

TUNUS SAğLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDITÖR

Doğ. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Ahmet GÜNGÖR

Erdal TOK

Hasan Hüseyin AYDOęMUŐ

A. ERDAL SARGUTAN

TUNUS SAğLIK SİSTEMİ

ÖZET	2646
I. ÜLKE TANITIMI	2647
I.1. Doğal Yapı	2647
I.2. Tarih	2648
I.3. İklim Ve Bitki Örtüsü	2649
I.4. Tabii Kaynaklar	2649
I.5. Siyasi Yapı	2649
I.6. Nüfus ve Sosyal Hayat	2649
I.7. Eğitim	2650
I.8. Ekonomi	2650
II. SAğLIK SİSTEMİ	2652
II.1. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	2652
II.1.1. Kamu Sağlık Sektörü	2652
II.1.1.1. Kamu Sağlığı Bakanlığı	2652
II.1.1.2. Sağlık İnsangücü	2655
II.1.2. Yarı Devlet Sağlık Sektörü	2656
II.1.3. Özel Sağlık Sektörü	2656
II.2. Tunus Sosyal Güvenlik Sistemi	2658
II.2.1. Sosyal Güvenliğin Gelişimi	2658
II.2.2. Sosyal Güvenlik Sistemi	2659
II.2.2.1. Sosyal Güvenlik Fonları	2659
II.2.2.1.1. Ulusal Emeklilik Ve Sosyal Güvenlik Fonu (UESGF)	2659
II.2.2.1.2. Ulusal Sosyal Güvenlik Fonu (USGF)	2661
II.2.2.1.3. Sağlık Güvenliği Risk Grupları	2662
II.2.2.2. Sosyal Gelişim (Refah) Ve Yardım Programları	2662
II.2.3. Sosyal Güvenliğin Gelişmesinin Etkileri	2663
II.3. Sağlık Harcamalarının Finansmanı	2663
II.3.1. Sosyal Güvenlik Programlarının Finansmanı	2665
II.3.2. Sağlık Harcamalarının Kontrol Altına Alınması	2665
III. TUNUS VE TÜRKİYE SAğLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	2667
KAYNAKLAR	2670

ÖZET

Tunus sağlık sisteminde kamu sektörü ağırlıklı durumdadır. Ülke sağlık hizmetlerinin sunumu Kamu Sağlığı Bakanlığı tarafından yapılmaktadır.

Ülkede birincil sağlık hizmetlerine daha çok önem verilmektedir. Birinci sağlık hizmetleri, sağlık hizmetleri birimleri ile il ve ilçe hastahanelerinde, ikinci sağlık hizmetleri bölge hastahanelerinde ve üniversite hastahanelerinde verilmektedir.

Ülkede hastahanelerin ve diğer sağlık hizmetleri altyapısı ve finansmanında kamu sektörü hâkimdir.

Sosyal sağlık sigortası fonları da yaygındır. Vatandaşların büyük bir kısmı sosyal sigortalar aracılığıyla sağlık güvencesi altındadır. Bu kapsamda kamu sektöründe çalışanlar için Ulusal Emeklilik Ve Sosyal Güvenlik Fonu, özel sektörde çalışanlar için Ulusal Sosyal Güvenlik Fonu kurulmuştur.

Sosyal güvenlik programlarının finansmanı çalışanlar, işçi ve işverenin prim ödemeleri ile gerçekleştirilmektedir.

Sosyal sigorta fonları, sigortalıların aldıkları sağlık hizmetleri karşılığında hizmeti veren devlet veya özel sağlık kuruluşlarına sabit bir tutarda ödeme yapmaktadır.

Herhangi bir sağlık güvencesi olmayan ve düşük geliri vatandaşlar için Sosyal Gelişim Ve Yardım Programları oluşturulmuştur. Sosyal Gelişim Ve Yardım Programının finansmanı Devlet bütçesi ve bağışlarla karşılanmaktadır.

Özel sektör önemini gün geçtikçe artırarak ülke sağlık sisteminde söz sahibi olmaya başlamıştır. Özellikle son yıllarda özel sektörde çalışan hekim sayısında büyük artış olmuştur. Özel sektör daha çok uzmanlık gerektiren ve hizmet sunumu pahalı olan alanlarda hizmet vermektedir.

Ülkedeki sağlık harcamaları devlet bütçesi, sosyal güvenlik fonları ve bireylerin kişisel doğrudan (cepten) ödemeleri ile finanse edilmektedir.

Sosyal güvenlik fonlarının öneminin artması nedeniyle devlet bütçesinden yapılan harcamalar azalmakta, kişilerin doğrudan (cepten) ödemeleri yıldan yıla artmaktadır. Finansmana katılım oranı sektörler arasında farklılık göstermektedir.

Tunus, sağlık harcamalarının yaklaşık 1/3'ünü devlet, %15'ini sigorta fonları ve %50'sini hane halkı harcamalarının oluşturduğu, bu sebeple çoğunlukla Özel Teşebbüs / Serbest Pazar tipi özellikleri gösteren sağlık sistemine sahiptir.

TUNUS SAĞLIK SİSTEMİ

I. ÜLKE TANITIMI

DEVLET ADI	: Tunus Cumhuriyeti
DEVLET YAPISI	: Cumhuriyet
BAŞKENTİ	: Tunus
YÜZÖLÇÜMÜ	: 154.530 km ²
NÜFUS	: 9.728.000 (2002 Nüfus Sayımı)
RESMİ DİLİ	: Arapça (Fransızca ve İtalyanca yaygın bir şekilde kullanılmaktadır)
DİNİ	: İslam
PARA BİRİMİ	: Tunus Dinarı
ÖNEMLİ SEHİRLERİ	: Kayrevan, Suse, Sefakis, Aryana, Bizerte, Ettadhamen (1/1 3/2)

Tunus, Kuzey Afrika'da yer alan bir kıyı ülkesidir. Batıda Cezayir, güneydoğuda Libya, doğuda ve kuzeyde Akdeniz ile çevrilidir.

Tunus, Akdeniz bölgesinin orta kesiminde, karşısında bulunduğu İtalya Yarımadası ve Sicilya Adası ile birlikte, Doğu ve Batı Akdenizi birleştiren ve ayıran bir boğaz meydana getirir. Sardunya Adasından 200 km, Sicilya Adasından 140 km uzaklıkta bulunan Tunus, Avrupa ve Afrika kıtaları arasında bağlantıyı kolaylaştırır. Güneyden kuzeye genişliği 756 km, batıdan doğuya ise 351 km dir. Kıyılarının uzunluğu 1200 km'dir (1/1).

I.1. Doğal Yapı

Tunus, fiziki yapısı itibarıyla üç bölgeye ayrılır. Bunlar bölgeler Kuzey bölgesi, Sahil bölgesi ve Güney bölgesidir.

Kuzey bölgesi, Atlas Dağlarının Akdeniz kıyısı boyunca uzanımı olan iki dağ şeridinin bulunduğu bölgedir. Bunların arasında Mecarda Vadisi bulunmaktadır. Bölge nadiren 1000 m'yi aşan yüksekliklere sahip olmasına rağmen dağlık olarak nitelendirilebilir. Ülkenin en yüksek noktaları olan Eş-Şenebi (1544 m), ve Zaguon (1295 m) dağları bu bölgede yer alır.

Sahil bölgesi, ülkenin Tunus şehri güneyindeki kıyı bölgesini içine alan Suse, Sefakin ve Kayrevan şehirlerinin bulunduğu bölgedir. Bu bölge kuzey bölgeden Dorsal Dağı ile ayrılır. Bölge engin tepeleri, geniş ovaları ve plajları ile meşhurdur.

Güney bölgesi 34'üncü enlem dairesinden güneye geçince Gabes Körfezinin çerçevelediği geniş Cafara ve Nefta ovalarından ve Büyük Sahraya ulaşan düzlük arazilerden meydana gelir. Buraya step ve çöl bölgesi de denilmektedir. Rakım 200 m'nin altındadır.

Yaklaşık 1200 km uzunluğundaki Tunus kıyıları genelde düzdür. Gabes Körfezinde gelgit olayı oldukça önemlidir.

Deniz yükselmesi iki metreyi bulur. Akdeniz'de en yüksek gelgit olayı burada olur. Ülkenin önemli nehirleri Mecorda ve Miliare'dir (1/4).

