tarafından, Federal Devlet Bütçesi ve zorunlu Sağlık Sigortası fonu gibi iki ana kaynaktan sağlanmaktadır. Fakat bu kaynaklar sağlık sektörünün bütün ihtiyaçlarının karşılanmasında yetersiz kalmaktadır.

Rusya Federasyonu'nda halkın tümünü kapsayan sigorta modeli vardır. Devlet garantisindeki bu program ana kapsayıcı programdır. Ayrıca gönüllü sağlık sigortası sistemi de uygulanmaktadır. Bu sistem sadece zorunlu sağlık sigorta sistemine üye olan özel sigortacılar tarafından sunulabilir. Ancak bu sigortaya talep fazla değildir. Bu sebeple sağlık hizmetlerinin finanse edilmesine çok az katkı sağlamaktadır.

Sağlık insangücü yetersiz olarak görüldüğü de bu yetersizliğin sayıca değil doktor ve diğer sağlık çalışanları arasındaki orantısızlıktan kaynaklandığı anlaşılmaktadır. Finans yetersizliği, düşük ücretler ve tatmin edici olmayan çalışma koşulları sebebiyle bir çok bölgede sağlık insangücünde azalma olduğu ve varolan sağlık insangücünün de sağlık hizmetlerini rüşvet aracı olarak kullanmalarına yol açtığı görülmektedir.

Sağlık insangücü eğitimi özellikle tıp eğitimi Sovyet dönemindekiyle aynıdır ve yetersizdir. Aynı zamanda sağlık sistemi ile mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitimi arasında büyük boşluk vardır. Tıp eğitiminde öğretim hastalık odaklı öğretimdir.

Rusya Federasyonu'nda gücü ve etkisi sınırlı da olsa Refah Yönelimli / Sigorta tipi bir sağlık sistemi vardır.

A. ERDAL SARGUTAN

RUSYA FEDERASYONU SAĞLIK SİSTEMİ

I. ÜLKE TANITIMI

NÜFUS	: 143.420.309 (Temmuz 2005)
YÜZÖLÇÜMÜ	: 17.075.400 km ²
DİL	: Rusça ve bir çok yöresel diller
DİN	: Rus Ortodoks, müslüman ve diğerleri
PARA BİRİMİ	: Ruble
YÖNETİM ŞEKLİ	: Federe Cumhuriyet
BAŞKENT	: Moskova
ÖNEMLİ ŞEHİRLER	: Moskova, Petersburg, Kaliningrad
ETNİK GRUPLAR	: Rus %79,8, Tatar %2,2, Ukraynalı %2, Başkir %1,2, Çuvaş %1,1, Diğer Gruplar %12,2 (2002) (8/1-15).

I.1. Coğrafya

Rusya Batısında Finlandiya, Baltık Denizi, Estonya, Letonya, Litvanya ve Ukrayna, güneyde Gürcistan, Azerbaycan, Kazakistan, Moğolistan, Çin ve Kuzey Kore ile çevrilidir. Kuzeyinde Kuzey Buz Denizi doğusunda ise Büyük Okyanus bulunur.

Rusya jeolojik yapı ve yüzey şekilleri bakımından doğu ve batı olmak üzere iki ana bölümde incelenir. Bu iki bölüm arasındaki sınırı kabaca Yenisey ırmağı çizer. Ülke topraklarının yaklaşık yüzde 40'ını kaplayan batıdaki bölüm görece alçak ovalardan ve platolardan oluşur. Doğudaki bölüm ise dağlıktır. Rusya coğrafi bakımdan bu iki ana bölümün dışında altı alt bölgeye ayrılabilir: Kola-Karelya bölgesi, Rusya (Doğu Avrupa) ovası, Ural Dağları, Batı Sibirya Ovası, Orta Sibirya Platosu, güney ve doğudaki dağ kuşağı.

Kola-Karelya: Ülkedeki coğrafi bölgelerin en küçüğü olan Kola-Karelya, Rusya'nın Avrupa'da kalan kesiminin kuzeybatısında, Finlandiya sınırı ile Beyaz Deniz arasında yer alır. Rusya Ovası: Dünyadaki en büyük düzlüklerden biri olan Rusya Ovası, Ural Dağlarının batısından doğuya doğru yaklaşık 1600 km, Kuzey Buz Denizinden Kafkaslara ve Hazar Denizine doğru da yaklaşık 2400 km boyunca uzanır. Ural Dağları: Rusya Ovasının doğu sınırından başlayan Ural Dağları, Kuzey Buz Denizi kıyılarından Kazakistan sınırına kadar yaklaşık 2.000 km boyunca uzanır. Batı Sibirya Ovası: Uralların batısında ülkedeki en geniş coğrafi bölgeyi oluşturan Batı Sibirya Ovası uzanır. Orta Sibirya Platosu: Yenisey ve Lena ırmakları arasında uzanan Orta Sibirya Platosunun ortalama yüksekliği 500-700 m. Arasında değişir. Güney ve doğudaki dağ kuşağı: Ülkenin güney ve doğu kesimlerinde jeolojik açıdan birbirinden farklılıklar gösteren bir dizi dağ sistemi yükselir.

Dünyanın en uzun nehirlerinden bazıları Rusya'dadır. Bunlardan dördünün (Lena, Yenisey, Obi ve Amur) uzunluğu 4000 km'yi geçer. En uzun ve su toplama alanı en büyük akarsu, başlıca kolu İrtiş'le birlikte Obi ırmağıdır.

Buna karşılık su miktarı en fazla ırmak Yenisey'dir. Bunların bazıları Obi, Yenisey, Lena Kuzey Dvina, Peçora, İndigirka ve Kolimadır. Büyük Okyanusa dökülen akarsuların en büyüğü ülkenin Çin'le sınırını çizen Amur ırmağıdır. Don ırmağı Karadeniz'in bir girintisi olan Azak Denizine dökülür. Karadeniz'e dökülen Dinyeper'in yalnızca yukarı çıkışı Rusya sınırları içindedir.

Rusya'da geniş bataklık alanlara da rastlanır. Bunların en önemlisi Obi ve İrtiş ırmaklarının birleştiği yerde bulunan ve yaklaşık 49.000 km²'lik bir alana yayılan Vasyugane Bataklığıdır (7/569).

Rusya'nın iklimi yüzey şekillerine göre değişir; bununla birlikte ülke genelinde özellikle kışların çok soğuk geçtiği bir kara iklimi hüküm sürer. Bu iklimin en belirgin özelliği ilkbahar ve sonbaharın çok kısa sürmesi, yaz ve kış aylarındaki sıcaklık farkının çok yüksek olmasıdır. Güney ve doğudaki yüksek dağ sınırları Hint Okyanusundan ve Büyük Okyanustan gelen hava kütlelerini ülkenin içine girmesini engeller. Buna karşılık ülkenin kuzey ve batı kesimleri Kuzey Buz denizinin ve Atlas Okyanusunun etkilerine açıktır. Ocak ayı ortalama sıcaklığı batıdan doğuya sırasıyla Petersburg'da -8° C, Turuhansk'ta -27° C, Yatusk'ta -43° C, ülkenin doğu ucundaki Verhoyansk'ta -50° C dir. Yaz aylarında ise sıcaklık enlemlere bağlı olarak değişir. Temmuz ayı ortalama sıcaklığı Kuzey Buz denizindeki adalarda 4° C'ken, ülkenin güney sınırında 20° C'ye yükselir. Bununla birlikte bu ortalamalardan büyük farklılıklar gösteren sıcaklıklara da rastlanır. Örneğin Arktika dışında saptanmış en düşük sıcaklığın (-70° C) görüldüğü Verhoyansk'ta sıcaklık Temmuz ayında zaman zaman 38° C'nin üzerine çıkar. Yaz ve kış ayları arasındaki sıcaklık farkı iç kesimlere doğru gidildikçe artar; Temmuz ve Ocak ayları arasındaki sıcaklık farkı Moskova da 29° C iken Yatusk'ta 64° C'ye yükselir.

Rusya iklim ve toprak yapısına bağlı olarak kuzeyden güneye doğru bir dizi bitki örtüsü kuşağına ayrılır. Kuzey Buz Denizi kıyılarının gerisinde başlayan tundra kuşağı yalnızca yosun, liken ve çeşitli ot türleriyle kaplıdır. Tundra kuşağı Rusya Ovasının kuzey ucundaki dağ bir kıyı şeridi ile Sibirya'nın kuzeyindeki biraz daha geniş bir kıyı şeridinden oluşur. Tundra kuşağının hemen güneyinde başlayan tayga kuşağı, Rusya ve Batı Sibirya Ovalarının 56° kuzey enleminin kuzeyinde kalan kesimini ve Yenisey ırmağının doğusunda kalan bölgenin büyük bölümünü kapsar (7/572).

1.2. Tarihiçe

1.2.1. Sovyet Döneminden Önce Rusya

Bugünkü Rusya'nın Avrupa kesiminde İÖ 2. binyılda Hint-Avrupa ve Ural-Alтай halkları yaşıyordu. İS 4-9. yüzyıllar arasında bölgeden geçen Hun, Avar, Got, ve Macar Kabilelerinin geçici işgalleri, aynı dönemde Elbe Irmağı ile Pripet Bataklıkları arasındaki alandan güneye ve doğuya doğru yayılmakta olan Doğu Slavları üzerinde pek bir iz bırakmadı. Bu süreçte ortaya çıkan ve Varaglerin damgasını taşıyan Rus Prenslikleri zamanla daha güneye yönelerek Bizans sınırlarına kadar ulaştılar.

Birbirleriyle çekişme halinde olan Rus Prenslikleri, güneydeki Kıpçaklarla kurdukları karmaşık ittifaklara karşın Moğol saldırılarına karşı etkili bir direniş gösteremediler. Moğollarca ele geçirilen kentlerin çoğu kısa sürede yeni koşullara uyum sağlamayı başardı. Moskova ve Tver gibi yeni merkezler hızla yükselmeye başladı.

Geniş Moğol İmparatorluğu'nun batı kesimini devralan Cuci'nin kurulan Altın Orda Devleti, vergiye bağladığı Rus Prenslikleri üzerinde dolaylı bir denetim oluşturmakla yetindi. Ulaşılan siyasal ve ekonomik güç Canı-Bek Han'ın ölümünü (1357) izleyen iç karışıklıklarla sarsılmaya başladı. Batıdaki Tatar beyleri başkaldırırken, Rus Prenslikleri'nde bağımsızlaşmaya yöneldi. Bu dönemde çeşitli güçlükleri aşan II. Vasili, sonunda Moskovada ki konumunu pekiştirerek Rus Prenslikleri arasında üstün duruma geçmeyi başardı.

II. Vasilinin torunu III. Vasili'nin ölümünden sonra yerine üç yaşındaki oğlu IV. İvan geçti. İvanın annesi Yelana'nın Başkanlığındaki naipler kurulu, çok geçmeden yoğun muhalefet ve entrikalarla karşılaştı. Belirli ölçüde otoriteyi koruyan Yelena'nın ölümüyle birlikte çeşitli boyar hizipleri arasında iktidarı ele geçirme mücadelesi başladı. Bu kargaşa ancak 1540'ların sonlarında bürokratların, din adamlarının ve eski Moskova boyarlarının oluşturduğu güçlü bir koalisyonun denetimi sağlanmasıyla son buldu. Kapsamlı reformalara girişen koalisyon, ilk adım olarak 1547'de Çar ünvanıyla İvan'a taç giydirdi.

Çarlık düzenine geçiş aynı zamanda eski prenslik kültürlerinin tek bir potada bütünleşmesini getirdi.

Çarlık rejimi I. Dünya savaşına kadar devam etti. Savaşın yol açtığı yıkımla birlikte basında ve Duma'da "halkın güvenine sahip bir hükümet" talebi yükselmeye başladı. Nikolay'ın dar bir hizbe dayanan beceriksiz yönetimi, ekonominin hızla bozulmasına ve çarlığa karşı tepkilerin derinleşmesine yol açtı. Mart 1917'de başkentte yayılan grev ve sokak gösterileri, çarlık subaylarının emirlerini dinlemeyen askeri birliklerin de protestoları desteklemesiyle, Şubat devrimi olarak bilinen bir ayaklanmaya dönüştü. Petrograd İşçi ve Asker Delegatesi Sovyeti ile Duma'nın vardığı anlaşma sonucunda, Prens G.Y Lvov başkanlığında, ağırlığını Kadetler ile Oktobristlerin oluşturduğu bir Geçici Hükümet oluşturuldu. Hükümete bağlı birliklerce Pskov'da kuşatılan Nikolay'ın 15 Mart'ta tahttan çekilmesiyle çarlık rejimi yıkıldı (7/575-582).

I.2.2. Sovyet Döneminde Rusya

Lenin liderliğindeki yeni Sovyet yönetimi ilk iş olarak bütün toprakları kamulaştırarak köylülere dağıttı ve çarlık rejiminin imzaladığı emperyalist nitelikli antlaşmaları feshetti. Bu uygulamaları sanayide işçi denetiminin kurumsallaştırılması, bankaların devletleştirilmesi ve işçi milislerinin kurulması izledi. Ardından Almanya'yla barış görüşmelerine oturuldu ve Mart 1918'de imzalanan Brest-Litovsk Antlaşması'yla Sovyet Rusya büyük ödünler pahasına da olsa savaştan çekildi.

1918-1921 arasındaki iç savaş Beyaz Ordu olarak anılan karşı devrimci güçlerin yenilgisiyle sonuçlandı.

İç savaşın ardından, savaşın yol açtığı ağır sorunların üstesinden gelebilmek, ekonomik ve toplumsal alanlarda hızlı bir dönüşümü gerçekleştirmek için "Savaş Kominizmi" olarak bilinen politika yürürlüğe kondu. Sanayi ve tarımı çökme noktasına getiren bu politika, işçiler ve köylüler arasında da hoşnutsuzluğa yol açınca yürürlükten kaldırıldı. Yerine "stratejik bir geri adım" olarak nitelendirilen Yeni Ekonomi Politikası (YEP) uygulamaya kondu.

1924'te Lenin'in ölümünü izleyen iktidar mücadelesi Josif Stalin'in üstünlüğüyle sonuçlandı. 1928'de YEP'e son vererek hızlı bir sanayileşme programı başlatan Stalin, bu amaçla beş yıllık planlar yürürlüğe koydu. Tarımda ise zora dayalı bir kolektivizasyon başlatarak köylüleri kolхозlarda topladı. Ekonomi alanındaki bu dönüşümlere, toplumsal yaşam ve kültür alanındaki totaliter uygulamalar eşlik etti. Her türlü muhalefeti ezmek için başlatılan Büyük Temizlik yaygın tutuklama, sürgün ve tasfiyelere yol açtı. II. Dünya Savaşı sırasında Almanya'nın yenilgiye uğratılmasında önemli rol oynayan SSCB, savaştan ABD'ye rakip ikinci büyük güç olarak çıktı. 1953'te ölen Stalin'in yerine geçen Nikita Kruşçev, Stalin'in politikalarını eleştirerek Stalinizmden arınma olarak bilinen bir kampanya başlattı. Kruşçev'in "barış içinde bir arada yaşama" ilkesini ortaya atması ve özellikle 1962'deki Küba Bunalımı sırasında ABD'yle açık çatışmaya girmekten kaçınması, Çin ile SSCB arasında uluslar arası komünist hareketide etkileyen bir gerginlik yarattı. Ekim 1964'te Kruşçev'in istifasından sonra Leonid Brejnev'in birinci sekreter, Aleksey Kosigin'in başbakan olduğu bir kolektif önderlik oluşturuldu. Stalinizmden arınma hareketinin durdurulduğu ve siyasal baskıların yeniden yoğunlaştığı bu dönemde parti ve devlet aygıtı güçlendirildi. 1971'den sonra Batı'ya karşı yumuşama politikaları izlenirken, SSCB'nin dünya politikasındaki ağırlığı da arttı. 1982'de ölen Brejnev'in yerine sırasıyla Andropov ve Konstantin Çernenko geçti. Her ikisinde göreve başladıktan kısa bir süre sonra ölen bu liderleri Mart 1985'de parti genel sekreteri olan Mihail Gorbaçov izledi.