I.2. Tarih

M.Ö. 1000 yılından itibaren Fenikeliler, Tunus'ta ticaret merkezleri kurmaya başladılar. M.Ö. 5. yüzyıl sonlarında Fenikeliler Tunus'a gelip yerleştiler ve burada Kartaca Cumhuriyetini kurdular. Tunus, daha sonra batıdan gelen Vandalların 6. yüzyılda da Bizanslıların hakimiyeti altına geçti.

Müslüman Arapların 647 yılında başlayan yayılmaları Ukbe bin Nafi'nin 670'te Kayrevan (Kariouane) şehrini kurmasıyla neticelendi. Daha sonra Emevi ve Abbasi halifelerine bağımlı olan Tunus, on altıncı yüzyılda Osmanlı Devleti'nin, Akdeniz hakimiyeti için yaptığı savaşlar sonunda önce Barbaros Hayreddin Paşa ve Turgut Reis'in 1556'da Gafsa'yı, 1558'de Kayrevan'ı, daha sonra Uluç Ali Reis ile Sinan Paşa'nın 1574'te Tunus şehrini ele geçirmesi ile Osmanlı Devleti'nin hakimiyeti altına girmiştir.

Osmanlı Devleti zamanında Tunus, önceleri Veniçerilerin desteklediği bir Dayı vasıtasıyla, daha sonra da bir Bey vasıtasıyla yönetilmeye başlandı.

İlk beylik sülalesi Birinci Murad Bey tarafından kurulan Muradi sülalesidir (1612-1631). 1710'dan sonra Beyler, irsi yoldan tahta çıktılar. Bu arada Fransa, İngiltere, İspanya ve İtalya Tunus'ta ekonomik faaliyetlerde bulunmaya başladılar. Fransa 1830'da Cezayir'i işgal ettikten sonra, Tunus ile daha fazla ilgilenmeye başladı (1/2).

Bu sıralarda Osmanlı İmparatorluğu kendi başındaki birçok meseleler yüzünden Tunus'a daha fazla yardım edemedi. 1876-1877 Osmanlı-Rus Savaşı da bunu önledi.

Tunus'ta Fransa, İngiltere ve İtalya'nın gözü ve çıkarları vardı. 1878'de Kıbrıs'ı elde eder İngiltere, Fransa'nın Tunus'taki özel imtiyazlarını tanıdı. Fransa, bazı Tunuslu aşiretlerin (Krumirlerin) Cezayir topraklarına yaptıkları akınları ve bazı toprak taleplerini bahane ederek 1881 yılında Tunus'a asker çıkardı. 12 Mayıs 1881'de yapılan Bardo Antlaşmasıyla; Tunus Beyi, dış hükümranlılığı, siyasi ve ordu işlerini bir Fransız Genel Valisine bırakıyordu. Tunus'un Muher ve güney kesiminde başlayan ayaklanmalar güçlükle bastırıldı. Vali Paul Cambon, yeni bey Ali Bin Hüseyin'e (1882-1902) Marsa Sözleşmesini kabul ettirince (1883), Fransız himayesi resmen kurulmuş oldu.

Bütün bu olayları Osmanlı İmparatorluğu protesto ederek kabul etmediğini bildirirdi. Resmi padişah fermanlarında Tunus Osmanlı eyaleti olarak zikredilmeye devam etti. Fransız himaye rejimi Tunus'un bağımsızlığını kazanmasına kadar devam etti (1956). Tunus'taki Fransız idaresi 78 yıl sürdü.

1930'larda Habib Burgiba önderliğinde Tunuslular bağımsızlık mücadelesine başladılar. İkinci Dünya Harbi esnasında Tunus bir savaş alanı oldu. Harpten sonra Burgiba yeni Düstur Partisini kurarak bağımsızlık mücadelesine devam etti.

Nihayet 1956 yılında Tunus bağımsızlığını kazandı.

Bağımsızlığını kazandıktan sonra Tunus Cumhuriyetini ilan eden Burgiba, ilk Tunus Cumhurbaşkanı oldu. Birçok reformlar yaparak laik eğilimli bir rejim kurdu (1/3).

I.3. İklim Ve Bitki Örtüsü

Tunus'ta yoğun bir şekilde Akdeniz iklimi hüküm sürmektedir. Yazları sıcak ve kurak, kışları ılık ve bölgeye göre az veya çok yağışlıdır. Yağmurlar sonbahar ortasında başlar ve ilkbaharın ortasına kadar devam eder. Güneye inildikçe yağmurlar azalır ve iklim düzensizleşir. Kuzeyde yıllık yağış ortalaması 610 mm civarındadır. Tunus ve Bizerte çevresindeyse 500 mm dolayındadır. Yağışlar düzensiz olup, seneden seneye farklılık gösterir. Kışın sıcaklık 0°C altına düşmez. Yazın 40°C'ye kadar çıkar. Sıcaklık denizin etkisine bağlı olarak değişir ve kıyılar iç kesimlere göre daha serindir (1/4).

I.4. Tabii Kaynaklar

Tunus'un %43'ü bozkır ve çöl, %6'sı ormanlarla kaplıdır. Çok yağmur alan yerlerde ormanlar yer alır. Vadiler çok verimli olup, her çeşit mahsul yetişir. Kuzeyde 900.000 hektarlık meşe ve çam ormanları bulunur. Güneyde sıcağa dayanıklı cinsten bitkiler yer alır.

Tunus'un önemli yeraltı zenginlikleri fosfat, demir, petrol, kurşun ve çinkodur. Ülkedeki fosfat yatakları, Afrika'nın en büyük rezerv noktalarındandır. Petrol rezervleri bakımından kıta ülkeleri arasında beşinci sırayı, doğal gaz kaynakları bakımından ise dördüncü sırayı alır (1/4).

I.5. Siyasi Yapı

Tunus 17 vilayete ayrılmıştır. Kanuni sistemi İslam kanunları ve Fransız medeni kanunu esas alınarak, Türk ve ABD örneği bir anayasa ile yürütülür. Seçimler her beş yılda bir yapılmakta olup, oy verme yaşı 21'dir. Temsilciler Meclisi (Millet Meclisi) 141 üyeden meydana gelmiştir. Cumhurbaşkanı beş senede bir halk tarafından seçilir. Anayasaya göre Cumhurbaşkanı olan kişi arka arkaya birden çok dönem için seçilebilir. Tunus Birleşmiş Milletlere, Arap Birliğine ve Afrika Birliği Teşkilatına üyedir (1/5).

I.6. Nüfus Ve Sosyal Hayat

Tunus nüfusu, ülkenin yerlileri olan Berberilerle Arapların karışımından ortaya çıkmıştır. Ülkede çok eskiden İspanya'dan göç eden Yahudi azınlığı mevcuttur. Bağımsızlıktan sonra giderek azalan Fransızlar 60.000 civarındadır. Tunus'ta Türk asıllı aileler mevcut olup, Türk soylu olmak burada iftihar vesilesidir.

Halkın %98'i Müslüman olup, geri kalanını Hristiyan ve Yahudiler teşkil eder. Müslüman halkın çoğunluğu Sünni'dir. Tunus'ta Arapça konuşulur. Fransız işgali çok sürdüğü için Fransızca bilenlerin sayısı da çoktur. Gazete ve dergilerin yarısı, Radyo ve TV'nin birer kanalları Fransızca yayın yapar.

Nüfusun yaklaşık %70'i kuzeyde yaşar. Nüfus dağılışı çok düzensizdir ve tarım kaynaklarına bağlıdır.

Nüfus yoğunluğunun km2 başına 70 kişiden çok olduğu Mecerda ovaları, Tunus bölgesi ve kıyılar en kalabalık kesimlerdir. Buna mukabil kilometre kareye 10 kişiden az düşen bozkırlarda, özellikle yarı göçebeler yaşar. Tunus'un en önemli şehri başşehir Tunus olup, nüfusu 1,5 milyona yaklaşmıştır. Diğer önemli şehirler Sefakis, Suse, Kayrevan ve Bizerte'dir (1/5).

I.7. Eğitim

Tunus'ta ilköğretim 6 yaşından başlayarak 6 yıl sürer ve ücretsizdir. Ortaöğretimin orta kısmı 3, lise kısmı 4 yıldır. İlkokul çağındaki çocukların %95'i, ortaöğrenim çağındakilerin %24'ü bu öğretimlerden yararlanmaktadır (3/8).

Eğitimde Fransız sistemine bağlı kalınmıştır. İlkokullardan itibaren öğretimin Arapça yapılması sağlanmışsa da üniversitede öğretim Fransızca olarak yürütülmektedir. Tunus Üniversitesine bağlı 9 fakülte, 3 enstitü ve 4 yüksekokulla yüksek tahsil yapılmaktadır (1/5).

Üniversite çağındaki gençlerden üniversiteye kayıt yaptıranların oranı %6'dır. 25 yaşın üstündekiler arasında yüksek öğrenim görmüş olanların oranı %3,4'dür. Okuma yazma bilenlerin oranı ise %6'dır (3/8).

I.8. Ekonomi

Tunus ekonomisi genel olarak tarıma dayanmakta olup, toplam nüfusun %50 ila 60'ı bu sektörde çalışmaktadır. Buğday, arpa, zeytin, narenciye, meyve, sebze ve hurma başlıca tarım ürünleridir. Koyun, keçi, sığır ve kümes hayvanları yetiştirilen başlıca hayvanlardır. Son yıllarda balıkçılık önemli bir gelir kaynağı halini almıştır (1/5).

Tablo 1: GSYİH'nin Kaynakları

SEKTÖRLER	TOPLAM (%)
Tarım ve Balıkçılık	15,2
İmalat	20
Enerji Ve Madencilik	8,5
İnşaat	5,2
Turizm	5,9
Ulaştırma Ve Telekomünikasyon	9,4
Kamu Yönetimi	14,6
Diğerleri	21,6
Faktörler Maliyeti Olarak GSYİH	100

Kaynak: (2) Tunus s: 1

Madencilik, yiyecek endüstrisi, konserve sanayi, tekstil endüstrisi, hafif sanayi malları ve sun'i gübre ana sanayi kollarıdır. Ülkede tarım ürünlerine dayalı sanayi kollarının geliştirilmesine çalışılmaktadır. Yerli hammaddelerden fosfatın bütün işleme safhalarının Tunus'ta gerçekleştirilmesi için büyük çaba harcanmaktadır. Tunus madenlerini işleyecek yeterli sayıda tesise sahip değildir. Gerek istihdam ve gerekse ihracat imkanlarının artması için imalat sanayisine büyük önem verilmektedir (1/5).

Tunus'ta maden tesislerinin yanı sıra çelik üretimi ve araba sanayi üzerine çeşitli ağır sanayi kuruluşları bulunmaktadır. Bunun yanı sıra elektrikli ve elektronik araçlar, tekstil ürünleri, çimento ve diğer inşaat malzemeleri, cam, plastik, zeytinyağı, bitkisel yağ, muhtelif gıda maddeleri, meşrubat, sigara, giyim eşyası, mobilya, ağaç ürünleri, kağıt, kırtasiye malzemeleri, kimyasal maddeler, plastik eşya, toprak ve madeni eşya, mekanik araçlar, elektrik gereçleri gibi ürünler üreten fabrikalar ve küçük sanayi kuruluşları bulunmaktadır. Sanayi gelirlerinin Gayri Safi Yurtiçi Hasıladaki payı %15'tir. Çalışan nüfusun %12'si sanayi sektöründe çalışmaktadır (3/8).

Tunus'un ithal ettiği belli başlı mallar, sanayi malları, tarım aletleri, yiyecek, giyecek ve enerji malzemeleridir. Fosfat, petrol, zeytinyağı, narenciye, demir cevheri, balık ve tekstil ana ihracat mallarıdır (1/5). Tunus en çok Fransa, İtalya, Almanya ve ABD ile ticaret yapar. Kuveyt, Suudi Arabistan, ABD, Kanada ve Almanya yardım aldığı başlıca ülkeler arasındadır.

Tunus'ta karayollarının uzunluğu 17.220 km, demiryolları ise 2.189 km'dir. Ülkede dört ana liman olan Tunus, Bizerte, Suse ve Sefakis'a ilave olarak çok sayıda ikinci derecede liman vardır. Tunus yakınındaki El-Auina Havaalanı büyük, milletlerarası bir havaalanıdır. İç hava yolları Tunus'un belli başlı şehir merkezlerini birbirine bağlar (1/6).

Tablo 2: Bazı Ekonomik Göstergeler

	1999	2000
GSYİH Piyasa Fiyatı (milyar dolar)	21	20,3
GSYİH Büyüme (%)	6,2	4,2
Tüketici Fiyatı Enflasyon Ortalaması (%)	2,7	3,2
Nüfus (milyon)	9,5	9,6
İhracat (milyar dolar)	5,873	5,744
İthalat (milyar dolar)	8,015	8,183
Döviz Kuru Ortalama TD/Dolar	1,186	1,334

Kaynak: (2) Tunus s: 2

II. SAĞLIK SİSTEMİ

Ülkenin bağımsızlığını kazanmasından bu yana sağlık hizmetlerine öncelik verilmektedir (10/1).

Tunus, ülkenin her tarafına yayılan ve sağlık hizmetlerine ülkenin her tarafından ulaşılmasına olanaklı kılan kamu ve özel hastahanelere ve sağlık altyapısına sahip olması için çalışmalar sürdürülmektedir (9/1).

Tunus sağlık sisteminde kamu sektörü hakim durumdadır. Başta hastahaneler olmak üzere sağlık hizmetleri altyapısı ve finansmanında da bu durum geçerlidir. Ülkedeki hasta yatağı kapasitesinin büyük bir oranı kamu sağlık sektörünün elinde bulunmaktadır. Ayrıca sosyal sağlık sigorta sistemi de mevcuttur (4/207).

II.1. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

II.1.1. Kamu Sağlık Sektörü

II.1.1.1. Kamu Sağlık Bakanlığı

Temel görevi, toplum sağlığının korunması hedefini, bireyin fiziksel ve ruhsal fonksiyonlarının uyumlu bir şekilde gelişmesini sağlamak, fiziksel ve ruhsal iyilik halinin bozulmasına sebep olan durumlara mücadele ederek, bireyin doğal ve sosyal çevreye uyumunu sağlamak yoluyla bireysel ve toplumsal olarak gerçekleştirmektir (8/1).

Bakanlığa bağlı bazı kamusal hizmet birimleri şunlardır:

- Kamu Sağlık birimi
- Teknik Destek birimi
- Dokümantasyon Yönetimi birimi
- Halkla İlişkiler birimi
- Denetim Ve Kontrol Hizmetleri birimi
- Tıbbi Denetim birimi
- İdari Ve Finansal Denetim birimi (8/3)

Bakanlığın Kamu Sağlık Biriminin alt birimleri şunlardır:

- Acil Tıp Hizmetleri birimi
- Tıbbi Araştırma Yönetim birimi
- Sağlık Hizmetleri Kalite Yönetim birimi
- Sağlıkla ilgili mesleklerin kontrol edilmesi ve düzenlenmesi ile ilgili birim

(8/4).

Kamu Sağlık Bakanlığı'nın başlıca faaliyetleri aşağıda verilmektedir:

Koruyucu Sağlık Hizmetleri

- Hijyen konusunda toplumun davranışlarını geliştirmek amacıyla toplumsal eğitime başlamak ve teşvik etmek,
- Özellikle yerleşim alanları, içme ve kullanma suyu sahaları, gıda üretim planlarını etkilemek yoluyla toplum sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olabilecek olan kamu ve özel yapıları teknik açıdan denetlemek,

- Özellikle aşılama yoluyla bağışıklığın sağlanması, sınırlarda gerekli sağlık kontrollerinin yapılması, okul hijyen çalışmaları, mesleki hijyenin sağlanması, meslek hastalıklarının önlenmesi, gıda hijyeni ve beslenme konusunda gerekli eğitimlerin verilmesi ve bunlar gibi uygulamalarla bireyin ve toplumun hastalıklara karşı korunması,

- Hastalıkların ortaya çıkmasını engellemek amacıyla gerekli tahminlerde bulunarak zamanında gerekli tedbirleri almak,

- Aile planlaması uygulamaları çerçevesinde ailenin korunması, çocukların fiziksel ve ruhsal iyiliklerinin sağlanması ve anne sağlığının korunması amacıyla gerekli uygulamaları gerçekleştirmek (8/2).