Göreve geldikten sonra parti ve devlet kademelerinde köklü tasfiyeye girişen Gorbaçov, yeniden yapılanma ve açıklık politikalarının kabul edilmesini sağladı. 1980'lerin sonlarında reformcu uygulamalar sürerken, birlik cumhuriyetlerinin çoğunda milliyetçi hareketler güç kazanmaya başladı. 1990'da Litvanya, Estonya, ve Letonya bağımsızlıklarını ilan ettiyse de, Sovyet yönetimi bu kararları tanımadı. Sertlik yanlılarının 18-21 Ağustos 1991'deki başarısız darbe girişiminin ardından Gorbaçov destek yitirirken, Rusya devlet başkanı Boris Yeltsin öne çıktı. Aynı dönemde SSCB'nin dağılma süreci de hız kazandı. Darbe sonrasında ilk olarak üç Baltık Cumhuriyeti birlikten ayrıldı. Onları öteki cumhuriyetler izledi. 8 Aralık'ta Beyaz Rusya'nın (bugün Belarus) Brest kentinde bir araya gelen Rusya, Ukrayna ve Beyaz Rusya lideri Sovyetler Birliği'nin dağıldığını ve Bağımsız Devletler Topluluğu'nun (BDT) kurulduğunu ilan ettiler. 21 Aralık'ta SSCB'yi oluşturan milletlerden 11'nin başkanları Alma Ata'da BDT'yi biçimlendiren antlaşmalar imzaladılar. 15 Aralık'ta Gorbaçov'un istifasıyla SSCB'nin dağılma süreci tamamlanmış oldu (7/582).

I.2.3. Sovyetler Birliğinin Dağılmasından Sonra Rusya

SSCB'nin dağılmasından en çok yarar sağlayan birlik cumhuriyeti Rusya oldu. Dağılma sürecinin ardından SSCB'nin Birleşmiş Milletlerdeki (BM) sandalyesi ve Sovyet büyükelçilikleri Rusya'ya geçti. SSCB silahlı kuvvetleri BDT'nin denetimine bırakılmakla birlikte, BDT silahlı kuvvetler komutanı Yeltsin'e bağlıydı. Rublenin BDT'yi oluşturan bütün Cumhuriyetlerin para birimi olmasına karşın, bütün darphaneler Rusya'da bulunduğu için emisyon hacmi bu ülkenin denetimindeydi.

Rusya Federasyonu Nisan 1992'de Tatar ve Çeçen-İnguş Cumhuriyetleri dışındaki bütün özerk Cumhuriyetlerin imzaladığı bir antlaşmayla resmen kurulmuş oldu. Antlaşmaya göre dış politika ve savunma ile insan hakları ve azınlık mülkiyetlerinin korunmasından Rusya sorumlu olacaktı. Federasyonun resmi dili Rusça olacak, bununla birlikte özerk Cumhuriyetler resmi yazışmalarda kendi dillerini kullanabileceklerdi. Aynı ay ABD ve öteki Batılı devletler Rusya'nın serbest piyasa ekonomisine ve demokrasiye geçiş çabalarına destek olmak üzere, 24 milyar ABD Doları tutarında kredi verme kararı aldılar.

Rusya çok partili sisteme ve piyasa ekonomisine geçiş sürecinde önemli sorunlarla karşı karşıya kaldı. Ocak 1992'de Maliye Bakanı Yegor Gaydar'ın hazırladığı liberalleşme paketi yürürlüğe kondu. Rusya'nın BDT'yi oluşturan öteki Cumhuriyetlere danışmadan bağımsız bir liberalleşme ve istikrar politikası izlemesini öngören bu program olağanüstü fiyat artışlarına yol açtı ve öteki Cumhuriyetleri de benzer kararlar almaya zorladı (7/582).

I.3. Siyasal Yapı

Tek partili sosyalist sisteme dayanan Sovyet yönetiminin son yıllarında anayasada yapılan değişikliklerle Rusya'nın siyasal yapısında başlayan köklü değişim süreci, SSCB'nin dağıldığı 1991'den sonra yerini reformcular ve tutucular arasındaki iktidar mücadelesiyle belirlenen bir istikrarsızlık dönemine bıraktı. Reform yanlılarının üstünlük kazanmasından sonra, devlet başkanına geniş yetkilerin tanıdığı federal bir parlamenter sistemi öngören yeni anayasa ülke çapındaki bir referandumla kabul edilerek Aralık 1993'te yürürlüğe girdi.

Anayasa uyarınca yürütmenin başında yer alan Devlet Başkanı dört yılda bir halk tarafından seçilir ve üst üste en fazla iki dönem görev yapabilir. Silahlı Kuvvetlerin Başkomutanı ve Güvenlik Konseyinin Başkanı olarak politikalarında önemli rol oynar. Hükümet işlerinde devlet başkanına yetki alanına giren konulardaki kararnameleleri hazırlayan ve devlet organları arasındaki eşgüdümü sağlayan Başkanlık İdaresi yardımcı olur. Devlet Başkanı ayrıca yasama organının onayından geçmek koşulu ile başbakanı, bakanları ve başka bazı önemli devlet görevlilerini atar. Atadığı başbakanın üç kez reddedilmesi durumunda, yasama organını dağıtarak seçim kararı alabilir. Devlet Başkanının ölmesi, sağlık nedeni ile görevini yerine getirememesi, yargılanarak görevden alınması ya da istifa etmesi durumunda, üç ay içinde seçime gidilmek üzere yerine geçici olarak başbakan geçer.

Yasama organı Federal Meclis iki kanattan oluşur. Alt meclis konumundaki Devlet Duması'nın 450 üyesi dört yılda bir seçilir. Bu sandalyelerin yarısı yüzde beş barajını aşan partilerin listelerinden nispi temsil sistemine göre belirlenirken, geri kalan yarısı tek üyeli seçim bölgelerinde çoğunluğu kazanan adaylarca doldurulur. Bütün federal birimlerde en az bir seçim bölgesi bulunur; yoğun nüfuslu birimlerde bu sayı birden fazladır. Üst meclis olarak bir tür danışma organı işlevi gören Federasyon Konseyi, ülkedeki 89 Federal birimin gönderdiği ikişer temsilciden oluşur.

En üst yargı organları Anayasa Mahkemesi, ceza, hukuk ve idare davalarına bakan Yüksek Mahkeme ile ekonomi ile ilgili davalara bakan Üst Hakimlik Mahkemesi'dir. Bu mahkemelerin ömür boyu görev yapan yargıçları devlet başkanının önerisi üzerine Federasyon Konseyi'nce atanır (7/574)

Etnik temele bağlı karmaşık bir idari bölümlenmesi olan Rusya Federasyonu, tarihsel Rus topraklarını oluşturan 49 yönetim birimini, yanı sıra 21 özerk Cumhuriyeti (Adıge, Başkırt, Buryat, Çeçen, Çuvaş, Dağıstan, Gorno-Altay, Hakas, İnguş, Kabartay-Balkar, Kalmuk, Karaçay-Çerkes, Karelya, Komi, Kuzey Osetya, Mari, Mordovya, Tatar, Tuva, Umdurt, Yakut), on özerk ili (Agin-Buryat, Çukçi, Evenk, Hanti-Mansi, Komi-Permyak, Koryak, Nents, Taymir, Ust-Ordinsk Buryat, Yamalo-Nenets), altı bölgeyi (Altay, Habarovsk, Krasnodar, Krasnoyarsk, Primorsk, Stravpol), iki federal kenti (Moskova, St. Peteresburg) ve bir özerk yönetim birimini (Yevreyskaya) kapsar (7/569).

I.4. Nüfus

Etnik yapı bakımından büyük bir çeşitlilik gösteren Rusya'da 60 kadar değişik milliyetten topluluk yaşar. Toplam nüfus (1997) içinde yüzde 86,6'lık bir oranı bulan Ruslar, eskiden beri ülke nüfusunun büyük bölümünü oluşturmuş, ülkenin siyasal, ekonomik ve toplumsal yaşamında önemli rol oynamışlardır. Sovyet dönemindeki göç ve yerleşim politikasının bir sonucu olarak, özerk birimlerin büyük bölümünde de Ruslar çoğunlukta. Ülkedeki öteki büyük etnik topluluklar Tatarlar (%3,2), Ukraynalılar (%1,3), Çuvaşlar (%0,9), Başkırtlar (%0,7), Çeçenler (%0,6), Mordovlar (%0,5) ve Beyaz Ruslardır (%0,3).

Rusya Federasyonu'nda nüfus dil temelinde beş ana grup altında toplanabilir: Doğu Slav ve Fars dillerini kapsayan Hint-Avrupa grubu, Türkçe, Moğolca ve Mançu-Tunguz dillerini kapsayan Altay grubu, Fin-Ugor ve Samoyed dillerini kapsayan Ural grubu, Abhaz-Adıge ve Nah-Dahıstan dillerini kapsayan Kafkas grubu, Sibirya'nın doğu ucunda konuşulan dilleri kapsayan Paleo Sibirya grubu.

Slavların büyük bölümü Ortodokstur. Türkçe konuşan halkların büyük bölümü Müslüman olmakla birlikte, aralarında Müslüman olmayanlar da vardır.

Rusya genelinde düşük olan doğal nüfus artış hızı 1990'larda eksi değere inmiştir. Doğum ve ölüm oranları (2001) sırasıyla binde 8,7 ve binde 15,4'tür. Nüfus artışı hızındaki düşüş büyük ölçüde Ruslar arasında doğum oranının azalmasından kaynaklanmaktadır. Özerk cumhuriyetlerde, özellikle de Müslüman olanlarda doğal nüfus artış hızı ülke ortalamasının çok üzerindedir.

Avrupa kesiminden Sibiryaya ve Uzakdoğu'ya yönelik göçler de doğal nüfus artış hızının bölgeler arasında gösterdiği farklılıkta önemli rol oynamıştır.

Doğum oranının getirdiği önemli bir sonuç da, Batı ülkelerindeki kadar olmasa bile nüfusun gittikçe yaşlanması ve ölüm oranının yükselmesidir. Toplam nüfus (2001) içinde 15 yaş altındaki kesimin oranı ancak yüzde 13,3'e varırken, 60 yaş üzerindeki kesimin oranı yaklaşık yüzde 23'tür.

Rusya da nüfusun büyük bir bölümü Avrupa kesiminde toplanmıştır. Uralların doğusuna geçildiğinde nüfus yoğunluğu düşmeye başlar. Ülke topraklarının yaklaşık dörtte üçünü oluşturan Sibiryaya ve Uzakdoğu'da toplam nüfusun yalnızca beşte biri yaşar.

II. Dünya savaşı öncesinde toplam nüfusun üçte ikisinden fazlasını oluşturan kırsal nüfus son yıllarda hızlı bir gerileme içine girmiş ve dörtte bire yakın bir düzeye inmiştir. Kırsal nüfusun büyük bir bölümü Sovyet yönetimi sırasında oluşturulan kolhoz ve sovhoz adlı çiftliklerin çevresinde gelişmiş büyük köylerde yaşar. Ana yerleşme kuşağının kuzeyinde çok seyrek nüfuslu ve boş alanlar uzanır. Bu bölgede yer alan Yakut Özerk Cumhuriyeti'nde nüfus yoğunluğu bir kişiden daha azdır.

Rusya da nüfusu 100 bini aşan yaklaşık 160, 250 bini aşan yaklaşık 70 ve 1 milyonu aşan 11 kent vardır. Nüfusu 250 bini geçen Urallar'da kentler dağınık ve birbirinden uzaktır. Volga bölgesinde kentler arasında her iki yakasında kurulmuştur ve özellikle Samara bölgesinde nüfus yoğunluğu çok yüksektir. Uralların doğusundaki başlıca kentsel yığılım Kuznetsk Kömür Havzasıdır. Trans-Sibiryaya Demiryolu boyunca da bir dizi kent kurulmuştur. Ülkenin uzak doğu bölgesinde çevreden kopuk birkaç kent vardır. Bunların başlıcaları Murmansk ve Arhangelsk limanları ile birer madencilik merkezi olan Vorkuta ve Norilsk'tir. Dinlenme merkezleri daha çok Kuzey Kafkaslar'da toplanmıştır. Bunlar arasında Karadeniz kıyısındaki Soçi ile Pyatizorsk ve Mineralniye Vodi sayılabilir (7/572,573).

Devletten, sendikalarından ve girişimcilerden alınan fonlarla desteklenen sosyal refah sistemi halka her türlü sosyal güvenceyi sağlamayı amaçlar. İleri sağlık hizmetleri ölüm oranını düşmesini ve ortalama ömrün yükselmesini sağlamıştır. Sağlık kuruluşlarında 235 kişiye bir hekim, 80 kişiye bir yatak düşer. Bununla birlikte son yıllarda nitelikli olarak hizmet ve personel düzeyi gerilemiştir. Ortalama ömür (2001) erkeklerde 59 yıl, kadınlarda 72 yıldır. bebek ölüm oranı (2000) binde 15,3'tür (7/574).

1.5. Ekonomi

Sosyalist yönetimin yıkılmasından sonra merkezi planlı ekonomiden serbest piyasa ekonomisine geçen Rusya, zengin doğal kaynaklarına, güçlü sanayi temelini ve eğitilmiş işgücüne karşın üretimde 1999'da yüzde 45'e kadar varan bir gerileme yaşamıştır. Ülkenin bu süreçte karşı karşıya kaldığı ağır ekonomik sorunlar arasında yüksek enflasyon, işsizlik, karaborsa ve yolsuzluklar, gelir dağılımında dengesizlik ve artan dış borçlar sayılabilir. Reform programlarıyla bir ölçüde sağlanan ekonomik toparlanmanın ardından, 1998'de Asya'daki finansal krizin etkisiyle yabancı sermaye yatırımlarında düşüş ve dış ticaret hacminde daralma gibi sorunlar ortaya çıkmıştır. Fakat 2000'lerde bu sorunlar hızla aşılmıştır.

2000 verilerine göre ülke Gayri Safi Milli Hasılası 241 milyar ABD Doları, Kişi Başına Milli Gelir ise 1.660 ABD Doları'dır (7/573).

Rusya'nın zengin yeraltı kaynakları Sovyet döneminde ağır sanayinin 1950'lerde gösterdiği gelişmede önemli rol oynamıştır. Rusya eski Sovyet Cumhuriyetleri içinde en geniş kömür yataklarına sahip olanıdır. Tunguska ve Lena havzalarında geniş kömür yatakları bulunmakla birlikte, bunlardan henüz tam olarak yararlanılmamaktadır. Kullanılan kömürün büyük bölümü Kuznetsk, Kansk-Açırsk ve Çeremhovo ile Avrupa kesimindeki Peçora Havzasından, Urallar'dan, Donets ve Moskova havzalarından elde edilir.

Rusya dünyanın önde gelen petrol ve doğalgaz üreticilerinden biridir. Petrol ve doğalgazın beşte dördü Sibiry'a'dan çıkarılır. Ural-Volga kuşağında, Kuzey Kafkaslar'da ve Avrupa kesiminin kuzeyinde de petrol ve doğalgaz yatakları vardır.

Elektrik üretiminin üçte ikisi termal, geri kalanının büyük bölümü de hidroelektrik santrallerinden sağlanır.

Rusya'da ayrıca önemli miktarlarda demir cevheri çıkarılır (7/573).

Rusya'da yük taşımacılığının yüzde 90'ı yolcu taşımacılığının da yaklaşık yarısı demiryollarıyla gerçekleştirilir. Dış ticaretin büyük bir bölümü deniz yolları aracılığıyla yürütülür. Kuzey Buz Denizi kıyılarında denizyollarından iç taşımacılıkta da yararlanılır fakat Kuzey Buz Denizi kıyılarındaki limanlardan yalnızca Murmask yıl boyunca açıktır. Havayolları daha çok yolcu taşımacılığı açısından önem taşır. Rusya'nın hava yolu şirketi Aeroflot dünyanın en büyük havayolu şirketlerinden biridir (7/573,574).

1.6. Eğitim

Eğitim 7-17 yaşlar arasında parasız ve zorunludur. Okur yazar oranı yüzde 100'e yakındır. Rus olmayanlar ilk ve orta öğrenimleri boyunca kendi dillerinde eğitim görürler. Üç yıllık ilkokuldan sonra başlayan orta öğretim genel, teknik ve mesleki okulları kapsar. Üniversitelere ancak giriş sınavlarını kazananlar girebilir. Ülkenin birçok yerinde üniversite bulunmakla birlikte en saygın yüksek öğrenim kurumları Moskova ve St. Petersburg üniversiteleridir (7/574).