Tedavi Edici Uygulamalar Alanındaki Çalışmalar

- Sağlık hizmetlerini vatandaşların kolayca ulaşabilmelerini sağlayacak mümkün olan en yakın konuma getirmek ve bu amaçla kamu ve özel sağlık sektöründeki gezici sağlık yapıları ile hastahane hizmetleri ve yapılarında gerekli gelişmeleri sağlamak,

- Kamu ve özel sağlık kuruluşları yönetimleri ile ilgili gerekli mevzuatın ve yasal metinlerin hazırlanması ve oluşturulması,

- Tedavi edici sağlık hizmetlerinin verilmesi amacıyla kullanılan gerekli ilaçlarla, tanı ve teşhis çalışmalarına yönelik cihaz ve makinelerle ilgili çalışmaları yapmak,

- Tedavi edici sağlık hizmetlerinin gelişmesini sağlamak için teşhis ve tedavi amaçlı gerekli materyal veya cihazlar (ilaç, protez, kan, serum, vb.) ile inceleme amaçlı ekipmanları sağlayacak olan destek hizmetlerinin oluşturulması ve organize edilmesi (8/2).

İlaç, Narkotik Maddeler Ve Laboratuvar Alanlarındaki Çalışmalar

- Eczahanelerin, laboratuvarların ve ilaç depolarının açılmasına ve kapanmasına karar vermek ve onların denetimlerini sağlamak,

- İlaçların üretim kalitelerinin kontrolünü sağlamak,

- İlaç ithalatının kontrol edilmesi ile ilaçların tıbbi adlandırması ve fiyatlandırmasının uygun şekilde yapılması için gerekli kontrolleri sağlamak,

● Uyuşturucu ilaçların ve zehirli maddelerin kullanımını kontrol etmek,

- Dopingün izlenmesi çalışmalarını sağlamak (8/2).

Rehabilitasyon Uygulamaları Alanındaki Çalışmalar

Rehabilitasyon hizmetlerini verecek olan özel ve kamu yapılarının, özellikle fizyoterapi, orgoterapi ve bunlar gibi uygulamalar ile su tedavisi uygulaması sahalarında, oluşturulması ve ülke içine yayılmasını sağlamaktır (8/2).

Kamu Sağlığı Bakanlığı anlatılan bu alanlardaki görevi gerçekleştirmek amacıyla aşağıdaki çalışmaları yapmaktadır.

- Sayılan faaliyetlerle ilgili her türlü yasa taslaklarının hazırlanması ve oluşturulması çalışmalarını yapmak,
- Ülkedeki tıbbi güvenliğin sağlamak amacıyla gerekli olan bütün ölçüm ve kontrolleri yapmak,
- Ülkede bulunan kamu ve özel sektördeki tıbbi yapıların uyumlu ve sürdürülebilir gelişmesini sağlayarak gerekli standardizasyon çalışmalarını yapmak,
- Ölüm ve doğum vakaları ile bunların sebepleri hakkında gerekli istatistik çalışmaları yapmak,
- Ülkenin ekonomik gelişmişliği ile insanların sağlık seviyeleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla gerekli çalışmaları yapmak (8/3)

Kamu sağlık sektörü, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunumunda ana işlevi görmektedir ve üç grup halinde düzenlenmiştir. Birinci grupta 1.981 adet temel sağlık hizmetleri birimi ve 106 adet il ve ilçe hastahaneleri bulunmaktadır. İkinci grup sağlık birimleri 32 adet bölge hastahanesinden oluşmaktadır. Üçüncü grup sağlık birimleri de 18 üniversite hastahanesinden oluşmaktadır. Üniversite hastahanelerinin 196 adet bölümü ve 40 adet uzmanlaşmış tıp alanı mevcuttur (9/3).

Tunus, sağlık hizmetlerinin temel görevi özellikle bazı hastalıklarla mücadele etmektir. Bunlar endemik ve epidemik hastalıklar, yetersiz ve dengesiz beslenme, tüberküloz ile anne ve çocuk ölümleridir. Sağlık hizmetlerinin temelini, genellikle birincil (primer) sağlık hizmetlerinin verilmesi oluşturmaktadır. Bu anlayışa dayalı olarak ülkenin bütün bölgelerine aşama aşama sağlık birimleri kurulmuştur. Bu birimlerin belirlenmiş görevleri koruyucu ve diğer birincil (primer) sağlık hizmetinin verilmesi olmasına rağmen, belli bir seviyede tedavi hizmeti de sunmaktadır (10/2).

Kamu sağlık altyapıları (sağlık birimleri, hastahaneler) talep edicilerine koruyucu sağlık hizmetleri (aşılama, anne çocuk sağlığı programları, aile planlaması vb.) ile tedavi edici sağlık hizmetlerini sunmaktadır (10/3).

Ülkede 1.000 kişiye düşen hasta yatağının 2 olmasına çalışılmaktadır.

Tablo 3: Kamu Hastahaneleri Altyapısı

HASTAHANELER	1989	1992	1996	1998
UNİVERSİTE HASTAHANELERİ				
-Sayı	22	21	20	22
-Yatak	7723	7659	7752	7987
BÖLGE HASTAHANELERİ				
-Sayı	24	24	29	31
-Yatak	5020	5360	5578	5379
İL ve İLÇE (genel amaçlı) HASTAHANELERİ				
-Sayı	98	109	111	105
-Yatak	2664	2793	2640	2647

Kaynak: (4) Health Services in Tunisia in the Light of World Trade Organization Agreements s: 207

Bu hastahanelerin yanı sıra herkes için Sağlık Politikası çerçevesinde toplumun birincil (primer) sağlık hizmetleri ihtiyaçlarının karşılanması amacıyla oluşturulmuş olan birincil sağlık hizmetleri birimleri de bulunmaktadır. Bu birimlerin sayılarında düzenli bir artış olmaktadır. 1987 yılında 1.294 sağlık birimi var iken, bu sayı 1997 yılında 1.841 olmuş ve 1998 yılında 1.922 adet birincil sağlık birimi sayısına ulaşmıştır. Bu sayıdaki sağlık birimi hesaplandığında her 4.886 kişiye bir sağlık birimi düştüğü görülmektedir.

II.1.1.2. Sağlık İnsangücü

Tunus'ta her alanda sağlık profesyonellerinin yetiştirilmesi için imkanlar geliştirilmiştir. Halk sağlığı elemanları yetiştiren okullar dışında bütün sağlık eğitim yapıları Yüksek Öğrenim Bakanlığı ve Kamu Sağlığı Bakanlığının denetimi altında faaliyet göstermektedir (4/208; 11/1).

Tablo 4: Sağlık Elemanları Yetiştiren Okullar

EĞİTİM MERKEZLERİ	1987	1998
Tıp Fakültesi	4	4
Eczacılık Fakültesi	1	1
Diş Hekimliği Fakültesi	1	1
Sağlık Bilimi Ve Teknolojisi Alanındaki Devlet Okulları	0	3
Sağlık Uzmanı Yetiştirme Okulları	21	19

Kaynak: (4) Health Services in Tunisia in the Light of World Trade Organization Agreements s: 208

1998 yılı itibariyle kamu sektöründe çalışan personelin durumu Tablo 5'te gösterilmektedir.

Tablo 5: Kamu Sağlık Sektörü İnsan Kaynakları

İNSAN KAYNAKLARI	1997	1998
-Pratisyen Hekimler	1826	2022
-Uzman Hekimler	1660	1735
Eczacılar	281	294
Diş Hekimleri	399	342
Yardımcı Sağlık Hizmetleri Personeli	26369	26676

Kaynak: (4) Health Services in Tunisia in the Light of World Trade Organization Agreements s: 208

Mevcut sağlık mevzuatlarına göre ancak Tunus vatandaşları ülkede tıp hizmetlerini (doktorluk) icra edebilmektedirler. Ancak bu kuralın iki istisnası bulunmaktadır. Birincisi, yabancı bir doktorun Tunus'ta doktorluk yapabilmesi için Tunuslu doktorların halk sağlığı konusunda yetersiz kaldıkları durumlarda Kamu Sağlığı Bakanlığı tarafından işe alınmaları ikinci istisna ise mesleğini özel olarak icra eden doktorun Tunus vatandaşı birisi ile evlenmiş olmasıdır (4/209).

Kamu sektöründe çalışan yabancı uzman doktorların ülkedeki tüm uzman doktorlara oranı 1995 yılında %16 iken bu oran 1998 yılı itibari ile %14'e düşmüştür. Bu doktorların çoğunluğu Doğu Avrupa ülkelerinden gelmektedirler. 1998 yılı verilerine göre, bu doktorların %50'si cerrahi, jinekoloji ve anestezi alanlarında çalışmaktadırlar.

Ülkenin batı bölgelerindeki sağlık hizmetleri personeli sayısının azlığı ve Tunuslu doktorların buralarda görev alma konusundaki isteksizlikleri nedeniyle, yabancı uzman doktorlar daha çok ülkenin batı bölgelerinde yoğun olarak çalışmaktadırlar.

Ülkedeki kanunlara göre, yabancı bir yardımcı sağlık personelinin Tunus'ta çalışabilmesi için diplomasının veya referans belgesinin Tunus'taki diplomalara denkliğinin kabul edilmesi gerekmektedir. Bu konudaki tüm yetkiler Kamu Sağlık Bakanlığı'ndadır. Kamu sektöründe çalışan yabancı uyruklu yardımcı sağlık personelinin Tunus vatandaşı olanlara oranı yaklaşık %1 civarındadır (4/210).

Tablo 6: Kamu Sektöründe Çalışan Yabancı Uzman Hekimler

Tıbbi Uzmanlık	1995		1998	
	Sayı	%	Sayı	%
Genel Cerrahi	46	21	49	20
Kadın Doğum	41	18	45	19
Anestezi	0	0	27	11
Göz	21	9	23	9
Pediyatri	12	6	16	7
K.B.B.	12	5	17	7
Ortopedi	10	4	18	7
Diğer	30	36	48	20
TOPLAM	224	100	243	100

Kaynak: (4) Health Services in Tunisia in the Light of World Trade Organization Agreements s: 210

II.1.2. Yarı Devlet Sağlık Sektörü

Ulusal Sosyal Güvenlik Fonu (USGF) ayakta tedavi hizmetleri, özel tedavi hizmeti, tanı ve teşhis hizmetlerini altı adet poliklinik ile kendi üyelerine vermektedir (9/3).

II.1.3. Özel Sağlık Sektörü

Özel sektör sağlık hizmetlerinin çalışmaları genel ve uzmanlaşmış ayakta tedavi hizmeti sunumu, yardımcı sağlık hizmetleri sunumu ve yatarak tedavi hizmetleri sunumu alanlarından oluşmaktadır.

Özel sağlık sektöründe 65 adet değişik yapıda klinik, 3.033 adet doktor, (bunların 1.526 adeti pratisyen doktor 1.507 adet uzman doktordur) 567 paramedikal personel, 808 adet diş hekimi, 81 adet hemodiyaliz merkezi, 1.329 adet eczacı, 156 adet laboratuvarından oluşmaktadır (1998) (9/4).

Tablo 7: Özel Sağlık Sektörü Altyapısı

İŞ KOLU	1987	1992	1997	1998
Klinik Sayısı	28	43	57	65
Klinik Yatak Sayısı	956	1638	1894	1944
Hemodiyaliz Merkezleri Sayısı	13	27	68	81
Hemodiyaliz Merkezleri Cihaz Sayısı	168	300	695	815
Pratisyen Doktor Sayısı	852	1092	1509	1528
Uzman Doktor Sayısı	522	1016	1469	1507
Toplam Doktor Sayısı	1374	2108	2987	3033
Radyoloji Olanakları	0	60	90	95
Özel Diş Tabipleri	495	684	801	808
Paramedikal Personel	195	372	473	567
Eczacı	947	1087	1292	1329
Teşhis laboratuvarları	53	120	154	156

Kaynak: (4) Health Services in Tunisia in the Light of World Trade Organization Agreements s: 209

Özel sağlık sektörü altyapısı diğer yınara göre son on yılda daha büyük bir gelişme göstermiştir. Özel yataklı tedavi kurumları ülkedeki toplam hastahane kapasitesinin ancak 1/10'unu teşkil etmektedir. Kamu hastahanelerine göre özel hastahanelerdeki yardımcı sağlık personeli sayısı daha düşüktür. Özel sağlık sektöründeki yardımcı sağlık personeli, toplam yardımcı sağlık personelinin ancak %2'sini oluşturmaktadır (4/200).

Tablo 8: Özel Sektörde Çalışan Yardımcı Sağlık Personeli, 1998

PERSONEL	SAYI
Hemşire	237
Ebe	28
Diş Teknisyeri	12
İşitme Cihazı Teknisyeni	8
Fizik Tedavici	72
Ortopedist	6
Terapist	8
Göğükçü	132
Diğerleri	64
TOPLAM	567

Kaynak: (4) Health Services in Tunisia in the Light of World Trade Organization Agreements s:208

1980'li yılların başından bu yana ve özellikle son on yılda, sağlık hizmetlerinin özel sektör eliyle sunumu çok hızlı bir şekilde artmıştır. Özellikle özel sektörde çalışan doktorların sayısında büyük artış olmuştur. Özel sektörde çalışan doktorların sayısı beş kat artmıştır.

Ancak kamu sektöründe çalışan doktor sayısında artış bu kadar olmamıştır. Ülkede çalışan doktorların %45'inin özel sektörde olduğu anlaşılmaktadır. Kamu sektöründe çalışan pratisyen hekim oranının azaltılması, isteğe bağlı sağlık sigortası yapılarının varlığı, doktorların kendi işyerlerini açıp oralarda çalışma konusunda daha da cesaretlendirmiştir.

Özel sektör son on yılda pahalı cihazlar ve yüksek düzeyde uzmanlaşmış doktor gücü gerektiren tipteki sağlık hizmetlerinin sunumu konusunda odaklanmıştır. Bu uğraşın sonucunda özellikle diyaliz, kardiyovasküler tedavi ve cerrahi gibi belli alanlarda özel sektör daha hâkim bir duruma gelmiştir.

Bu gelişmeler isteğe bağlı nitelikteki sağlık sigortası programları tarafından cesaretlendirilmiş ve bunun sonucunda da sosyal sigorta fonları ve belirli özel klinikler arasında sağlık hizmetlerinin alınması konusunda anlaşmalara varılmıştır.

Kamu sağlık sektörü ulusal sağlık hedefleri doğrultusunda belirli bir planla gelişme gösterirken özel sağlık sektöründe böyle bir yaklaşım mevcut değildir (10/8).

Tablo 9: Özel Ve Kamu Sağlık Hizmetlerinin Gelişmesi

YILLAR	KAMU SEKTÖRÜ			ÖZEL SEKTÖR	
	Hastahaneler	Sağlık Birimi	Doktorlar	Klinikler	Doktorlar
1987	139	1294	2299	28	974
1991	146	1516	2746	41	1567
1997	152	1841	3486	56	2978

Kaynak: (10) Recent Developments in Health Care s: 3

II.2. Tunus Sosyal Güvenlik Sistemi

II.2.1 Sosyal Güvenliğin Gelişimi

Tunus'ta toplumsal (sosyal) dayanışma çok uzun yıllar önce başlayan bir olgudur. İslam dininin gereklerinden biri olan zekât sisteminin uygulanması toplum içinde sosyal eşitlik ve dengenin sağlanmasına yardımcı olmuştur. Zekâtın uygulanması bu önemi sosyal politikaların (sosyal güvenlik politikaları) uygulanmasıyla ikinci sıraya düşmüştür. Bağışlar da sosyal dayanışmada önemli bir rol oynamıştır.

Ülkenin bağımsızlığını kazanmasından sonra herhangi bir sağlık güvencesi olmayan ve ihtiyaç sahibi olan insanlara destek için devlet tarafından sosyal dayanışma fonu oluşturulmuştur. Bu fon, devletin, bireylerin ve tüzel kişiliklerin katkılarıyla finanse edilmiştir. Diğer programlar ise, ihtiyaç sahibi ailelere yapılan maddi yardımlar, özürülere yönelik para ve tedavi yardımları, yaşlı ve geliri olmayan insanlara yapılan maddi yardımlar ve yaşlılara barınma olanaklarının sağlanması şeklinde olmaktadır.

Ayrıca herhangi bir sosyal güvenlik şemsiyesi altında bulunmayan, yardıma muhtaç veya düşük gelire sahip insanlara sağlık yardımı yapılması sistemi getirilmiştir. Bu insanlardan, muhtaç olanlara devletin sağlık kurumlarından ücretsiz yaralanma imkanı ile, geliri yeterli olmayan ailelere de devletin sağlık kurumlarından düşük ücret ödeyerek yaralanma imkanı sağlanmıştır (5/3).