II. SAĞLIK SİSTEMİ

II.1. Sağlık Sisteminin Tarihsel Gelişimi

Çarlık Rusya'sı zamanında ülke nüfusunun çoğunluğunu yoksul kırsal bölgede oturan çiftçiler oluşturuyordu. 1861'de kölelik yürürlükten kaldırıldı, bu sayede köylü çiftçinin durumunda çok az da olsa bir iyileşme oldu. 1864'te Çar 2. Alexandre, liberal sağlık hizmeti çerçevesinde halk sağlık hizmeti ve diğer sosyal hizmetleri geliştirmeyi hedefledi. Çok sayıda sağlık merkezleri, başlarına bir doktor ve diğer birkaç personel atanarak kuruldu. Hizmetlere kaynaklık yapan para vergilerdi ve sağlık hizmeti hizmetleri ücretsiz veriliyordu.

Endüstrileşme, birkaç büyük merkezde artan şehirleşme ve işçi sınıfının gelişmesine yol açtı. 1912'de tıbbi müdahaleler ve hastalıklar için Bismark modeli sosyal sigorta geliştirildi ve bu sigorta endüstriyel işçilerin %20'sini kapsıyordu. Genel olarak sağlık hizmetleri halk sağlığı ve bireylerin sağlığını koruma işlemlerini kapsıyordu, tedavi edici sağlık hizmeti ön planda değildi.

20. Yüzyılın ilk yarısında Birinci Dünya Savaşından sonra elde edilen tecrübeler, savaş sonrası gelen kıtlık ülkelerin sağlık sisteminin ve bireylerin sağlığının harap olmasına yol açmıştır. Rusya devriminden hemen sonra 20 veya 30 milyon kişi tifüs ateşine yakalanmış ve bu hastalık yüzünden 3 milyon kişi hayatını kaybetmiştir.

1917 Devriminden sonra, Nicolai Semaşko önderliğinde sağlık bakım prensiplerinin yeniden yapılandırılması planlanmıştır. Bu yeniden planlamada Rusya sağlık hizmeti sistemi şu temeller üzerine oturmaktadır:

- Sağıktan sorumlu merci hükümettir,
- Tüm vatandaşlar sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanacaklardır,
- Sosyal hastalıklara koruyucu bir tedavi yaklaşımı bulunacak ve böylece hareket edilecektir,
- Profesyonel bakımın kalitesi olası en yüksek seviyede bulunacaktır.
- Bilim ve tıp eğitimi arasında sıkı bir ilişki kurulacaktır,
- Hastalık öncesi koruma, hastalık esnasında tedavi ve hastalık sonrası rehabilitasyon bakımının devamlılığı içerisinde olmalıdır.

Bu prensiplere dayanarak Federal Devletler herkese ücretsiz sağlık hizmeti sunan bir sağlık sistemi geliştirdiler. 1920'ler sonrası enfeksiyon sebepli hastalıklardan korunmak ve bu hastalıkların epidemik kontrolü için temiz ve sağlıklı tesisler kuruldu. Daha sonra bu tesisler Sıhhi Epidemiyolojik İstasyonlara dönüştürüldüler. 1928'de düşünülen ilk beş yıllık plana göre Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmeti organizasyonlarını endüstriyel işçi ve çiftçiler için polikliniklere çevirecek ve sağlık insangücü sayısını artırmak için tıp okulları kuracaktı. 1937 yılında sosyal sigorta fonları kuruldu. Hastahaneler, eczahaneler ve diğer sağlıkla ilgili işlem gören merkezler ulusallaştırıldı ve bu merkezlerin hepsi genel sağlık idaresinin emrine verildi. Bazı endüstriyel merkezlere, bakanlıklara ve diğer kategorilere (parti liderlikleri, savunma, güvenlik, madencilik, ağır endüstri işçileri, nakliye işçileri ve diğerleri) de paralel sağlık hizmeti hizmetleri kuruldu.

1941'de Rusya 2. Dünya Savaşına girdiğinde sağlık sistemi çok iyi gelişmişti ve savaş boyunca tüm Rusya nüfusuna -gerek askeri gerekse sivil- sağlık hizmetini ulaştırabiliyordu. Savaş sırasında acil sağlık altyapısının harap edilmesi çok sayıda hayatın kaybolmasına yol açmıştır. (3/22-23).

1980'lerin sonlarındaki "glasnost periyodu" bütün yurttaşlara ücretsiz tam sağlık korunması garantisi verilen ilk uygulama değildir. Bu sistem Joseph V. Stalin döneminde ulusal ekonomik politikaya katkı olması açısından sağlıklı insan gücü gerektiği için, ilk olarak kurulmuştur. 1980'lerde Sovyetlerde birincil sağlık hizmetlerini sunmaya hazır geniş bir klinik ve ilk yardım ağı ve teşhis ve tedavi prosedürlerinin gerçekleştirilebileceği büyük bir hastahane sistemi mevcuttu. 1986'da Sovyetler Birliğinde 23,500 hastahane ve 3,6 milyonu aşkın yatak vardı. 1950'lerde Sovyetler dünya üzerinde nüfusa oranla yatak sayısı en fazla olan ülkeydi. Sağlık hizmetleri ülke çapında yıllık programlarla ve istatistiklerle inceleniyordu. Ulusal sağlık hizmeti bütçesinin büyük kısmı yeni merkezlerin kurulmasına harcanıyordu.

Sovyet sisteminde grip gibi küçük rahatsızlıklarda bile bireyler hastahanelere yatırılıyordu ve yatak sayısı dünyanın en fazla olan ülkesi olmasına rağmen, hastahanelerde aşırı yoğunluklar oluyordu. Hastalar sıklıkla hastahaneleri tercih ediyorlardı çünkü hastahaneler kliniklere kıyasla daha iyi teçhizatlıydı ve kalabalık ev ortamında iyileşme daha uzun sürüyordu. Sovyetlerdeki en eski tip tedavi psikiyatrik tedaviydi. Bu sistem Pavlov'un şartlı refleks tedavisini içeren 1950'lerin yöntemini ilerlemedi.

1986'da Sovyetler Birliğinde 1,2 milyon doktor ve 3,2 milyon paramedik ve hemşire bulunmaktaydı. Paramedik ve hemşireler bilimsel bir zemin olmadan sadece iki yıl eğitim alarak mesleğe başlıyorlardı. Genellikle doktor olmayan kırsal kesimlerde bu bireyler sıklıkla başvuruabilir tek sağlıkla ilgili personel oluyorlardı.

1990'ların başında Sovyet sisteminde belirgin bir değişiklik olmadı fakat kalite giderek daha da azaldı. 1992'de Rusya'da 662,700 doktor vardır (iki yıl içerisinde -1990 ve 1992 arası- bu sayı 32,000 azalmıştır) ve 10,000 kişiye 131 yatak (iki yıl içerisinde bu sayı 97,000 yani yaklaşık %5 azalmıştır) düşmektedir. Doktorların 78,600'ü cerrah, 77,600'ü pediatrist (çocuk hastalıkları uzmanı), 39,600'ü jinekolog, 20,300'ü psikiyatrist ve 18,500'ü nörolog'du. 1990'ların başlarında Rusya'da halk sağlığı tam anlamıyla bir kriz içerisindeydi. Doktor ve diğer tıbbi eleman sayısı yeterli olsa da, elemanlar ya yetersiz eğitilmiş, ya yeterli teçhizatları yok veya da aldıkları ücretler çok kötüydü. 1995'te Rusya'da her 275 kişi için bir doktor vardı. (Amerika'da her 450 kişiye bir doktor düşmekteydi). Fakat tıp fakültesi mezunları basit bir hastalığın teşhisini koyamıyor veya bir EKG sonucunun ne anlama geldiğini okuyamıyorlardı. Tıp okullarının çoğu öğretmen, kitap, yeni yapılan gözlem, batılı meslektaşlarıyla iletişim ve teçhizat eksikliğinden şikâyetçiydiler.

Düşük ücretler personelde ahlaki bozulmaya ve sağlık hizmetlerinin de birer rüşvet aracı olarak görülmesine yol açtı. Böylece prensip olarak sağlık hizmetleri ücretsiz olsa da, yeterli tedavi alma hastanın servetine bağlı hale gelmişti. Bu durumdan özellikle yaşlı hastalar etkilendi. 1990 ve 1994 yılları arasında sağlık hizmeti için ayrılan bütçe ulusal bütçenin %3,4'ünden %1,8'ine düştü.

Rus halkının sağlık durumu Komünizm yıkıldıktan sonra özellikle kalp-damar hastalıkları sebebiyle olmak üzere belirgin bir şekilde düşmüştür. Rusya'da çalışmaya devam eden doktorlara sürekli bir tıp eğitimi sağlamak için Avrasya Tıp Eğitim Programı geliştirilmiştir. Program esas olarak sık görülen ve ölümcüllüğü yüksek olan hastalıkları içermektedir.

Sakatlar için var olan merkezler ve kolaylıklar da –ki sakatların sayısı Rusya genelinde 6 milyona yakındır- giderek Batı standartlarının gerisine düştü. Tekerekli sandalyeye mahkûm veya takma kol ve bacaklı hastalar için rehabilitasyon merkezleri oldukça azdı ve tekerlekli sandalye rampaları sıklıkla yoktu. 1997'te çıkarılan özürliülerle ilgili kanun bu gruptaki hastalara eşit iş, ulaşım, hizmet ve eğitim imkânları gibi birtakım faydalar sağlamıştır (5/1,2).

II.2. Genel Sağlık Durumu

1991'de Sovyetler Birliği yıkılıp Rusya Federasyonu kurulunca Rus halkının sağlık durumu belirgin bir şekilde kötüleşmiştir. Rusya sağlık sistemini 40 yıl boyunca gözlemleyen Dr. Mark Field; Rusya'da 1992 yılındaki sağlık krizinin önemli bir kilometre taşı olduğu ve bu yıllarda ölüm oranlarının, doğum oranlarını oldukça aştığını belirtmektedir. Rusya'daki kalp damar hastalıkları Batılı gelişmiş ülkelere kıyasla beş-altı kat daha fazladır.

Bu gelişme birçok faktöre bağlanmaktadır. Bunlar; bireylerin kötüleşen ekonomik durumu, yetersiz ve dengesiz beslenme, gelecekle ilgili baskılar ve içki içme, ilaç bağımlılığı, sigara tüketimi gibi kötü alışkanlıkların artmasıdır. Rusya Sağlık Bilimleri Akademisine göre Rusya vatandaşları dünyanın en kötü sağlık durumuyla karşı karşıyadır. 1954 yılında bir erkeğin yaşam süresi beklentisi 57.7 yıl iken, 2000 yılında bu sayı az da olsa yükselmiş ve 58,9 olmuştur. 2000 yılı itibari ile bir kadının yaşam süresi beklentisi 72 yıldır. Doğumlar da azalmıştır; 1987 yılında 2,5 doğuma karşı 1,5 ölüm oranı varken, bu oran 2000 yılında 1,2 doğuma karşı 2,1 ölüm olmuştur. Bu rakamlar yılda 750,000 kişinin ölmesinin net sonucudur.

En büyük sağlık daresi 40 ve 55 yaşları arasındaki bireyleri etkilemektedir. Bu yaş grubundaki bireylerin sağlığını hipertansiyon, kalp-damar hastalıkları, sigara, alkol, sağlıksız yaşam tarzları ve stres etkilemektedir.

Kalp-damar hastalıkları (miyokard enfarktüsü, inmeler, kalp veya böbrek yetmezliği) bütün ölümlerin yarısından fazlasını oluşturmaktadır ve dünyada kalp-damar hastalıklarının en çok görüldüğü yer Rusya'dır. Bu hastalıklar ayrıca sakatlıkların da en önemli sebebidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün tahminlerine göre sağlık birimlerine başvuran ergin yaştaki Rus erkeklerinin %60'ı hipertansiyon hastasıdır. Bütün bunlara ek olarak erkeklerin %67'si (bu oran 1987 de %53 idi) ve kadınların %25'i (%10'lardan bu seviyelere çıkmıştır) sigara kullanmaktadır.

Diğer kronik hastalıklar da (diyabet, kronik tıkaçıcı akciğer hastalıkları, alkolle ilgili karaciğer hastalıkları) toplumun üretici olabilecek bireylerinin rahatsızlıklarına yol açmaktadır. Başta tüberküloz, HIV/AIDS ve hepatit olmak üzere enfeksiyonel hastalıklar artış göstermektedir. Tüberküloz görülme sıklığı Amerika'dakinin 10 katı kadardır (2/937-938).

Rusya Federasyonu'nda ölüm tüm yaş grupları ve her iki cinsiyete göre 2003 yılında 1981'e göre daha fazladır. 0-14 yaş grubu çocuklar dışında ülkede ölüm hızı Avrupa ülkelerine göre %20 daha hızlıdır. Bulaşıcı hastalıklar ise ülke genelinde %2'dir.

Kardiyovasküler sistemden kaynaklanan ölümler %56'dır. Yalnızca iskemik kalp hastalığından kaynaklanan ölümler toplam ölümlerin %26'sını oluşturur. Kardiyovasküler hastalıklardan ölenlerin sayısı Avrupa ülkelerine nazaran çok fazladır. Kardiyovasküler hastalıkların görülme sıklığı Avrupa ülkelerinin 3,5 katıdır (9/1,2).

Tablo1: Sebeplere Bağlı Ölüm Hızları (Her 100.000 Kişi İçin)

	1992	1995	2000	2001	2002	2003	2004
Tüm Sebeplerden Toplam Ölümler	1216	1496	1535	1564	1623	1637	1598
Sebepler:							
Dolaşım Sistemi Hastalıkları	646	790	849	869	913	928	892
Kanser	202	203	206	204	204	202	201
Kaza, Zehirlenme Ve Yaralanmalar	173	237	220	230	237	234	221
Bunların Dışında:							
Alkol Zehirlenmeleri	18	30	26	29	31	31	26
Boğulma Olayları	9	14	11	12	12	11	10
İntiharlar	31	41	39	40	39	36	34
Solunum Yolu Hastalıkları	58	74	71	66	70	70	64
Sindirim Yolu Hastalıkları	33	46	45	48	53	57	59
Enfeksiyon Ve Parazit Sebepli Hastalıklar	13	21	25	25	26	26	25
Cinayetler	23	31	28	30	31	29	27
Trafik Kazaları	30	26	27	28	29	30	29

Kaynak: (12) Federal State Statistic Service (2006), Death Rates by Main Classes of Causes of Death, s:2

Rusya'daki bireylerin sosyo-ekonomik durumlarını da içeren sağlık bakımı problemleri karmaşık problemlerdir. Halk sağlığı hizmetlerindeki azalma, yaşam süresi beklentilerinin azalması ve doğum oranlarındaki azalma ciddi problemlere örneklerdir. Sosyoekonomik düzenlemeler, duygusal stres faktörlerinin uzaklaştırılması ve doğum hızının uyarılması için genç bireylerin ve ailelerinin yönlendirilmesi alınabilecek olası tedbirlerdir.

Sağlık Hizmetlerine tahsis edilen bütçe fonları acilen revize edilmesi ve nüfus içerisinde sağlıklı yaşam yollarının teşvik edilmesi istenmektedir.

Ayrıca sağlık sigortası tipleri mümkün olduğunca düzeltilmesi ve aynı zamanda ücretsiz temel tıbbi bakımın garanti edilmesi gerekmektedir.

Bunların dışında sağlık güvencesi olmayan ve nüfusun fakir olarak nitelendirilebilecek kısmına ayrıca ilgi gösterilmelidir.

Çalışanların özellikle paramedikal elemanların ve hemşirelerin problemlerinin üstesinden gelebilmek için bölgesel ve federal seviyede etkili ve kalıcı bir görüntüleme tekniği geliştirilmeli ve elemanı eksik yerlere yeterli takviyeyi yapmalıdırlar.

Sağlık sektöründe çalışan elemanların ödemeleri mesleğin saygınlığını arttırmak için yükseltilmelidir (4/17)

Rusya Federasyonunda şiddet ve sakatlanma ile ilgili sorunlar fazladır. Ülkede kasıtlı ya da kasıtsız yaralanmalar sonucu ölüm oranı yüksektir. Ayrıca alkol zehirlenmelerinden meydana gelen ölümler görülmektedir (9/2).