II.2.2. Sosyal Güvenlik Sistemi

Tunus'ta Sosyal güvenlik sistemi, Sosyal İşler Ve Dayanışma Bakanlığı tarafından yürütülmektedir. Sistem iki bölüm şeklinde yapılandırılmıştır

- Çalışanların %83,47'sini kapsayan Sosyal Güvenlik Sistemi (çalışma çağındaki insanların 2/3'ü bu sosyal güvenlik kapsamındadır),
- Sağlık güvencesi olmayan insanlara uygulanan Sosyal Gelişim Programları (5/4).

II.2.2.1. Sosyal Güvenlik Fonları

Tunus'un sosyal güvenlik sistemi temelde devlet tarafından yürütülmektedir. İki fon şeklinde bir yapılanma oluşmuştur. Birincisi, Ulusal Emeklilik Ve Sosyal Sigorta Fonu (UESGF) kamu sektörü çalışanlarına yöneliktir. İkincisi ise Ulusal Sosyal Güvenlik Fonu (USGF) özel sektör çalışanlarına yöneliktir.

Yasal (zorunlu) sosyal güvenlik programları, çalışanların çok büyük bir kısmını kapsamaktadır. Bunlar;

- Kamu çalışanları,
- Tarım dışı özel sektör çalışanları (ticaret, endüstri vb.),
- Aynı iş yerinde bir mevzinde 45 günden fazla çalışan tarım işçileri,
- Serbest meslek sahibi insanlar (çiftçiler dâhil),
- Öğrenciler (öğrenciler sağlık hizmetlerini sembolik bir ücret karşılığında almaktadırlar),
- Yurtdışında çalışan Tunus vatandaşları,

Aynı zamanda sigorta kapsamında olanların eş ve çocukları ile, emeklilere de sağlık hizmetleri bu kapsamda sunulmaktadır (5/4,5).

II.2.2.1.1. Ulusal Emeklilik Ve Sosyal Güvenlik Fonu (UESGF)

Ulusal Emeklilik Ve Sosyal Güvenlik Fonu, Tunus kamu sektöründe çalışanların sosyal sigorta kapsamına alınmalarından sorumlu, prim ödeme esasına dayanan, zorunlu bir sosyal güvenlik yapısıdır. UESGF emeklilik, hastalıklara karşı sağlık güvencesi, emeklilere ve onların eş ve çocukları ile yetimlere yönelik sosyal güvenlik ile ilgili genel alanı kapsamına almaktadır. UESGF uzun süreli hastalık ve cerrahi operasyon durumlarında gereken sağlık hizmetlerini de kapsamına almış olan bir sigorta programı yürütmektedir.

1972 yılından beri zorunlu sosyal güvenlik sigortası çerçevesindeki sigortalılara, geri ödeme imkânı sağlayan sistem veya kurumlarında sağlık hizmetlerine doğrudan ulaşım imkânı sağlayan sistemlerinden birini ek sigorta olarak seçme olanağı sağlamıştır (10/2).

UESGF aynı zamanda, sosyal güvenlik ile ilgili değişik uygulama ve programların güçlendirilmesine de katkıda bulunmaktadır. Özellikle konut ihtiyacının karşılanması ve sosyal çevrenin iyileştirilmesi konusunda uygun şartlarla kredinin verilmesi ve bunlar gibi uygulamalar sayılabilir.

UESGF'nin kuruluşu 1975 yılında Ulusal Egemenlik Ofisi ile Ulusal Sosyal Güvenlik Ofisi'nin birleşmesiyle oluşmuştur. Ulusal Sosyal Güvenlik Ofisi 1959 yılında ülkenin bağımsızlığını kazanmasından sonra kurulmuştur. Bu birleşmeden sonra UESGF finansal açıdan özerk ve resmi bir mahiyet kazanan bir kamu örgütü olmuştur. Bu yapı UESGF'ye yasal bir güç ve yönetimde özerklik sağlamıştır. Bu kurumun kapsamında yaklaşık 2,8 milyon insan bulunmaktadır (7/1).

UESGF, bünyesinde bulunan sigortalılara çeşitli sosyal güvenlik programları sunmaktadır. Bunlar;

- Emeklilik Programı
- Ölüm Yardım Programı
- Hastalık Sigortası

Ulusal Emeklilik Ve Sosyal Güvenlik Fonu (UESGF) üyelerine her türlü hastalık durumunda kamu ve özel sağlık kuruluşlarından sağlık hizmetini alma, sağlık hizmetinin alınması amacıyla yapılmış olan harcamaları geri ödeme imkânı sağlamaktadır. Hastalık sigortası iki sistem dâhilinde yürütülmektedir;

1. Zorunlu Olan Program

Bu program, kapsamı dâhilinde bulunan insanlara her türlü hastalık durumunda sağlık hizmetlerinin devlet hastahanelerinde ve sağlık kuruluşlarında ücretsiz olarak verilmesini kapsamaktadır. Bu hizmetlerin sunumu Kamu Sağlık Bakanlığı'nın denetimindedir. Bu program iki şekilde uygulanmaktadır. Bunlar;

- Uzun süreli tedaviler ve cerrahi müdahaleler sonucu yapılmış olan harcamaların geri ödemesidir. Bu sistem, normal tedavi hizmetleri için isteğe bağlı sigortaca da desteklenmektedir.

- Diğer sistem ise üyelere tanıtıcı kart verilmesi sistemidir. UESGF tarafından üyelere verilen tıbbi kartı sayesinde bütün devlet hastahaneleri ve kamu sağlık kuruluşlarında ayakta ve yatarak tedavi hizmetlerine ulaşılması sağlanmaktadır.

Zorunlu sigorta programının imkânlarının kullanımı UESGF tarafından yönetilmektedir. Bu olanaklardan sigortalının eşi (eğer herhangi bir sosyal güvenlik programının kapsamında değilse), sigortalının bakmakla yükümlü olduğu çocukları ve sigortalının bakımına muhtaç özürü aile bireyleri ücretsiz olarak faydalanabilmektedir (7/3).

2. İsteğe Bağlı Olan Program

İsteğe bağlı sigortalılık ile ilgili kanun 1972 yılında kamu hizmetlerinde sosyal öngörü reformu çerçevesinde yapılmıştır. 1988 yılında bazı değişiklikler yapılarak program ıslah edilmiştir.

Bu sigorta programı çerçevesinde hastalık sigortası üyeliği olanlar, üyelerin herhangi bir sosyal güvenlik kapsamında olmayan eşleri, üyelerin (sigortalıların) bakmakla yükümlü oldukları çocukları, bakmakla yükümlü olduğu ebeveynleri sağlık hizmetlerinden faydalanabilmektedirler (7/4).

İsteğe Bağlı Sigorta Programı, sigortalıya hastalık riskleri karşısında daha geniş bir sosyal güvenlik kapsamı sunmaktadır. Ayrıca sigortalıya istediği doktoru seçme, her türlü tetkik ve tedaviler için istediği laboratuvar, radyoloji merkezi vb. yerleri seçme, hastahaneye yatarak tedavi hizmetleri alması gerektiği durumlarda kamu hastahaneleri veya özel hastahane arasında seçim yapma olanağı vermektedir (7/5).

II.2.2.1.2 Ulusal Sosyal Güvenlik Fonu (USGF)

Ulusal Sosyal Güvenlik Fonu (USGF) sigortalı insanlara, kendilerine verilen sağlık kartı ile doğrudan ve tamamıyla ücretsiz olarak bütün kamu sağlık kuruluşlarından sağlık hizmetlerini alma imkânı sağlamaktadır. Çalışan nüfusun sosyal korunmaya alınması işleri 1960 yılında tarım ve tarım dışı özel sektörde çalışan insanların da zorunlu sosyal sigorta kapsamına alınmasıyla tamamlanmıştır. 1982 yılına kadar serbest meslek icra edenler bu sosyal sigorta programından faydalanma imkânına sahip değillerdi. Ancak 1982 yılında kabul edilen bir yasayla USGF çatısı altında serbest meslek icra eden insanların da zorunlu sosyal güvenlik sigortası kapsamına alınması sağlanmıştır. Bu kapsama girenler, sağlık hizmetlerinden özel sektörde çalışanların faydalandığı şekilde yararlanabilme imkânına sahiptirler.

Sosyal sigorta fonlarının sağlık korumasında oynadıkları rol, 1995 yılında çıkarılan bir yasayla daha da güçlendirilmiştir. Bu yasayla, iş kazaları sonucu oluşan yaralanmalar ile meslek hastalıklarından dolayı tazminat verilmesi işleri de USGF'nin sorumluluğuna verilmiştir. Bu yasanın sonucu olarak, iş kazası ve/veya meslek hastalıklarına uğrayan insanlar, Ulusal Sosyal Güvenlik Fonu (USGF) tarafından sağlanan aynı veya nakdi tazminat alma hakkına kavuşmuşlardır (10/2).

USGF Poliklinikleri

Kamu sağlık yapılarındaki tıkanıklıklar sebebiyle sigortalıların sağlık hizmetlerine ulaşım koşullarının iyileştirilmesi için, 1980 yılında Ulusal Sosyal Güvenlik Fonu (USGF) ilk polikliniğini kurmuştur. Sonraki 5 yıl boyunca da her yıl birer poliklinik daha kurmuştur. Bu poliklinikler genellikle sigortalıların yoğun olduğu yörelerde açılmıştır. Bu yapılar birincil sağlık hizmetini sunmaktadırlar. Bu hizmetler gerekli ilaç tedavisinin sağlanmasına ek olarak radyolojik ve biyolojik test hizmetlerinin sigortalılara ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere sunulmaktadır.

Polikliniklerde binaların büyütülmesi ve genişletilmesi, faaliyetlerinin yaygınlaştırılması, alet ve cihazlarının yenilenmesi ve teknolojik gelişmelere uyum sağlanması amacıyla yapılan yatırımlar, 1988 ile 2000 yılları arasında harcamaları üç katına çıkarmıştır.

Ayrıca 1991 yılında bu polikliniklerin verdikleri hizmetlere diyaliz hizmetleri de eklenmiş ve polikliniklerde her birisi 50 kişilik kapasiteye sahip diyaliz üniteleri kurulmuştur.

Tablo 10: USGF Polikliniklerindeki Maliyet Artışları (Milyon Dinar)

YILLAR	1996	1997	1998	1999	2000
HARCAMALAR	23,763	25,955	26,486	26,576	28,923

Kaynak: (10) Recent Developments in Health Care s:3

Bunlara ek olarak, talep sahiplerinin büyüyen ihtiyaçlarına uyum sağlama düşüncesi, verilen sağlık hizmetlerinin daha da çeşitlendirilerek büyütülmesini getirmiş ve bunun sonucunda bu yapılar, birinci kademe tedavi hizmeti veren kurumlar ile ikinci ve üçüncü kademe (yataklı) tedavi hizmeti veren kurumlar arasında bir yer edinmişlerdir (10/4,5).

II.2.2.1.3. Sağlık Güvenliği Risk Grupları

İki şekilde sınıflandırma yapılmıştır.

-Tüm Sosyal Güvenlik Programlarıyla Desteklenen Risk Grupları

Kamu sektöründe çalışanlar için uzun süreli tedavilerde ilk iki ay için tam hastalık ödeneği ile sonraki dönemler için var olan hastalık ödeneği, doğumun ilk iki ayı için tam maaş ödemesi ile sonraki dört ay için var olan maaş ödemesi yapılmaktadır.

Özel sektör çalışanları için maaşının veya gelirinin 2/3'ünün ödenmesi şeklinde hastalık ödeneği verilmektedir. Özel sektör çalışanlarından doğum ödeneği ilk bir ay için tam olarak verilir. Ayrıca doktor raporuna istinaden bu ödenek 15 gün daha ödenebilmektedir (5/5,6).

-Sınırlı Olanaklar Sağlayan Sigorta

Bu kategori kamu çalışanlarının ve tarım harici özel sektörde çalışanların ailelerine yapılan ödemeleri ve yardımları kapsamaktadır. Aile yardım programları aşağıdaki şekilde olmaktadır;

- İlk üç çocuk için yapılan yardımlar,
- Tek maaşlı geliri olan ailelere yapılan destek tarzındaki ödemeler,
- Ölüm yardımları (ölen sigortalının hak sahibi aile fertlerine tek seferde yapılan bir ödemedir) (5/7).

II.2.2.2. Sosyal Gelişim (Refah) Ve Yardım Programları

Sosyal programlar yoksulluğun önlenmesi, yaşam standartlarının iyileştirilmesi ve sosyal dengenin sağlanması amacıyla oluşturulmuştur (6/1).

Bu programlar herhangi bir sağlık güvencesi olmayan ve düşük gelirli vatandaşlar için devlet tarafından veya bu amaçla oluşturulan tüzel yapılar tarafından yürütülmektedir.

Devlet yardımları aşağıdaki durumlarda olmaktadır.

- Muhtaç ailelere yardım yapılması (Bu aileler belirli bir yoksulluk sınırının altında bulunan ailelerdir),
- İhtiyaç sahibi yaşlı ve özürülere yardım edilmesi,
- Yaşlıların bakımını üstlenen ailelere yardım edilmesi,
- Sosyal haklardan yoksun gruplara bedava sağlık hizmeti sunulması tarzında yapılan yardımlar (yardıma muhtaç yaşlılar, işsizler, mevsimlik tarım işçileri vb.) (5/9).

II.2.3. Sosyal Güvenliğin Gelişmesinin Etkileri

Sosyal Güvenlik uygulamalarının kapsamının genişlemesinin değerlendirilmesi iki basamakta yapılabilir.

-Yasal Kapsamın Genişliği

Sosyal güvenlik programlarının amacı derece derece bütün çalışan nüfusun kapsama alınmasıdır. Tunus'taki sosyal güvenlik yasalarıyla kapsam dışında kalan küçük çiftçiler, esnaflar, balıkçılar ve bunlar gibi insanların da kapsama alınması amaçlanmaktadır (5/11).

-Sosyal Güvenlik Programlarına Katılım Düzeyi

İnsanların sosyal güvencelerinin olması için temel gereklilik olan, sosyal güvenlik programlarının oluşturulması yanında, insanların bu programlara katılım ve katkıları teşvik edilmektedir (5/13).

II.3. Sağlık Harcamalarının Finansmanı

Ülkedeki sağlık harcamaları 1985 yılından 1998 yılına kadar dinar bazında beş katlık bir artış göstermiştir. Sağlık harcamalarının tutarı 1985 yılında 249 milyon Tunus Dinarı iken, bu rakam 1998 yılında 1,255 milyon Tunus Dinarı'na ulaşmıştır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında devletin yaptığı sağlık harcaması payının düştüğü ancak sosyal güvenlik fonlarının yaptığı sağlık harcaması payının arttığı görülmektedir. Ancak toplam sağlık harcamaları içinde kamu sektörünün yaptığı sağlık harcaması oranı 1985 yılında %66 iken 1998 yılında %52'ye düşmüştür. Ailelerin doğrudan (cepten) yaptığı sağlık harcamaları oranı 1985 yılında %34 iken 1998 yılında %47'ye yükselmiştir (4/209).

Sigortalıların ve onların bakmakla yükümlü olduğu insanların sağlık hizmetlerini almaları karşılığında sosyal sigorta fonları devlete yıllık olarak sabit bir tutarda ödeme yapmaktadır. Ödenen bu ücrete sigortalı insanların kamu hastahanelerinden ayakta veya yatarak aldıkları tedavi hizmetlerinin tamamı girmektedir. Bu finansmanın işleyişi, sosyal sigorta fonlarının, kamu sağlık hizmetlerinin finansmanına katılımı şeklinde olmaktadır. Sigortalıların sayısındaki artışa orantılı olarak sosyal sigorta fonlarının devlete ödedikleri sabit tutar da artarak, 1996 yılı itibariyle 57 milyon Tunus Dinarı olmuştur (10/3).