II.3. Rusya Federasyonu Sağlık Sistemi

Sovyetler Birliği zamanında sağlık sistemi merkezi olarak planlanmıştı. Bu merkezi plan çalışma şartları ve farklı coğrafyada çalışan bireyler için değişmez kurallar dikte etmekteydi. Sistemin sorunu aşırı personel varlığıydı (6/23).

Rusya Federasyonu, temelini Semaşko modeli den alan geniş bir sağlık hizmeti ağını Sovyetler birliğinden devralmıştır (6/13). Sağlık hizmeti yönetimi merkezi değildir. 1990'ların başında dikey sistem iptal edildi ve birbirinden ayrı federal, bölgesel ve yerel sağlık hizmeti sistemleri oluşturuldu. Yönetimin merkezi olmaması kaynakların akılcı olmayan biçimde kullanımına yol açmıştır. Bir yerel birim de aşırı teçhizat varken komşu bir birimde teçhizat eksikliği olduğuna birçok örnek verilebilir. Pahalı tıbbi ekipmanların satın alınması ve kullanımı genellikle kontrol altında değildir (4/4).

Rusya Federasyonu federal, bölgesel ve yerel olmak üzere üç yönetim sistemine bölünmüş ve sağlık sistemi bu doğrultuda örgütlenmiştir. Federal düzeydeki Sağlık Bakanlığı'nın görevi merkezi politikanın yapısını oluşturmak ve alınan kararların bölgelere intikalini sağlamaktır. Ancak bölgesel güçlerin gelişmesi ile bakanlık emirlerine fazla uyulmamaktadır. Bölgesel seviyede oldukça uzmanlaşmış tıbbi kurumlar bulunmaktadır. Bölgesel yönetimler oldukça özerk olarak işlemektedir. Bu yönetimler genel hastahaneleri, çocuk hastahanelerini, bulaşıcı hastalıklar için uzmanlaşmış tıbbi kurumları, akıl hastahanelerini, ayrıca bunlara ilaveten dispanserlerin yaklaşık 1/4' ü ve teşhise yönelik merkezleri %70 i olmak üzere, sağlık kurumlarını idare etmektedir. Yerel yönetimler, yetişkinler için uzmanlık hastahaneleri, çocuk hastahaneleri, ilk ve acil yardım hastahanelerinden, özel dal hastahaneleri ve bunlara ilaveten çoğu poliklinik ve dispanserlerden sorumludurlar. Kırsal belediyeler tipik olarak poliklinikleri olan merkezi bir hastahane, bağımsız polikliniklere ve seyyar sağlık hizmetlerine sahiptir (14/5).

Sovyet Rusya'nın yıkılmasıyla Rusya yönetim sisteminin tek merkezden yönetimi dağıldı ve doğal olarak sağlık sistemi merkezçiliği de bitmiş oldu. Sağlık hizmeti sistemi de genel yönetim sistemi gibi üç seviyede yönetilmektedir.

Rusya Federasyonu anayasasına göre Federal Devletler insanların haklarının korunması ve düzenlenmesinden ve bu insanların özgürlüklerinin sağlanmasından sorumludur. Bunlara ek olarak federal ve bölgesel seviyeler sağlık hizmeti konularının koordinasyonunu sağlamak zorundadırlar.

Federal Seviyede Sağlık Bakanlığı en üst düzey uygulayıcı mercidir. Sağlık Bakanı tarafından yönetilir. Sağlık Bakanlığı'nın resmi sorumlulukları şunlardır:

- Sağlık hizmetiyle ilgili Federal Devlet politikalarının geliştirilmesi ve uygulanması,
- Diyabet, tüberküloz, sağlığın desteklenmesi, sağlık eğitimi, hastalıkları engelleme ve adli tıp gibi başlıkları içeren federal sağlık programlarının geliştirilmesi ve uygulanması,
- Sağlıkla ilgili yeni kanun tasarılarının geliştirilmesi ve Duma'ya sunulması,
- Federal sağlık merkezlerinin yönetimi,
- Tıbbi eğitim ve tıp alanında insangücü yetiştirilmesi,
- Epidemiyolojik ve çevresel sağlık, görüntüleme metotları ve sağlık istatistiklerinin tutulması,
- Enfeksiyon sebepli hastalıkların kontrolü,
- Sağlıkla ilgili düzenlemelerin geliştirilmesi,
- Kaliteli sağlık hizmeti verebilmek için gerekli federal zorunlulukların ve standartların geliştirilmesi,
- İlaçların lisansları ve kontrolü,
- Felaketler için tedbir alınması (felaket tıbbi).

Günümüzde var olan organizasyonel yapı eski yapının Nisan 2000 ve Ağustos 2001 yıllarındaki değişimiye oluşmuştur. Bu değişimler, reformların uygulanmasının kontrolü, stratejik yapının değiştirilmesi ve Bakanlığın çalışmalarının etki ve eşgüdümünün güçlendirilmesi konularında hâlâ uygulanmaktadır (3/28-32).

Rusya federasyonu'nda antiepidemik ve çevresel sağlık çalışmalarının tarihi oldukça eskidir. Bu tip çalışmalar enfeksiyon sebepli hastalıkların ölümcüllüğünü azaltmakta ve sınırlanmasını engellemekteydi. Sıhhi epidemiyolojik hizmetlerde esas öncelik sosyal hijyen görüntüleme merkezi, değerlendirme ve çevresel faktörlerin etkisine verilmiştir. 1 Ocak 2001 itibariyle sıhhi epidemiyolojik hizmetlerin 2,463 enstitüsü ve 191,019 kişilik bir işgücü kadrosu mevcuttur.

Rusya'da hastalıkların ve sakatlıkların özellikleri değişmiştir. Nüfusun demografik profili de değişmiştir. Sağlık hizmetleri sistemi geliştirilmeye başlanmıştır. Sanitas, ön epidemiyolojik hizmetler çok fazla personelinin olmasından ve eğitilmiş personelinin çok az olmasından şikâyetçidir. Var olan metotlar, teknoloji ve yaklaşımlarla halk sağlığındaki personelin eğitilmesi yeterli olmayacaktır. Bu yüzden Sağlık Bakanlığı halk sağlık sisteminde reformlar yapmaktadır:

- Genel sağlık durumunun belirlenmesi ve gözlemler
- Koruma, sağlığı destekleme ve bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrol altına alınması
- Tekrar görülmeye başlanan veya ilk görünen hastalıkların engellenmesi ve kontrolü (6/26).

Bölgesel Seviyede: Bu seviyedeki yönetici birim sadece bölgesel sağlık hizmeti konusuyla ilgilenir. 1993 öncesi, zorunlu sağlık sigortası uygulaması başlamadan önce sağlık hizmeti için kullanılacak bölgesel tüm kaynakları kontrol ediyordu. Zorunlu sağlık sigortası uygulaması başlayınca bu fonların kontrolünün büyük kısmı Yerel Zorunlu Sağlık Sigorta Fonlarına devredildi. Bölgesel seviyedeki sağlık merkezleri tipik olarak, bölge genelindeki tüm nüfusa hizmet verebilmek için, 1,000 yataklı yetişkin hastahanesi ve 400 yataklı çocuk hastahanelerine sahiptir. Bu hastahaneler hem ayakta tedavi edilen hastalara hem de yataklı hastalara hizmet vermektedir. Ek olarak bu seviyedeki yönetim enfeksiyon sebepli hastalıklar, tüberküloz, zihinsel hastalıklar ve diğer hastalıklar için kurulmuş olan özel tıp kurumları ve teşhis merkezlerinin %70'ini kontrol eder (3/35).

Yerel (Kırsal) Seviyede: Kırsal kesimlerde sağlık otoritelerinin fonksiyonları merkezi bölge hastahanelerinin şeflerinin kontrolündedir. 1995'te çıkarılan kanundan sonra; "Rusya Federasyonundaki yerel hastahanelerin yönetimi kendilerine aittir" Yerel yönetimler Bakanlığın emirlerine uyduğu müddetçe federal veya bölgesel seviyelere rapor vermek zorunda değildirler.

Şehirlerde tipik olarak 250 yataklı erişkin hastahanesi ve 200 yataklı çocuk hastahaneleri bulunmaktadır. Ek olarak şehirlerde 700 yataklı acil bakım hastahaneleri ve enfeksiyon sebepli hastalıklar, tüberküloz, doğum hastahaneleri, zihinsel ve psikonörolojik hastalıklar hastahaneleri bulunmaktadır (3/35,36).

Sağlık hizmetlerine ulaşım geniş hizmet ağı yüzünden kolay olsa da, yüksek kaliteli hizmetler, uzak ve kırsal alanlarda ve birincil sağlık hizmeti merkezlerinde doktor eksikliği yüzünden sıklıkla elde edilememektedir.

Hizmetlere ücretli ulaşma bir kısıtlama sebebi olmaması gerekirken, sağlık merkezlerinden herkesin faydalanabilmesi ile alakalı yapısal garanti hâlâ tam olarak oturmuş değildir. Fakir bireyler hiçbir şeyden şikayet etmeseler de sıra beklemekten şikâyet etmektedirler. Fakir bireyler sıklıkla farklı seviyede veya tarzda bir sağlık bakım hizmeti alırlar. Ayakta tedavi edilen kliniklere fakir bireylerin gelmesi daha sık olur. Fakir bireylerin hastahanelerde kalma süreleri zengin bireylere kıyasla çok daha az sürmektedir.

1992 yılındaki eyalet aile hekimliği programı ve 1999 yılındaki genel aile hekimliği programı birincil sağlık hizmeti sisteminin geliştirilmesi amacıyla çıkarıldılarsa da çok yavaş ilerlediler. Çünkü diğer sağlık hizmeti sistemleriyle ilişkileri düşük seviyedeydi ve finansal eksiklikler vardı. Sonuç olarak birincil sağlık hizmeti ve aile hekimliğini geliştirebilmek için çok daha fazlasının yapılması gerekmektedir. Birincil sağlık hizmetinin geliştirilmesinin de ötesinde ikincil sağlık hizmeti sisteminin de yeniden yapılandırılması gerekmektedir. Çünkü ikincil sağlık hizmeti sistemi kaynakların oransız bir şekilde dağılmasına neden olmaktadır. İkincil sağlık bakımı harcamaları 2001 yılında Almanya'da toplam sağlık hizmeti harcamalarının %36.1'ini oluştururken, Rusya'da %64'ünü oluşturmaktadır.

Hastahanelerde ortalama kalma süresi Avrupa'da 7,7 günken, Rusya'da bu süre 13,2 güne uzamaktadır. Bu yüzden yataklı hastaların yönetiminde daha dikkatli olarak, hastahane kalma süresinin indirilmesine yönelik çabalar sarf edilmelidir.

Mevcut sağlık sistemi verimsiz bir yapı etrafına inşa edildiğinden, sistemin kalitesinde belirli bir düşüklük mevcuttur (6/17,18). Rusya'daki hastahane ve poliklinikler oldukça eskidirler (yaklaşık %15'i 1940'tan önce inşa edilmişlerdir) ve sıklıkla en temel konforlar bile bulunmamaktadır. Kabaca ülke genelindeki hastahanelerin %42'si ve polikliniklerin %30'unda sıcak su yoktur. Yine hastahanelerin %12'si ve polikliniklerin %7'sinde su akmamaktadır. Hastahanelerin %18'inde ve polikliniklerin %15'inde lağım boşaltım sistemi yoktur. Hastahane ve polikliniklerin sadece %12'sinde merkezi ısıtma sistemi mevcuttur. En iyi kabul edilen hastahanelerde bile personel daimi olarak ellerini yıkamamaktadır, cerrahi aletler düzenli olarak sterilize edilmemektedir ve dolayısıyla enfeksiyon oranları nispeten yüksektir (5/3).

Rusya Sağlık Sistemi batı standartlarında bölümlere ayrılmıştır. Çoğu doktor diyabet veya tüberküloz gibi bir hastalık üzerine yüksek derecede odaklanmıştır. Hastahane içi sağlık bakımı ve gezilebilir bakım sistemi sıklıkla birbirinden ayrıdır. Bunun yanında teoride; birincil seviyeden üçüncül seviyeye, sağlık bakım hizmetlerinde oldukça mantıklı bir geçiş ve ilerleme vardır. Bazı hastalıklar (diyabet, tüberküloz, astım, kanser ve zihinsel hastalıklar gibi) diğerlerinden ayrılmıştır ve bu hastalıklara özel ilgi gösterilmektedir. Bu hastalıklara sahip hastalara özel doktorlar hizmet vermekte ve hükümet desteğiyle ücretsiz tedavi olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin kullanımı oldukça fazladır. Ortalama hastahane yatış süresi Batı Avrupa ve Kuzey Amerika'ya kıyasla üç kat fazladır. Diğer endüstrileşmiş ülkelerdeki bireyler gibi Rusya vatandaşları da doktora yılda yaklaşık on kez görünürler.

Sovyetler Birliği'nin yıkılmasından hemen sonra sağlık sistemi destek ve teçhizatının çoğunu kaybetti ve yeterli hale gelebilmek için takviyeye gereksinim duymaktadır. Bu durum modern donanım eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Belkide en büyük eksiklik, Sovyet tıp çalışanlarının ve üst düzey bireylerinin dünyanın geri kalanından kendilerini izole etmeleridir. Batı ülkelerinde sıklıkla kullanılan ve her yerde bulunabilen gözlem ve incelemeler, tekst kitapları ve tıbbi raporlar Rusya'da sıklıkla yoktur veya varsa bile alma imkânları kısıtlıdır. Bu sebeplerden dolayı Rusya doktorları modern tıp tekniklerinin öğrenilmesinde ve uygulanmasında güçlükler çekmektedirler (2/338).

Rusya Federasyonunun sağlıkla alakalı politikalarını geliştirmesi gerekmektedir. Sınırlı fonlarıyla oluşturduğu sisteminin verimliliğini maksimuma çıkarmalıdır. 1990'dan bu yana Sovyetlerden ayrılan altı ülke önemli ekonomik problemlerle karşılaşmış ve eski ve yetersiz sistemleriyle bu problemleri aşamayacağını anlamıştır. Sağlık durumunun iyileşmesiyle doğrudan alakalı en önemli yol, belki de var olan halk sağlığı etkinliklerinin yeniden düzenlenmesidir. Bu değişimler ana-çocuk sağlığı programları, aile planlaması, okul sağlığı, mesleki sağlık, çevresel sağlık, ve madde bağımlılığı konularında yapılabilir. Esas reformlar, çalışacak elemanların eğitimi ve tıp eğitimi süreçlerine uygulanmalıdır. Yöneticilerin birimlerini maksimum verimlilikte kullanmalarını engelleyen normlar kaldırılmalı ve sağlık durumunu iyileştirecek normlar modernleştirilmelidir.

Eczacılıkla alakalı sektörde üretim, dağıtım, yönetim, fiyatlandırma, rasyonel kullanım, kalite ve zorunlu ilaç listesi bağlamında reformlar yapılmalıdır.

Etkili reformlar sağlık durumunun iyileştirilmesine, kalitenin ve tüketici memnuniyetinin gelişmesine, uzun soluklu bir finansal ferahlığa yardımcı olacaktır (13/2).

II.3.1. Sağlık Hizmetleriyle İlgili Diğer Bakanlıklar

Sağlık Bakanlığı dışındaki bakanlıklara, üniversitelere veya diğer kurumlara ait sağlık kuruluşları sistemidir. Bunları Sağlık Bakanlığı yönetmez, kontrol ve finanse etmez. İlk olarak Sovyetler döneminde açılmaya başlamıştır. Teçhizatları, çalışanları ve sundukları hizmetler daha iyidir. Bazı özel ayrıcalıklar olduğundan buralarda çalışmak daha caziptir (4/8).

Sağlık Bakanlığı örgütü dışında olan, fakat bazı benzer hizmetleri veren paralel sistemler, tüm ayakta tedavi kuruluşlarının %15'ini ve yataklı tedavi kuruluşlarının %6'sını oluşturmaktadır. Şu anda bu hizmetlerin büyük çoğunluğuna özel kaynaklarla ulaşmak mümkündür.

Rus Tıbbi Bilimler Akademisi Sağlık Bakanlığından bağımsızdır. Tıp biliminin uygulamasıyla, tıp eğitimi araştırmalarını birbirinden ayrı tutan bir gelenekle, tıbbi araştırma yapma sorumluluğuna sahiptir (14/3).

II.3.2. Birincil Sağlık Hizmetleri

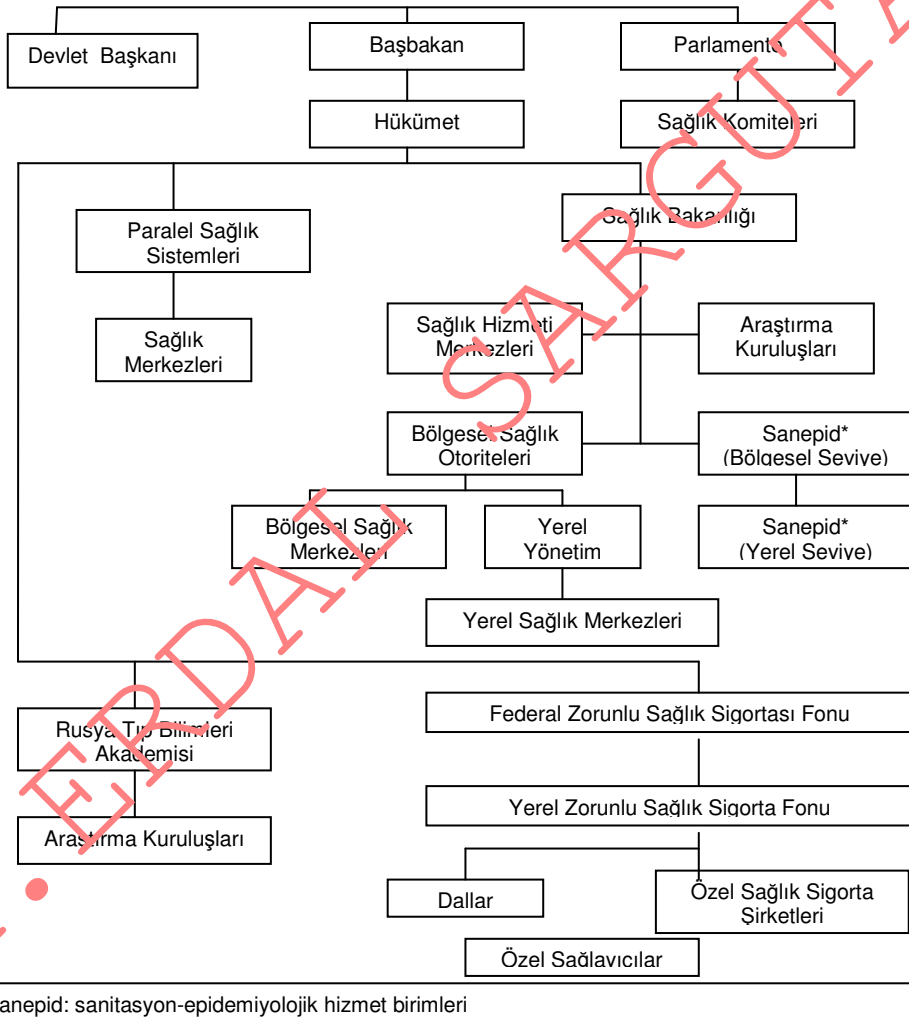
Uchastok denen mikro-bölgeler birincil sağlık hizmetinin temel ünitelerini oluşturmaktadırlar. Sovyetler Birliği zamanındaki gibi kırsal kesimdeki bireyler feldşer (hekim-hemşire personeli) ve veya ebelerden birincil sağlık hizmetlerini alırken; şehirlerde yerel polikliniklerdeki birincil bakım doktorları tarafından birincil sağlık hizmet karşılanmaktadır. Bu hiyerarşi Federal Devletlere doğru çıkıldıkça da devam eder.

Kırsal Ebe / Feldşer Merkezleri: Nüfusu 4,000'in altındaki yerlere bakarlar ve bu topluluğa aşılama, temel sağlık kontrolleri, rutin incelemeler, hamilelik süresince bakım ve yeni doğanın bakımı hizmetlerini sunarlar. Küçük ve önemsiz hastalıkların tedavisini yapabilirler, ev ziyaretlerinde bulunabilirler ancak asla herhangi bir ilacın kullanılmasını salık veremezler. Ebe ve hemşireler temel hemşirelik eğitimi aldıktan sonra yerel yönetim marifetiyle görev mevkilerine en yakın hastahane ve poliklinikte iki yıl boyunca çalıştırılıp, daha sonra esas görev yerlerine gönderilirler.

Sağlık Merkezleri: 7,000 ve üzeri nüfusa sahip kırsal bölgeleri kontrol ederler ve birkaç tane uchastok'tan (mikro-bölge) oluşurlar. Çalışanları; bir doktor, bir pediatrist (çocuk hastalıkları uzmanı), bazen bir doğum uzmanı veya jinekolog ve bunlara ek olarak hemşire ve ebelerden oluşur. Topluma bir dizi birincil sağlık hizmeti sunarlar. Sundukları sağlık hizmetleri aşılama, görüntüleme, küçük rahatsızlıkların tedavisi ve kronik hastalıkların denetimidir. İlaç tedavisi uygulayabilirler ve 24 saat hizmet verirler. Birkaç tane yatakları olabilir ve bu sayede yataklı hastalara hizmet verip küçük cerrahi operasyonları gerçekleştirebilirler.

Şehir Poliklinikleri: Her bir poliklinik yönetsel olarak, her biri 4.000 kişilik topluluktan sorumlu olan birkaç mikro-bölgeyi kontrol eder. Birkaç tane poliklinik bir tane kent hastahanesiyle uyum içerisinde çalışır. Poliklinikler görüntüleme, akut ve kronik hastalıkların ilk tedavisi ve kronik hastalıkların devamlı bakımı hizmetlerini verirler. Doktor başına ortalama 1,700 hasta düşmektedir. Sovyetler zamanındaki gibi günümüzde de hastaların istedikleri zaman doktorlarını değiştirme hakları vardır.

Şema 1: Rusya Federasyonu Sağlık Sistemi Örgüt Yapısı



Kaynak: (6) World Bank (2005) Voluntary Insurance Russia, s:15

Ancak bu, poliklinik başhekiminin de onayını gerektirir ve zahmetli bir işlem sürecidir. Bu yüzden sıklıkla başvurulmaz. Sovyetler döneminde burada çalışan doktorlara fazla bir eğitim verilmezdi ve tıbbın en az itibarlı mevkiisi olarak kabul edilirdi.

Bağımsız Dispanserler: Yukarıda bahsedilen birincil sağlık hizmeti sağlayıcılarının dışında kırsal kesimlerde; en az şehirdeki sağlık merkezleri kadar kaliteli sağlık hizmeti veren bağımsız kamu dispanserleri de mevcuttur. Bu tip merkezlerde hastalığın önlenmesi ve sağlığın desteklenmesi yönünde aktiviteler de gerçekleştirilmektedir.

Özel Amaçlı Poliklinikler: Kasabalar, şehirler ve daha büyük yerleşim yerlerinde bulunurlar. Örneğin sadece çocuk hastalıklarında veya sadece kadın hastalıklarında uzmanlaşmış merkezlerdir (3/120-122).

Halk Sağlığı Hizmetleri: Sanitasyon ve epidemiyolojik hizmet ağı Sovyetler döneminde halk sağlığı hizmetlerinin en önemli parçasıydı. Bir seri sanitasyon ve epidemiyolojik merkezden oluşmaktaydı. Bu hiyerarşi içerisinde en alt seviyeden en üst seviyeye doğru bir rapor bildirim sistemi mevcuttur. Bu sistemin faydası tek düze ve standart bir hizmet kalitesi sunulmasıdır, ancak rotü var olan yerel yönetimlerin olaya hiç karışmamasıdır. Bu sistemin amacı aşılama programlarının tüm ülkeye ulaştırılması, enfeksiyon sebepli hastalıkların kontrolü, epidemiyolojik verilerin toplanması, görüntüleme ve düzenlemeler, hijyen ve çevre sağlığı ve afetlerde tedbir alınmasıdır (3/127-129).

II.3.3. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri

İkincil ve üçüncül sağlık hizmeti hastahanelerde, ayakta tedavi hizmeti veren kliniklerde ve polikliniklere bağlı özel gezici merkezlerde gerçekleştirilmektedir. Alt yapı Sovyetler zamanından kalmıştır ve ufak değişimler sayılmazsa hâlâ aynı sistem işlemektedir. İkincil sağlık hizmeti sağlayan temel birimler şunlardır:

Uchastok Hastahaneleri / Sağlık Merkezleri: Sıklıkla bir cerrah, bir tedavi uzmanı ve bir de pediatristten (çocuk hastalıkları uzmanından) oluşan bir takımla hizmet veren, 20-50 yatak kapasiteli, kırsal bölgelerde uzmanlaşmış sağlık merkezleridir. İşleri sıklıkla birincil sağlık hizmeti ve sosyal sağlık hizmetinden ibaret olsa da bazı cerrahi müdahaleler yapılabilir ve yine bazı kronik veya akut hastalıkların tedavisini gerçekleştirebilirler.

Rayon (Bölge) Hastahaneleri: İster kırsal ister kentsel olsun her bölgede 100-700 yataklı bölge hastahaneleri hizmet vermektedirler. 40,000 ila 150,000 kişi arası değişen nüfusa her türlü genel tıbbi ve cerrahi müdahaleleri gerçekleştirebilirler. Şayet aynı bölgede kadın hastalıkları ve doğum hastahaneleri ve çocuk hastalıkları hastahaneleri yoksa bu hastahaneler kadın hastalıkları, doğum ve çocuk hastalıkları hizmetleri de vermektedirler.

Rayon (Bölge) Poliklinikleri: Yataklı tedavi edilmesi gerekmeyen hastalar için her bölgede ayakta tedavi edilen hastalıklara bakabilecek poliklinikler bulunur. Rayon hastahaneleri de ayakta hasta tedavi edebilir. Bu iki sistem arasındaki eşgüdüm her zaman tatmin edici değildir (3/133,134).

Poliklinikler numaralarla isimlendirilirler ve genellikle özel coğrafik bir alana hizmet verirler. Örneğin; 18 numaralı poliklinik 77,000 nüfuslu Kazan bölgesine hizmet vermektedir. Genellikle çok sayıda hasta yatışı ve tedavisi yapılmaktadır. Örneğin 3 numaralı poliklinik Khabarovsk bölgesine hizmet vermektedir ve günlük olarak yaklaşık 1,300 kişi bu polikliniğe gelmektedir. Bazı poliklinikler hastahanelerle ilişkili iken, bazı poliklinikler bir hastahaneyle bağlı olmayabilir (2/938).

Oblast (Yöresel) Hastahaneleri: Her yörede de hastahaneler vardır ancak bunlar, karmaşık hastalık durumlarında hastalarını bölge hastahaneleri ve polikliniklerine yönlendirirler. Bu hastahaneler ayrıca yerel tıp okullarının araştırma hastahanesi olarak da hizmet vermektedirler.

Oblast (Yöresel) Poliklinikler: Ayakta tedavi edilecek hastalara hizmet verir ve yine hastahane ve poliklinikler arası koordinasyon ön plandadır.

Özel Amaçlı Hastahane Ve Poliklinikler: Bunlar tamamen çocuk hastalıklarında veya kadın hastalıkları ve doğumda uzmanlaşmış hastahanelerdir. Her iki tip hastahanelerde de hem yataklı hem de ayakta tedavi edilebilen hastalara hizmet verilmektedir.

Diğer Bakanlık Hastahaneleri Ve Poliklinikleri: Ayakta tedavi edilecek hastaya özel ve ikincil tedavi hizmetleri sunar. Çok az bir kısmı yataklı hasta kabul edip temel sağlık hizmetleri verse de, bu tip hastahanelerde genel olarak ayakta tedavi uygulanmaktadır.

Çeşitli bakanlıkların paralel sağlık hizmeti sistemleri genellikle ayakta tedavi edilecek hastalar üzerine yoğunlaşmıştır. Ancak Savunma Bakanlığı bir istisnadır. Bu bakanlık ordu için tam kapasiteli bir hastahane açmıştır ve bu hastahane kadın hastalıkları ve doğum dâhil her türlü sağlık desteğine sahiptir.

Bu hastahaneler ayakta tedavi veren hastahanelerin %15'ini ve yataklı hizmet veren hastahanelerin %6'sını oluşturmaktadır.

Federal Hastahane Ve Poliklinikler: Geneli Moskova'da olup geniş ve yüksek derecede özelleşmiş hastahanelerdir ve aynı seviyede bakım sağlarlar. Sıklıkla araştırma kuruluşlarıyla ilişkilidirler.

Günlük Bakım Hastahaneleri: Hastahane veya polikliniklere bağlı olarak işlem yaparlar. Tüm prosedürü bir gün içerisinde gerçekleştirirler.

Tedavi Edici Ve Rehabilitasyon Edici Sanatoryumlar: Rehabilitasyon bir Sovyet geleneği olup, sağlık hizmeti sisteminin vazgeçilmez ögesidir. Bu sağlık evleri işçilerin belirli çalışma şartlarına adapte olmasını, içki ve sigara gibi bağımlılık yapan maddelerden kurtulmalarını ve bazı hastalıklardan kurtulmalarını amaçlar. Tedavi şekilleri fiziksel egzersizleri, masajları ve akupunktur tedavilerini içerir. Tedaviler uzmanlaşmış hemşirelerce doktor talimatıyla yapılır.

Yukarıda bahsedilen hastahane ve polikliniklerin tamamı halkın mülkiyetindedir. Çalışanların sözleşmeleri iş verme kurumlarınca yapılır ve bu kontratlar yerel Sağlık Komitesi tarafından onaylanır. Hem ayakta hem de yataklı hasta tedavi eden bu merkezler genel vergilerle desteklenir.

Hastahaneler 50 yataklı küçük kırsal hastahanelerden 1,000 yataklı büyük hastahanelere kadar değişen bir yelpazede dağılmaktadırlar. Çok sayıda pediatri, doğum (birbirine uygun yerlerde sınırlandırılmış olmayabilirler), tüberküloz, enfeksiyon hastalıkları, onkoloji, psikiyatri ve acil bakım hastahaneleri bulunmaktadır.

Bunların dışında yasal özel sektör hastahaneleri de vardır ancak bu hastahanelerin sayısı çok azdır. Paralel sisteme ait klinik ve hastahaneler de bu özel hastahaneler arasında oldukça büyük bir yer oluşturur. Rusya Federasyonu için ikincil ve üçüncül sağlık hizmeti hizmetleri aşırı gelişmiştir denilebilir. Çünkü her bin kişi için hastahanelerde 9,1 yatak düşmektedir. Bu miktar Sovyetler Birliğinden ayrılan ülkeler arasında en yüksek olan orandır. Bu oranlarda Rusya'yı 7,9 yatak sayısı ile Azerbaycan izler. Yine bu oran Avrupa'ya kıyaslandığında Avrupa ortalamasının iki katı olduğu görülür (3/134,135).

Bu yelpazedeki hastahaneler arasındaki en büyük farklılık yüksek teknoloji malzemelerinin miktarlarıdır. Özel ve büyük hastahanelerde Amerika ve diğer ülkelerdeki ekipmanların artışı göze çarparken küçük ve kırsal hastahanelerde bu ekipmanlar bulunmamaktadır (2/941).

II.3.4.Sağlık Sisteminde Özel Sektör

Özel sektör için Rusya'da yasal izin almak gereklidir ve günümüzde özel sektörün belirgin bir şekilde sağlık sektörüne uzandığı görülebilir. Özel sektör; eczacılıkla ilgili alanlarda, dişçilik ve göz ile ilgili hastalıkların tedavisinde nispeten gelişmiştir.

Ayakta tedavi gören hastaların ilaç ücretleri sağlık sigortasına dâhil değildir ve özel eczahanelerden para karşılığında alınmalıdırlar. Dişle ilgili sağlık hizmetlerinin hepsi olmasa da büyük kısmı ücret karşılığı gerçekleştirilir ve bu hizmetlerin tamamına yakını özel sektör kontrolündedir. Özel sektörün etkili olduğu diğer hizmetler ise teşhis ve görüntüleme merkezleri, rehabilitasyon merkezleri ve diğer ayakta tedavi merkezleridir (3/41).

Bu kuruluşları devlet finanse etmediğinden finansal durumu sahibinin maddi durumu ile yakından ilişkilidir.

Hükümete ait olmayan sağlık hizmeti sektörü son on yılda ön plana çıkmaya başlamıştır. Bölgelere göre dağılımı ve tıbbi bakım tipleri (örneğin özel sektörün %40'ı dişle ilgili hizmetler vermektedir), eşit olarak dağılmamıştır.

2001 başlarında Federasyonun 51 bölgesinde 5,571 tane özel sektöre ait sağlık birimi vardı. Bu birimlerin yarısı on bölgede toplanmıştı. Tataristan Cumhuriyeti (497), Rostov bölgesi (374), St. Petersburg (362), Kemerovo bölgesi (305), Amur bölgesi (232), İvanovo bölgesi (224), Primorskiy Krai bölgesi (223), Kursk bölgesi (199), Smolensk bölgesi (195), Perm bölgesi (176). Aynı on bölgede 1,282 tane dişçilikle ilgili özel sektör sağlık birimi vardır.

Yukarıda bahsedilen elli bir bölge dışında kalan beş bölgede hiçbir özel sağlık merkezi bulunmamaktadır (Hükümet Raporu, 2000, s.79) (4/7,8).

II.4. Sağlık Hizmetleri Kaynaklarının Örgütlenmesi

2000 yılının sonlarında Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışan 8,862 hastahane vardı. Bu hastahanelerin 5,632'si zorunlu sağlık sigortası sistemi ile faaliyet göstermekteydi. Yine 1,532 hastalıklardan koruyucu merkez (282'si Zorunlu Sağlık Sigortası ile çalışmaktaydı), 17,689 ayakta tedavi edilen hastaları kabul eden klinik (8,537'si Zorunlu Sağlık Sigortası ile çalışmaktaydı), 927 diş kliniği 764'ü Zorunlu Sağlık Sigortası ile çalışıyordu). 3,172 ambulans istasyonu ve 580 tane tedavi evleri hizmet vermektedir.

2000 yılından önceki 10 yıl içinde, Rusya Federasyonundaki sağlık bakımı merkezlerinin sayısı belirgin bir şekilde azaldı. Yataklı kliniklerin sayısı %2,4 azalırken ayakta tedavi yapılan kliniklerin sayısı da %0,5 oranında azalma göstermiştir. Buna ek olarak koruyucu merkezlerin sayısı da %1,9 oranında azalma göstermiştir. Tüm bunların yanında hastahaneye yatırılan birey sayısı ise %0,6 oranında artmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2000 sayfa, 100 / Hükümet Raporu 2000, sayfa 62).

Birçok sağlık merkezi ekipman açısından yetersizdir. 1992 yılında hastahanelerin %23'ünde akar su yoktu; %33'ünde yağmı boşaltma sistemi yoktu; %30'unda merkezi ısıtma sistemi yoktu; %60'ında sıcak su yoktu. Hastaların %60'ı 6-10 kişilik koğuşlarda, hatta %15'i 10 kişiden fazla koğuşlarda kalıyorlardı. 2000 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde 51 bölgede yapılan bir araştırmaya göre, binaların eskilik oranı %47,5; tıbbi teçhizat eksikliği %61,8; ulaşım eksikliği %61,4 idi (4/8).

II.4.1. Kırsal Alan

2000 yılı itibariyle kırsal kesimde 8,301 adet ayakta tedavi hastası kabul eden klinik vardı ve bu kliniklerin kapasitesi 469,000 kişiydi. Yine kırsal kesimde 1,185 ambulans istasyonu, 1,051 kırsal hastahane (sayıları geçtiğimiz on yılda 699 yani %17,3 artmıştır) ve 43,362 paramedikal ve doğumla ilgili merkezler (sayıları geçtiğimiz on yılda 3,300 yani %7,6 oranında azalmıştır) bulunmaktaydı.

Kırsal kesimdeki hastahanelerin tıbbi hizmet kalitesi üst düzeyde değildir. Yine bu hastahanelerin teçhizatları tatmin edici değildir. %58,8'ine tamir gerekiyor; %75,8'inde yağmı boşaltma sistemi yok; %72'sinde akarsu yok; %66,4'ünde merkezi ısıtma sistemi yok; %1,7'sinde telefon sistemi yok ve %14'ünde herhangi bir şekilde nakil imkânı yoktur. 2000 yılı itibariyle bu hastahanelerin %14'ünde yeterli çalışan da yoktur (4/6,7).

II.5. Sağlık İnsangücü Ve Eğitimi

Sağlık hizmeti için insangücü sağlamak Rusya Federasyonu'nda tıbbi bilimlerin gelişimi için en önemli faktör olarak kabul edilebilir.

Günümüz Rusya'sında sağlık hizmetlerinde 4 milyonun üzerinde insan çalışmaktadır. Bunların 2 milyonundan fazlası yüksek öğrenim görmüş bireylerdir. Sağlık hizmeti sektöründe çalışan bireyler ülkedeki toplam işgücünün %4,2'sini oluşturur.

2000 yılı itibariyle Sağlık Bakanlığı bünyesinde her 10,000 kişiye 42 doktor ve 96,5 hemşire düşmektedir. Çalışan sayısında düzenli bir artış olsa da, bu sayı hâlâ yeterli değildir. Ancak problem bu kadar yüzeysel değil, daha derindedir. Esas sorun doktorlar ve diğer sağlık çalışanları arasındaki orantısızlıktır. Geçtiğimiz yıllara göre Rusya Federasyonu içerisinde 26 bölgede doktor, 35 bölgede ise hemşire sayısında azalma olmuştur. Bu durumun esas sebebi sektördeki finans yetersizliği, düşük ücretler ve tatmin edici olmayan çalışma koşullarıdır (5/6,7).

Sovyetler Birliği zamanında sağlık hizmetleri sistemi merkezi olarak planlanmıştı. Bu merkezi plan çalışma şartları ve farklı coğrafyada çalışan bireyler için değişmez kuralları dikte etmekteydi. Sistemin sorunu aşırı personel varlığıydı. Bu durum aşağıdaki tabloda da görülmektedir.

Sağlık hizmeti sistemi kavramsal olarak entegre ve hiyerarşik bir yapıdır. Ancak ilk temas doktorları sıklıkla az eğitilmiş olduğundan hastalar bu doktorları atlayarak doğrudan ikincil sağlık kurumlarına yönlendirilir (6/23).

Tipik olarak doktorlar bir hastahane veya bir poliklinikte, nadiren de her ikisinde birden çalışmaktadırlar.

Hemşire sayısı çok fazla olsa da hemşireler esas olarak personel sayısında rahatlıkla sağlamak amacıyla eğitilirler ve nispeten düşük seviyede bilgi durumuna sahiptirler.

Rusya sağlık sistemine özgü bir diğer sağlık çalışanı grubu da Feldşer denilen ve Amerika'daki hemşirelerle benzer işlemler yapan gruptur. Bunlar, özellikle kırsal kesimde esas olarak çalışan gruptur. Acil durumlarda, anne-çocuk sağlığı ve koruyucu bakım sağlarlar.

Bir kasabadaki iki ünlü bir sağlık merkezine genelde iki Feldşer bakar ve sıklıkla 1,000 kişiye hizmet verirler. Sovyet sistemi bu çalışan grubuna büyük bir ilgi göstermektedir ve bu grup sağlık hizmeti sisteminin esas elemanlarından biri olarak gösterilmektedir (2/941).

Hemşire ve doktorların Sovyetler döneminden beri çalışması ve eğitimi değişmemiştir. Lise sonrası öğrenciler doğrudan altı yıllık bir mezuniyet öncesi eğitime girerler. Tıp; teknik bir beceri olarak düşünüldüğünden doktorlar ve diğer sağlık hizmeti personellerine tıbbi kuruluşlarca eğitim verilir. Böylece tıp eğitimi tıp eğitimi sağlayan genel üniversitelerden izole olur.

Tıp üniversitelerinin tipik olarak beş fakültesi mevcuttur. Bunlar dâhiliye, diş hekimliği, pediatri, tıp ve koruma fakültesi ve eczacılıktır. Her birine anatomi, fizyoloji, biyokimya gibi genel dersler öğretilmektedir.

Mezuniyet öncesi tıp müfredatı hâlâ merkezi olarak planlanmıştır ve kanunla dikte edilmektedir. Bu yüzden müfredat esnekliği ve bazı durumlara adapte edilebilmesi çoğunlukla görülmez. Öğretim metodu hastalık odaklı öğretimdir. Sağlık hizmeti sistemi ile mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitimi arasında büyük bir kopukluk mevcuttur. Müfredat Sovyetler zamanından beri nerdeyse hiç değiştirilmemiştir. Eğitim sistemi hastadan çok hastalığa yöneliktir.

Tablo 2: Rusya Ve Seçilen Ülkelerde Doktor Ve Hemşire Sayısı

ÜLKE	1,000 kişiye düşen doktor	1,000 kişiye düşen hemşire
Danimarka	2,9	9,3
Fransa	3,0	6,5
İngiltere	1,6	5,0
Rusya Federasyonu	4,2	8,1
Polonya	2,3	5,2
Brezilya	1,2	4,1
Kırgızistan	3,0	10,1

Kaynak: (6) World Bank (2005). Voluntary Insurance in Russia, s:23

Mezuniyet sonrası eğitim, yüksek derecede özelleşmiş bir eğitimidir ve genellikle bir hastahane veya poliklinikte, özel bir doktorun vesayetinde olur. Yapısal ve özel klinik dersleri sıklıkla yoktur. Müfredat, standartların çok altındadır.

Hemşirelik eğitimi de reform geçirmeden eski şekliyle işlemektedir. Özellikle mezuniyet öncesi eğitim aşaması hiç reform geçirmemiştir. Eğitim kalite bağlamında oldukça düşüktür. Eğitim sisteminin yapısı mezuniyet öncesi tıp eğitimine benzer. Bu eğitim Moskova Tıp Akademisindeki yüksek hemşirelik eğitimi fakültesince sağlanır. Fakat kızların çoğu hemşirelik eğitimlerini koledeki mesleki eğitim derslerinden alırlar (6/24,25)

Sağlık hizmeti sektöründe çalışan bireylerin çoğu kısa bir çalışma saatine sahiptirler ve çalışma şartlarına göre gün boyu 4 ile 6,5 saat arası çalışırlar. Buna göre çoğu sağlık hizmeti elemanı vardiya usulü çalışıyor denilebilir.

Psikiyatri, enfeksiyon, pedvoloji ve diğer bazı birimlerdeki sağlık hizmeti çalışanları yıllık tatillerini normal olan 24 günde değil de 30 ile 48 gün arası değişen sürelerde yaparlar. Bu süre değişimi kıdeme ve hizmet süresine bağlıdır. Tıbbi birimlerde eğitimcilerin yıllık izin süreleri 56 güne çıkar. Bununla birlikte zararlı ve tehlikeli çalışma şartları bulunan bütün çalışanların ek tatil hakları yoktur. Gerçek hayatta birçok tıbbi kurum fon eksikliği yüzünden işçilerine yasal hakları olsa da bu tatil imkânlarını sağlayamaz (4/12).

Rusya'daki sağlık eğitimi Batı Avrupa'daki sistemle birçok benzerlikler gösterse de, Amerika'daki sistemden belirgin bir şekilde farklıdır. Rusya'daki öğrenciler; 18 yaşında lise ve dengi okuldan mezun olup 6 yıllık tıp eğitimi almaya başlarlar.

Tıp üniversitesi içerisindeki farklı fakülteler bu öğrencilere halk sağlığı, pediatri, yaşlılık tıbbı (geriatri) ve diş doktorluğu gibi branşlarda eğitim verirler. Her fakülte birbirinden ayrıdır ve öğrenciler fakülteleri dışındaki diğer dallarda fazla tecrübe edinmezler. Örneğin öğrenci ya yaşlılık tıbbını veya çocuk hastalıklarını öğrenir her ikisini birden öğrenmez.

Örneğin Ural Federal Devleti Tıp Akademisinde hali hazırda 1620 öğrenci yaşlılık tıbbı ve 693 öğrenci çocuk hastalıkları eğitimi almaktadırlar. Ek olarak 521 öğrenci de sağlık bilgisi, bakteriyoloji ve epidemiyoloji dallarını içeren halk sağlığı fakültesinde eğitim görmektedirler.

Her Federal Devletin tıp üniversitesi Federal Sağlık Bakanlığı tarafından uygun görülen ders müfredatını uygulamak zorundadır. Yerel sağlık problemleri ve öğretim gelenekleri yüzünden programda %15 değiştirme yapılmasına izin verilmektedir.

Mezuniyet sonrası eğitim; ihtisas dönemi programları, intern doktorluk ve birincil uzmanlaşma eğitimlerini içermektedir.

- İhtisas Dönemi Programları: Ural Federal Devleti Tıp Akademisi'nden her yıl mezun olan 2,000 öğrencinin 50'si genel olarak iki yıl süren ihtisas dönemi programlarına girer. Bu programlarda klinik çalışmaların üzerinde durulurken akademik ve araştırma kariyerleri de sürdürülebilir.
- İtern Hekimlik: Mezun olan öğrencilerin yaklaşık yarısı Federal Hükümet tarafından finanse edilen intern hekimlik çalışmalarına başlarlar. Bu çalışmalar genellikle büyük hastahanelerde gerçekleştirilir. İtern hekimlik süresi bir yıldır.
- Birincil Uzmanlaşma: Yukarıdakilere ek olarak yeni mezun olan hekimler 4 ile 10 ay arası değişen bir sürede diyabet gibi daha dar bir alanda uzmanlaşma çalışmalarına başlarlar. Diyabet diğer hastalıklardan tecrit edildiği için sadece bu hastalığa sahip hastalara hizmet verebilirler.

Rusya sağlık hizmeti sistemi aşırı branşlaşmış olarak kabul edilse de, gerçekte Rusyalı doktorların mezun olduktan sonraki eğitim süreçleri aynı uzmanlık alanında eğitim gören Amerikalı meslektaşlarına kıyasla çok daha azdır.

Geçtiğimiz on yıllık dönemde esas olarak dış kaynaklı olsa da Federal Sağlık Bakanlığı tarafından aile hekimliğinin geliştirilmesi yönünde bir hareket başlamıştır. Doktorlar ve pediatristler yeniden eğitilerek (genellikle altı aylık bir program içinde) aile hekimliği prosedürlerini uygulayabilmek için yaşlı ve çocuk bakımını öğrendiler. Khabarovski 10 yıla yakın süredir akademik aile hekimliği birimine sahiptir. Yukarıda bahsedilen eğitim programı çerçevesinde hem tecrübeli doktorlara hem de tıp fakültesi yeni mezunlarına iki yıl boyunca müfredat uygulanmamıştır.

Genel dâhili tıp ve akademik birimlerde iki yıllık eğitimle öğretilmektedir. Tecrübelerin çoğu ayakta tedavi edilen hastalardan elde edilmektedir.

Tıp fakültesi ve mezuniyet sonrası eğitim tamamlandıktan sonra, tipik olarak Rus hekimler polikliniklerde veya hastahanelerde çalışmaya başlarlar.

DSE (devamlı sağlık eğitimi) kanunlarla zorunlu tutulmasa da, doktorlar için geçerli olan sistem yüzünden bir tür zorunluluktur. Her beş yılda bir onaylanmalıdır. Bu işlem DSE programlarına katılım için gerekmektedir (beş yıllık süreçte 144 ile 488 saat).

Bu süreç sonunda Federal Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan bir sınav uygulanır. Bu sınav sonucunda doktorlar sertifika alarak daha yüksek bir ücretle çalışmalarına devam edebilirler.

Sonuç olarak DSE kurslarına katılım doktorların iş, mevki ve ücretlerini olumlu yönde etkilemektedir. Sovyetler zamanında DSE kurslarına katılımı zorunluluktu ve doktorlar her beş yılda bir dört ay boyunca devam eden günlük kurslara katılmak zorundaydılar. Bu sistem eskimiş olsa da doktorlar hâlâ bu sisteme büyük ilgi göstermektedirler (2/941,942).

II.6. Sağlık Sisteminin Finansmanı

Sağlık hizmetleri zorunlu sağlık sigortası kesintileri ve genel vergilerden karşılanmaktadır. Sağlık sigortası işverenlerden yapılan %3,6'lık kesinti, verdikleri gelir vergisi ödemeleri ve çalışmayan kesim adına yapılan bölgesel devlet yardımlarından oluşur (çocuklar, işsizler, emekliler). Devlet tarafından yapılan sigorta yardımları ile sigorta kuruluşları sağlık hizmeti sunucularına üyeleri adına ödeme yapar.

Vergi fonlarının kaynağı bölgesel ve federal bütçelerdir. Federal bütçe yardımı azdır ve giderek de azalmaktadır. Bu pay 1999'da toplam sağlık hizmeti finansmanının %5'inden az olmuştur. Federal kaynaklar eğitime, araştırmaya, halk sağlığı hizmetlerine, büyük yatırımlara ve ikincil sağlık hizmetleri'ne yönlendirilmiş durumdadır. Bölgesel bütçe yardımları, toplam sağlık hizmeti finansmanının yaklaşık %45'ini oluşturmaktadır. Ama bunun sadece küçük bir kısmı (%5 gibi 1999'da) çalışmayan nüfusun sigorta yardımı olarak ayrılmıştır.

Toplam sağlık finansmanının %26 gibi bir kısmı işverenlerin çalışan kesim için yaptıkları sigorta yardımları, kalan kabaca %34 kısmı da doğrudan kişisel ödemelerden karşılanmaktadır (14/4).

Sağlık Bakanlığı bütçesini Ekonomi Bakanlığında alır ve bu bütçeyi bilimsel araştırma kuruluşlarına, Rusya Tıp Bilimleri Akademisinin klinik aktivitelere, bilim merkezlerine ve tıp okullarına tahsis eder.

Federal seviyedeki Sağlık Bakanlığı sistemi, sağlık hizmeti için kullanılabilir kaynakların sadece çok küçük bir kısmını kontrol etmektedir ve bu kısım tahmini olarak sadece %5'tir.

Dünya üzerinde sağlık finansmanı ile ilgili kusursuz bir model olmasa da, ülkeler genellikle benzer modeller kullanırlar. Ancak Rusya'da kullanılan model diğer ülkelerde kullanılanın tam tersidir. Rusya'daki sistem çok parçalı ve aşırı merkezidir. Farklı amaçlar ve bazen farklı sağlayıcılar için, çok sayıda fon sistemi vardır:

- Bölgesel bütçelerden tahsis edilen kaynak halk sağlığı finansmanını sağlar. 2002 yılında halk sağlığı harcamalarının %67'si bu şekilde sağlanmıştır.

- Ek finanslar bölgelerdeki ücretlilerin bordrolarından yapılan %3,6 kesintilerden gelir ve bölgesel sigorta fonlarına aktarılır. Bu miktar toplam miktarın %3,4'ünü oluşturmaktadır. Bölgesel sigorta fonları bu gelirlerin %0,2'sini federal sağlık sigorta fonuna devreder.
- Son olarak federal seviyede gelirler ve harcamalar ön plana çıkmaktadır (6/28,29).

II.6.1. Bütçe Finansmanı

Günümüzde sağlık hizmeti finansmanı Federal Devlet tarafından ve iki ana kaynaktan yapılmaktadır. Bu kaynaklar: Federal Devlet Bütçesi ve Zorunlu Sağlık Sigortası fonlarıdır.

Federal Devlet Bütçesi federal sağlık hizmeti kurumlarının federal programlara ve Sağlık Bakanlığının merkezi aktivitelerine finansman sağlayan esas kaynaktır. Bu kaynağın bütçesi 2001 yılı itibarıyla 19,536.5 milyon Rubledir. (yaklaşık olarak 664,5 milyon USD). 1991 ve 1999 yılları arası Federal Devlet sağlık hizmeti finansmanı üçte bir oranında azalmıştır. Bu azalma sektörün bütün ihtiyaçlarının karşılanamaması anlamına gelmektedir (4/4,5).

II.6.2. Zorunlu Sağlık Sigortası Finansmanı

1990'larda yapılan reform sonrası sağlık hizmeti finansmanının bir diğer kaynağı da zorunlu Sağlık Sigorta Fonu oldu. Kanunun esas amacı bireylerin ücretsiz tıbbi yardım haklarının kalite ve miktarını güvence altına almaktır. Günümüzde yeni bir finansal alt yapı gelişti. Zorunlu Sağlık Sigortasının amacı, vatandaşlara ücretsiz tıbbi yardımın yanı sıra, sağlık merkezlerinin finansal durumlarının devamını sağlamak haline geldi.

Günümüzde doksan tane bölgesel Fon ve bunların 1,123 tane dalı mevcuttur. Bu dallardan beş yüzü zorunlu Sağlık Sigortası sistemi içerisinde sigortacı olarak işlem görmektedir. Bu sigorta temelde ücretsiz sağlık hizmeti vermekle birlikte üyelerinin bir kısmı prim ödemektedir. Prim ödeyen kişi sayısı 5,1 milyondur ve bu primler Bölgesel Fonun %30'unu oluşturmaktadırlar.

Sağlık Bakanlığına göre zorunlu Sağlık Sigortası sisteminin uygulanması, tıbbi girişimle de reel ekonomik güçlerin varlığının algılanmasına yardımcı olmuştur. Bu sistem sayesinde medikoekonomik bilinç uyanmış ve sağlık hizmetinde ekonomik hesapların kullanılması artmıştır.

Yine de Zorunlu Sağlık Sigortasının kullanımı sağlık hizmeti fonlarının eksikliğini tamamen giderememiştir. Federal Devlet borçları ve vatandaşların reel finansal kapasiteleri arasındaki dengesizlik bütün bir sistem olarak sağlık hizmetine yıkıcı zararlar vermektedir (4/5,6).

1993 yılında getirilmiş olan zorunlu sağlık sigortası sistemi Federal Zorunlu Sağlık Sigortası Fonu ile Bölgesel Zorunlu Sağlık Sigortası Fonu arasında (Rusya Federasyonunun her bölgesinde birer tane bulunmaktadır) alıcı, satıcı ayırımı yaratmıştır.

Federal fon 89 bölgesel fonu denetleme ve düzenleme yetkisinin yanı sıra bir eşitlik mekanizması kurmakla da görevlidir. Bölgesel fonlar bağışları toplamak ve devlet yardımlarına dair programları gerçekleştirmekle de sorumludur.

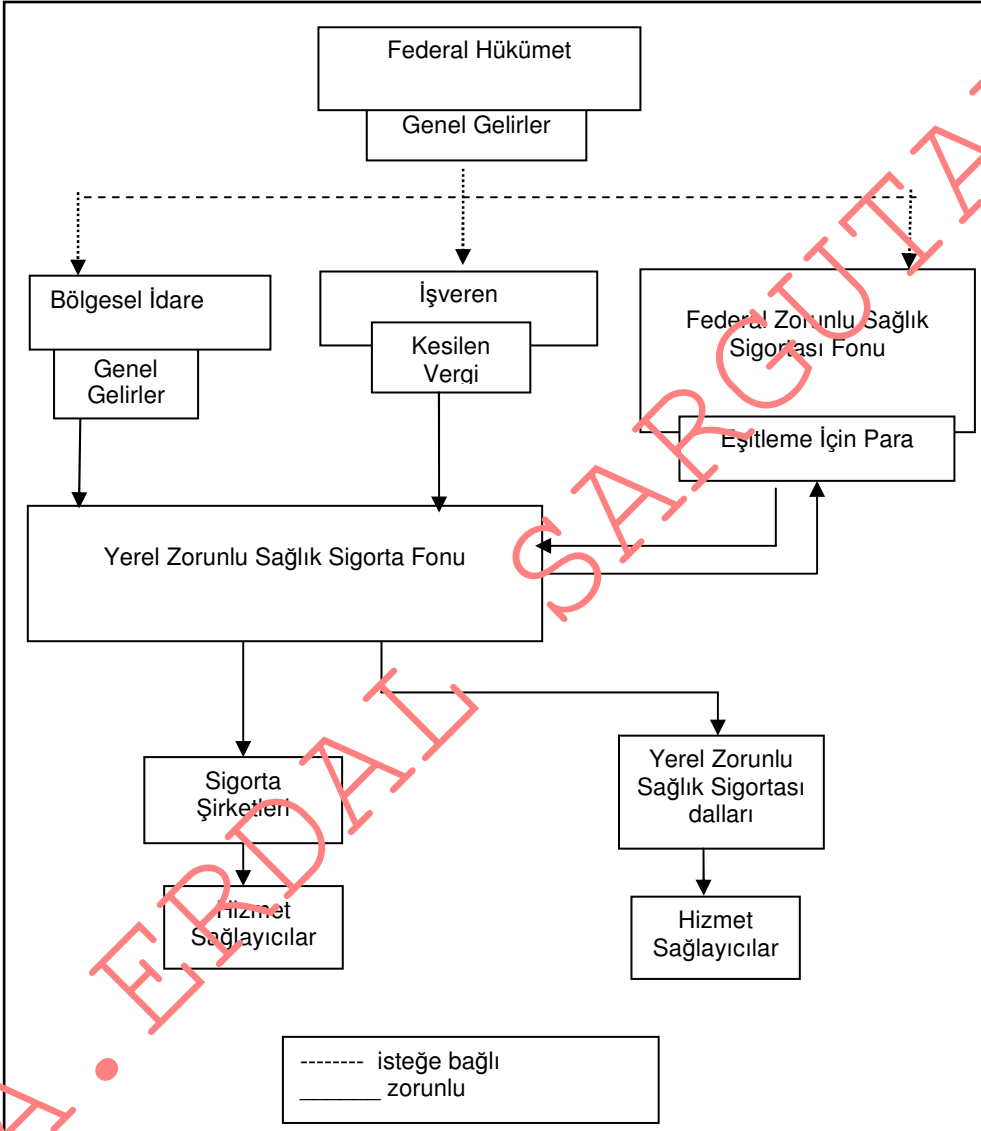
Maliyet paylaşımının resmi olarak onaylanmış ölçütleri yoktur. Yasal olarak alınmasına izin verilebilecek ücretler ayakta tedavi edilenlerin ilaçları, tıbbi yardım, protez, ağız bakımı, rutin göz hizmetleri, temel paketlerin dışında kalan hizmetler için ödenen ücretlerdir. Kişisel doğrudan yapılan ödemelerde son yıllarda belirgin artış olmuştur. Ücretsiz hizmetlerin sunucuları harcamalarını halk fonlarından karşılayamamaktadırlar. Ücretsiz olarak sunulması gereken hizmetleri sunan sağlık hizmeti sunucuları kamu fonları vasıtasıyla maliyetlerini karşılayamadıklarından, yasal olarak bedava sunması gereken bu hizmetlerin karşılığında para talep etmektedirler. Bununla beraber yasal olmayan ödemeler de vardır.

Ücretsiz sağlık hizmeti alanlarının kapsamı bağımsızlıkla beraber değişmedi. Federal hükümet tarafından yapılan ilk kapsamlı uygulama, 1998'de Garantili Paket Programı'nın geliştirilmesiyle ortaya çıkan ücretsiz sağlık hizmeti vaadini yeniden gözden geçirmek oldu. Amaç ücretsiz sağlık hizmetlerinin gelişiminin maliyetini karşılamak için gerekli fonu tamamlamak ve toplanan fonların nasıl harcanacağını belirlemektir. Bununla birlikte Garantili Paket Programı, birincil sağlık hizmetlerinin gelişimini teşvik edecek yeniden yapılandırıcı bir araç olması niyetiyle oluşturuldu (14/5).

II.6.3. Gönüllü Sağlık Sigortası

Bu sistem ilk olarak 1991 yılında uygulandı ancak gerekli yasal düzenlemeler sonraki yıl yapıldı. Bu sistem sayesinde birey veya gruba temel sağlık hizmeti yanında ek hizmetler de verilmektedir. Bu sigorta sistemi genellikle kâr amacı güden özel sigorta şirketleri tarafından yapılır da, kâr amacı gütmeyen firmaların yapamaması gibi bir sınırağı yoktur. 1993 yılı çıkan zorunlu Sağlık Sigortası yasasına göre gönüllü sağlık sigortası sadece zorunlu Sağlık Sigorta sistemine üye olan özel sigortacılar tarafından sunulabilir.

Ancak gönüllü sağlık sigortası Rusya Federasyonu'nda sağlık hizmeti işlemlerinin finanse edilmesine çok az bir katkı sağlamaktadır. 1999 yılı itibarıyla bu sigorta sisteminin toplam sağlık hizmeti harcamalarındaki yeri sadece %3,5 olarak tahmin edilmektedir. Sosyal Araştırma Kurumunun gözlem sonuçlarına göre gözlem için ziyaret edilen bireylerin sadece %5'i gönüllü sağlık sigortası yaptırmıştır ve bunların büyük bölümü ise çocuklar için yapılmıştır. 1998 yılında ilk kez bu sigorta sistemi hakkında bir araştırma yapılmış ve bireylerin buna itibar etmediği görülmüştür. Sonraki yıllarda yapılan araştırmalarda da bu durumun pek değişmediği görülmüştür. Genel olarak bu sigorta tipi zengin bireyler veya az sayıda işçi çalıştıran işverenler tarafından tercih edilmektedir (3/106,107).

Şema 2: Rusya Federasyonu'nun Sağlık Sistem Finansı Ve Yönetimi

Kaynak: (3) Tragakes E., Lessof S., (2003) Health Care System in Transition: Russian Federation. European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen. s:39

II.7. Eczacılık

Sovyetler birliğinin dağılmasıyla birlikte, ülkedeki ilaç üretimi düştü. Bununla birlikte ithal ilaç alımı ve ilaç fiyatları çarpıcı biçimde arttı. 1990'lardan sonra üretim az da olsa düzelmeye kâr payı iyileşmeye başladı. 1997'de ilaç üreten kuruluşların %70'i özelleştirildi.

İlaç kullanımında önemli alımlar federal, bölgesel, yerel yönetimleri, hastahaneler, poliklinikler, eczahaneler ve hastalarca yapılmaktadır. İlaç dağıtım sistemi dağınık bir yapıya sahiptir. 3.500 ilaç toptancısı tüm ülkeyi kapsayacak şekilde hizmet vermektedir. Ülkede 16.000 ila 19.000 arasında eczahane bulunmakta bunların %23'ü bölgesel hükümetlerin, %60'ı belediye idarelerinin ve %17'si özel kuruluşlarıdır. Yatan hastaların ilaçları hastahanelerce karşılanmasına rağmen, ayakta tedavi görenler ilaçlarını eczahanelerden kişisel doğrudan ödeme yaparak almaktadır. Fakat uygulamada kaynak yetersizliği nedeniyle yatan hastaların ilaçları da hastahane tarafından değil hastaların (%80) kişisel doğrudan ödemelerine dayanmaktadır.

İlaçların genellikle ithal edilmesi ve ilaç fiyatlarının yüksek oluşu ilaç alımını düşürmekte ve birçok Rus bu nedenlerden dolayı ilaç alamamaktadır. Yönetimin yerelleşmesinden sonra, ilaç sektörü yasalarla federal ve bölgesel olarak ikiye ayrıldı. İlaç fiyatları Sağlık Bakanlığı tarafından bölgesel düzeyde düzenlenir. İlaç üreticilerinin üretim miktarlarını ve fiyatlarını kayıt altına almak, fiyat artışlarını kontrol etmek bölgesel ve federal yönetimlerin görevi olmasına rağmen, bu sistem etkili biçimde işlememektedir. Fiyat artışları kontrol edilememektedir.

Federal hükümet tarafından temel ilaç listesi oluşturuldu. Bölgesel hükümetler ise kendi ilaç listelerini federal hükümetin oluşturduğu listeden geliştirdiler. Çeşitli Bakanlıklar ve girişimciler de kendi ilaç listelerini geliştirmeye çalışmaktadır. Jenerik ilaçların reçete edilmesi ve kullanılması teşvik edilmeye çalışılmaktadır. Güvenilir olmayan ilaç sağlayıcılarının, markaların geniş kapsamlı reklâm ve özendirmelerine rağmen, yetersiz ilaç ödemeleri ve sigorta düzenleri bulunmaktadır (14/8).

Rusya'da eczacılıkla alakalı harcamalar düşüktür, çünkü Kişi Başı Gayri Safi Milli Hasılası düşüktür. Rusya'daki sağlık harcamalarının, Kişi Başı Gayri Safi Milli Hasılasının artması ile artacağı düşünülmektedir. Rusya'nın eczacılıkla ilgili endüstrisi batıyı izlemektedir. Rusya'nın eczacılık endüstrisi gelişmiş ülkelerin 15 ve hatta 40 yıl gerisindedir. Yerli endüstri Sovyetler döneminde antibiyotik ve vitaminler gibi aktif medikal maddelerin üretimine odaklanmıştır. Fakat kullanıma hazır ilaçları Macaristan, Polonya ve Çek Cumhuriyeti gibi ülkelerde kurulu olan fabrikalardan almıştır. Sovyet bloğunda eczacılık endüstrisi 1980'lerde hızla gelişmeye başladı ve maksimum seviyeye 1991 yılında geldi. Endüstri özelleşmiş ve Sovyet sağlık bakımı araştırmalarıyla iyi entegre olmuştu. Sovyetler Birliği'nin yıkılmasıyla Rusya'ya yüksek bir farmasötik kapasite kaldı.

Aktif madde üretimi giderek azaldı ve tüm zamanların en düşük seviyesine 1997 yılında ulaştı. Toplam pazar gelirleri 1998 yılındaki ekonomik krizden sonra, 1999 yılında en düşük seviyeye indi. Ancak bu tarihten itibaren sektör tekrar gelişmeye başladı (13/1,2).

II.8. Sosyal Bakım

Sovyet sisteminin çöküşüyle birlikte genel ekonomik kriz, yetersiz devlet kaynakları, sosyal bakım sisteminin çalışmamasına neden oldu. Bu nedenle ülkede sosyal bakım hizmeti çok sınırlıdır.

Ülkedeki sosyal bakım ihtiyaçlarının yükünü sağlık sistemi karşılamaktadır. Kronik hastalıklar nedeniyle uzun süreli yataklı tedavi hizmeti alanlar ve psikolojik tedavi görenler için yeteri kadar sosyal bakım hizmeti sağlanamamaktadır.

Oldukça yetersiz olan yaşlı bakım evleri için devlet gelirlerinden küçük bir miktar kaynak ayrılmaktadır. 1993'te yaşlı ve kronik hastaların bakımı için hemşire bakım evlerinin kurulması amacıyla bir model oluşturuldu. Yeterince kaynak ayrılmaması nedeniyle arz talebi karşılamakta yetersiz kaldı. Uzun süreli yataklı yaşlı hasta bakımı genellikle geriatri hastahaneleri tarafından verilmektedir.

Sovyet döneminden sonra kamuya ek olarak sosyal bakım hizmetini Kızıl Haç vermekte, gönüllü bağışlarıyla ve devlet yardımlarıyla finanse edilmektedir.

Günümüzde sosyal bakım hizmetinde özel sektör bulunmamaktadır (14/7).

II.9. Rusya Federasyonunda Yaşayan Yabancı Uyruklulara Verilen Sağlık Hizmetleri

Rusya Federasyonu Hükümeti Rusya Federasyonu topraklarındaki yabancı uyruklu vatandaşların sağlık hizmetleri için 2005 yılında yeni yasalar çıkarmıştır.

Kurallar; yabancı uyrukluların ücretli veya bedava sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri prosedürleri için kanunlaştırılmıştır. Ücretli ve ücretsiz bakım hizmetleri arasındaki en büyük ayrım acil müdahaleler ve planlı bakım işlemleri arasındadır. Acil sağlık hizmeti ücretsizken, diğer sağlık hizmetleri ücret dâhilindedir. Acil bakım hizmetleri bireyin hayatını tehdit eden durumlarda veya kazalar, zehirlenme gibi aciliyet gerektiren sağlık şartlarında uygulanmaktadır. Birey normale döndüğünde ödeme planı sağlık bakımı hizmetleri devreye girer. Çıkarılan bu yasalar ücretli sağlık bakımı için gerekli tıbbi kayıtların tutulması, ödeme planları ve rapor hazırlama süreciyle ilgili konuları da içermektedir.

Rusya'ya uzun süre kalmak için gelen yabancı uyruklu bireylerden, yanlarında temel tıbbi kayıtlarını (uygun x-ray ve laboratuvar tetkikleri, hastalık hikâyesi takip kayıtları gibi) da getirmeleri istenmektedir ve bu kayıtlar Rusça'ya çevrilmelidir. Bu bireylerin daima sağlık sigortası bulunmalıdır.

Bu kurallar, yabancı uyruklularının Rusya içerisinde sağlık bakımı hizmetlerinden faydalanmak istediklerinde oluşabilecek belirsizlikleri ortadan kaldırmayı amaçlamaktadır. Kısacası bu kanunlar yabancı bireyin Rusya'da acil sağlık taleplerinin karşılanabilmesi, güvence seviyelerinin yükseltilmesi ve acil bakım aldıklarında ücret ödememeleri için uygulanmaktadır (1/1,2).

III. RUSYA FEDERASYONU VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 3: Rusya Federasyonu ve Türkiye'ye ait Bazı Göstergelerin Karşılaştırılması

	Rusya Federasyonu	Türkiye
Son 1994-2004 Yılları Arası Nüfus Artış Hızı (Yüzde)	-0,3*	1,6*
Genel Doğum Oranı (binde)	1,3*	2,4*
Bebek Ölüm Hızı (binde)	18*	29*
Doğuştan Hayat Beklentisi (yaş)	65*	71
Kişi Başına Düşen Milli Gelir (USD)	10,700 (2005)**	7,900 (2005)***
Sağlık Harcamalarından Kişi Başına Düşen Pay(USD)	551*	528*
Sağlık Harcamalarının GSMH'daki Payı (yüzde)	5,6*	7,6*
Devlet Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarındaki Payı (Yüzde)	59*	71,6*
Kişisel Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarındaki Payı (Yüzde)	41*	28,4*
Genel Devlet Harcamaları İçinde Sağlık Harcamalarının Payı (Yüzde)	9.3*	13.9*
Kişilerin Ceplerinden Verdikleri Sağlık Harcamalarının Kişisel Sağlık Harcamalarındaki Payı	71,1*	69,9*
Doktor Sayısı	609.043*	96.000
Her Bin Kişi Başına Düşen Doktor Sayısı	4,25*	1,35*
Hemşire Sayısı	1,153,683*	121.000*
Her Bin Kişi Başına Düşen Hemşire Sayısı	8,5*	1,70*
Bin Kişi Başına Düşen Eczacı Sayısı	0,08*	0,32*

Kaynak : (10) WHO (2006) Working Together For Health The World Health Report 2006, s:176,177,182 (veriler 2003 yılına aittir)

** (8) CIA (2005) The World Factbook-Russia s:9

***(11) CIA (2005) The World Factbook-Turkey s:7

SSCB yıkılıp Rusya Federasyonu kurulunca Rus halkının sağlık durumu belirgin bir şekilde bozulmuştur. 2003 yılı verilerine göre ortalama yaşam süresi 65 iken Türkiyede ortalama yaşam süresi 71 dir.

Bütün ölümlerin büyük oranını oluşturan kalp damar hastalıklarının dünyada en çok görüldüğü yer Rusya Federasyonudur. Bu hastalıklar ayrıca sakatlıkların da en önemli sebebidir (Rusya Federasyonunda sakatların sayısı da oldukça fazladır).

Bu hastalıklara sebep olarak bireylerin kötüleşen ekonomik durumu, yetersiz ve dengesiz beslenme, gelecekle ilgili baskılar, içki ve sigara tüketimi gibi faktörler gösterilmektedir. Türkiye'de bu hastalıklarda yükselme olsa da Rusya Federasyonu'ndaki kadar önemli seviyelerde değildir. Türkiye'de de bu faktörlerin geçerli olduğu düşünüldüğünde, bu fark sağlık hizmetlerine bağlanabilir

SSCB döneminde merkezi bir yapıya sahip olan Rusya sağlık sistemi bağımsızlığın ardından birbirinden ayrı federal, bölgesel ve yerel sağlık sistemlerine ayrılmıştır ve sağlık sistemi bu doğrultuda organize edilmiştir. Merkezi değildir.

Federal düzeyin başında Sağlık Bakanlığı bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığının görevi merkezi politikanın yapısını oluşturmak ve alınan kararların bölgelere intikalini sağlamaktır. Ancak bölgesel güçlerin gelişmesi ile Bakanlık emirlerine fazla uyulmamaktadır. Bölgesel seviyede oldukça uzmanlaşmış tıbbi kurumlar bulunmaktadır. Bölgesel yönetimler oldukça özerk olarak işlemektedir. Bu yönetimler genel hastahaneler, çocuk hastahaneleri, bulaşıcı hastalıklar için uzmanlaşmış tıbbi kurumlar, akıl hastahaneleri ayrıca bunlara ilaveten yaklaşık dispanserlerin 1/4'ü ve teşhise yönelik merkezlerin %70'ini idare etmektedir. Yerel yönetimler, yetişkinler için uzmanlık hastahaneleri, çocuk hastahaneleri, ilk ve acil yardım hastahaneleri, dal hastahaneleri ve bunlara ilaveten çoğu poliklinik ve dispanserlerden sorumludurlar. Kırsal belediyeler tipik olarak poliklinikleri olan merkezi bir hastahane, bağımsız polikliniklere ve seyyar sağlık hizmetlerine sahiptir. Türkiye'de ise Sağlık Bakanlığınca sistem yönetilmekte ve hizmetlerini büyük kısmı verilmeye olan bir merkezîyetçi yapı sürmekle birlikte, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi ve yerel idarenin kontrolüne verilmesi araştırılmakta ve bu yönde sağlık politikaları geliştirilmeye çalışılmaktadır.

Rusya Federasyonu'nda Sağlık Bakanlığı dışındaki bakanlıklara, üniversitelere ve diğer kurumlara ait sağlık kuruluşları da mevcuttur. Bunları Sağlık Bakanlığı yönetmez, kontrol ve finanse etmez. İlk olarak Sovyetler döneminde açılmaya başlamıştır. Teçhizatları, çalışanları ve sundukları hizmetler daha iyidir. Türkiye'de de sayıları az da olsa Sağlık Bakanlığı dışında diğer kurumlara ait sağlık kuruluşları vardır.

SSCB döneminde sağlık sistemi Sosyalist ve Merkezi Planlama esasına göre düzenlenmişti. Rusya Federasyonu kurulduktan sonra sağlık sistemini yeniden yapılandırma ve Refah Yönelimli / Sigorta sağlık sistemine uyum sağlama çabası vardır. Fakat şimdiki durumu için Liberal demek daha doğru olur. Türkiye de benzer olarak Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemine uyum sağlama çabası vardır.

Rusya Federasyonunda sağlık hizmetleri Rayon ve Oblast denilen idari birimlere ayrılır ve hiyerarşik bir düzen içinde verilir. Sağlık hizmetlerinin başında üst düzey uygulayıcı merci olarak Sağlık Bakanlığı bulunur. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin uygulayıcı ve denetleyicisi olan Sağlık Bakanlığı en üst düzey mercidir.

Birincil sağlık hizmetlerini Kırsal Ebe-Feldşer Merkezleri, Sağlık Merkezleri, Şehir Poliklinikleri ve Bağımsız Dispanserler gibi kurumlarda verildiği Rusya Federasyonunda sağlık hizmetlerinin hastahane merkezli olarak işlediği görülür.

Benzer olarak Türkiye’de de birincil sağlık hizmetlerinin iyi kullanılmadığı ve doğrudan hastahanelere başvuruların yığılmalara yol açtığı bilinmektedir.

Rusya Federasyonu’nda hastahane yatak sayısı Avrupa ortalamasına göre oldukça yüksektir. Hastahane yatakları, grip gibi ayakta tedavi edilebilir hastalıklara sahip kişilerce işgal edildiği görülebilir. Rusya hastahanelerinin büyük çoğunluğu Sovyet döneminden kaldığından oldukça eski, alt yapı bakımından yetersiz ve konforsuzdur. Türkiye’deki hastahane yatak sayısı ise Rusya Federasyonu’na göre düşük olsa da, nitelik açısından daha iyi durumda olduğu söylenebilir.

Rusya Federasyonu’nda sağlık çalışanları arasında bir orantısızlık mevcuttur. Doktor sayısındaki fazlalığa rağmen, hemşire ve eczacı sayısındaki düşüklük dikkat çekmektedir. Birincil sağlık hizmeti doktorları çoğunlukla az eğitilmiş olduğundan, hastalar bu doktorları atlayarak doğrudan ikincil sağlık hizmetlerine yönelirler. Buna rağmen Rusya Federasyonu’nda doktorların özel bir alanda uzmanlaşması Türkiye’ye göre daha fazladır. Örneğin yalnızca diyabet alanında ve yalnız bu hastalığı tedavi eden uzman doktorlar bulunmaktadır. Bu orantısızlığa rağmen sağlık insangücü sayısı sadece Türkiye’ye göre değil, birçok Avrupa ülkesine göre de daha iyi durumdadır.

Rusya sağlık sistemine özgü bir diğer sağlık çalışanı grubu da Feldşer denilen gruptur. Bunlar, özellikle kırsal kesimde esas olarak çalışan gruptur. Acil durumlarda, anne-çocuk sağlığı ve koruyucu bakım sağlarlar. Türkiye’de ise buna benzer bir sağlık çalışanı grubu bulunmamaktadır.

Rusya Federasyonu’nda sağlık insangücü eğitimi özellikle de tıp eğitimi Sovyet döneminkiyle aynıdır ve yetersizdir. Aynı zamanda sağlık sistemi ile mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitimi arasında büyük kopukluk vardır. Tıp eğitimi hastalık odaklıdır. Türkiye’de tıp eğitiminde mezuniyet sonrası eğitim gibi resmi bir yapılanma yoktur. Türkiye’de de tıp eğitimi ve sistem arasında kopukluk vardır. Aynı zamanda benzer olarak Türkiye’de de tıp eğitimi hastalık odaklıdır.

Rusya Federasyonu’nda halkın tümünü kapsamayı hedefleyen sigorta modeli uygulanmaktadır. Federal bütçe ve bölgesel zorunlu sağlık sigortası mevcuttur. Aynı zamanda gönüllü sağlık sigortası da vardır. Fakat gönüllü sağlık sigortalarına talep fazla değildir. Türkiye’de de nüfusun çoğunluğunu kapsayan sağlık sigortası ve güvencesi uygulanmaktadır. Güç ve etkileri farklı olsa da her iki ülkede de Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemi vardır.

Sağlık hizmetlerinde özel sektörün gelişmeye başladığı Rusya Federasyonuna göre Türkiye’de özel sektör kuruluşları daha yaygındır ve gelişmeye devam etmektedir.

KAYNAKLAR

1. BISNIS (2005) Regulation of the Government of the Russian Federation, Business Information Service for the Newly Independent States
http://www.bisnis.doc.gov/bisnis/bisdoc/0509RU_Medical.pdf
2. CCJM (2003) The Russian Health Care System Today, Cleveland Clinic Journal of Medicine
<http://www.ccjm.org/pdffiles/Farmer1103.pdf>
3. Tragakes E., Lessof S., (2003) Health Care System in Transition: Russian Federation. European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.
4. ILO (2001) Socio-Economic Status of Health Care Workers in the Russian Federation, International Labour Organization
<http://www.ilo.org/public/english/protection/ses/download/docs/russia.pdf>
5. Russian Abroad (2006) Russia, the Health System
http://www.russiansabroad.com/russian_history_75.html
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
6. World Bank (2005) Voluntary Insurance Russia
http://194.84.38.65/files/voluntary_insurance_russia_eng.pdf
7. Ana Yayıncılık (2004) AnaBritannica Genel Kùltür Ansiklopedisi, Ana Yayıncılık A.ř., İstanbul. Cilt:23,
8. CIA (2006) The World Factbook-Russia, Central Intelligence Agency
<http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/rs.html>
9. WHO (2005) Highlights on Health, Russian Federation- Main Causes of Death, World Health Organization
http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/CHHRUS/sum/20041125_24
10. WHO (2006) Working Together for Health the World Health Report 2006, World Health Organization
http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf
11. CIA (2006) The World Factbook-Turkey, Central Intelligence Agency
<http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/tu.html>
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
12. Federal State Statistic Service (2006) Death Rates by Main Classes of Causes of Death
http://www.gks.ru/bgd/regl/b05_12/IssWWW.exe/Stg/d000/09-03.htm
(Sayfa numaraları araştırmacılarla verilmiştir)

13. Euro Monitor (2006) OTC Health Care in Russia
http://www.euromonitor.com/reportssummary.aspx?folder=OTC_Healthcare_in_Russia&industryfolder=OTC_healthcare
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
14. WHO (2003) Russian Federation, Health Care System in Transition, HIT Summary, World Health Organisation
<http://www.euro.who.int/document/Obs/russum.pdf>

A. ERDAL SARGUTIAN

A. ERDAL SARGUTAN