Tablo 11: Toplam Sağlık Harcamaları (Milyon Dinar)

	1985	1990	1995	1996	1997	1998
Toplam Sağlık Harcaması	249	577,7	935,7	1023	1141,5	1255,1
Devlet Harcamaları (%)	50,3	38,4	37,3	37,2	34,9	34,4
Sosyal Güvenlik Fonları (%)	15,3	14,7	15,5	15	16,9	17,2
Doğrudan Kişisel (cepten) Harcamalar (%)	34,4	46,9	47,2	47,8	48,2	47,4

Kaynak: (4) Health Services in Tunisia in the Light of World Trade Organization Agreements s: 210

Tablo 12: Ulusal Sağlık Harcamaları Finansman Kaynaklarının Dağılımı (Milyon Tunus Dinarı)

Yıllar	Toplam Harcama	FİNANSMAN KAYNAKLARI ARASINDAKİ DAĞILIM							
		Devlet		Fonlar		Hane Halkı		Diğer	
		Miktar	%	Miktar	%	Miktar	%	Miktar	%
1990	573,5	209,9	36,6	85,6	14,9	273	47,6	5,0	0,9
1991	634,6	239,2	37,7	88,9	14,0	300,7	47,4	5,8	0,9
1992	714,6	264,2	37,0	112,4	15,7	331,2	46,3	8,0	1,0
1993	781,9	284,9	36,4	124,2	15,9	364,8	46,7	8,0	1,0
1994	877,7	332,1	37,8	134,4	15,3	401,8	45,8	9,4	1,1
1995	944,7	342,0	36,2	150,2	15,9	442,5	46,8	10,0	1,1
1996	1040,7	368,2	35,4	172,7	16,6	488,3	46,9	11,5	1,1
1997	1137,3	392,7	34,5	195,6	17,2	536,8	47,2	12,2	1,1
1998	1238,1	409,8	33,1	218,5	17,6	596,2	48,2	13,6	1,1
1999	1366,6	425,7	31,2	266,9	19,5	658,8	48,2	15,2	1,1
2000	1489,5	460,8	30,9	280,5	18,8	731,3	49,2	16,9	1,1

Kaynak: (10) Recent Developments in Health Care s: 4

Sağlık sigortası işlemleri başlangıçta kamu sağlık kurumlarının sağladığı hizmetlerden faydalanma biçiminde olmaktadır. Özellikle yatarak tedavi olma durumunda sağlık sigortası önemli bir role sahiptir. Fakat yıllar sonra bu yapı, vatandaşların hızla artan sağlık hizmetleri talebinin sosyal güvenlik çatısı altında karşılanması isteği ve toplumun genellikle var olan sağlık problemlerinin bilincinde olmasından dolayı bu sistem yetersiz kalmıştır. Sağlık hizmetlerine olan talebin artmasına paralel olarak, özel sağlık hizmetleri çok büyük bir gelişme göstermiştir.

Buradaki gelişme, sağlık hizmetleri talep edicilerinin, hizmetlerinin kalitesine önem vermesi sebebiyle de olmuştur. Bunun sonucu olarak kişilerin/hane halkının sağlık hizmetlerinin finansmanına katılımı da önemli bir artış göstermiştir.

Aşağıdaki tabloda, ulusal sağlık harcamalarının artması ve finansman kaynaklarındaki dağılım gösterilmektedir (10/3,4).

II.3.1. Sosyal Güvenlik Programlarının Finansmanı

Sosyal güvenlik programları finansmanın neredeyse tamamı çalışanların ve işçilerin prim ödemeleri ile sağlanmaktadır. Finansmana katılım oranı sektörler arası değişim göstermektedir. Bu oran sağlanan sosyal güvenlik faydalarının yoğunluğuna (çokluğuna) bağlı olarak değişmektedir.

Ulusal Sosyal Güvenlik Fonu finansmanı kapsamında bulunan tarım sektörü hariç, özel sektörde çalışanların gelirlerinden kesilen prim miktarı oranı %23,25 iken, tarım kesimi çalışanları için bu oran %6,45'i geçmemektedir. İşçilerin katılım oranları işverenlerin sağladığı katılımla azaltılmaktadır (5/8).

Ulusal Emeklilik Ve Sosyal Güvenlik Fonu kapsamında bulunan Emeklilik programının finansmanı bütün çalışanların ödedikleri primlerin yaklaşık %15,7'lik oranıyla sağlanmaktadır. Bu oran işçiler ve işverenler arasında bölünmüştür. %6,75'lik oranı çalışanlar, %8,95'lik oranı da işverenler tarafından karşılanmaktadır. Ölüm yardım programının finansmanı çalışanların verdikleri primlerin %1'lik oranının bu programa aktarılmasıyla sağlanmaktadır (7/2).

Sosyal Gelişim Ve Yardım Programları finansmanı ise devlet bütçesi ve bağışlarla sağlanmaktadır (5/6).

Sağlık Güvenlik Fonlarının Yeniden Düzenlenmesi

Sosyal güvenlik fonlarının özel sağlık sektörüne açılması, kamu otoritelerinin fonları yeniden yapılandırması konusundaki isteğini göstermektedir. Yeniden yapılandırma, fonların üstlendikleri rollerin daha yalın bir şekilde yeniden tanımlanması ve yönetimlerinin modernize edilmesi yönündedir.

Şimdiye kadar sosyal güvenlik kapsamının genişlemesi ve sigortalı sayısındaki hızlı artış, sosyal güvenlik fonlarına kendi organizasyonlarına ve kaynaklarına göre uygun önlemler almalarını olanaklı kılmaktadır. Burada bakış açısı, üyelerin mümkün olan en uygun hizmetin sağlanması düşüncesidir.

● Kontrolsüz bir şekilde artan maliyetler kontrol altına alınmaya çalışılmaktadır. Bu konuda sosyal sigorta fonlarında şu önlemlerin alınmasını tasarlanmaktadır:

- Daha iyi bir yönetim için iç denetimin uygulanması,
- Enformasyon sisteminin daha modern hale getirilmesi,
- Çalışma metotlarında yeniliklerin uygulanması suretiyle daha iyi bir izlemenin ve harcamalarda kontrolün sağlanması (10/9).

II.3.2. Sağlık Harcamalarının Kontrol Altına Alınması

Sağlık sigortası reformu yapılması ile ilgili Devletin temel amaçlarından birisi sağlık harcamalarının kontrol altına alınmasıdır. Son yıllardaki sağlık harcamaları endişe verici boyutta gerçekleşmiştir. Örneğin 1987 yılında sağlık harcamaları 359,7 milyon Tunus Dinarı iken bu rakam 1997 yılında 1137,3 milyon Tunus Dinarı olarak gerçekleşmiştir. Sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasıla içindeki oranı 1987 yılında %4,4 iken, 1997 yılında %5,4'e çıkmıştır.

Harcamalardaki bu artışların bir kısmı doğal sebeplerden kaynaklanmaktadır. Örneğin, nüfusun demografik yapısındaki değişimler, kişilerin kendi sağlıkları konusundaki endişe ve dikkatlerinin artması, kanu otoritelerinin bazı kronik hastalıklarla mücadele konusundaki çalışmaları ile, yeni modern tıp tekniklerinin tanıtılmasıdır. Bu teknikler çoğunlukla çok pahalı olmaktadır. Örneğin kanser tedavileri, organ nakilleri, diyaliz ve bu gibi türden tedaviler.

Bu doğal faktörlerin yanısıra, sağlık harcamalarındaki artışlar, Tunus sağlık sisteminin bazı özelliklerinden de kaynaklanmaktadır. Bunlar genellikle;

- Özel sağlık sektörünün özellikle kar oranı yüksek alanlarda sağlık hizmeti arzında yaptığı hızlı artış (bunlar genellikle isteğe bağlı ve/veya zorunlu sağlık sigortasınca tamamıyla ve kısmen harcamaları karşılanan alanlardır),
- Zorunlu ve isteğe bağlı sağlık sigortalarının kapsamında bulunan sağlık risklerinin çoğalması,
- Diğer faktörler (Örneğin, özel sektörde ücretsiz karşılanan sağlık hizmetlerinin varlığı) (10/9).

A. ERDAL

III. TUNUS VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 13: Tunus Ve Türkiye Sağlık Sistemlerinin Bazı Göstergeleri

Göstergeler (2000-2003)	Tunus	Türkiye
Yüzölçümü (km2) */**	154.533	779.452
Nüfus ***/*	9.728.000	70.318.000
Km2'ye Düşen Nüfus **/*	61,47	90,08
Kişi Başına G.S.Y.İ.H. (\$) **/*	7.183	5.830
Nüfus Artış Hızı (%) **/*	1,3	1,6
Toplam Doğurganlık Hızı (‰) **/*	20	36
5 Yaş Altı Ölüm Hızı (‰) **/*	27,5	42
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (erkek) (yıl) **/*	69,5	67,9
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (kadın) (yıl) **/*	73,9	72,2
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (ortalama) (yıl) **/*	71,6	70
Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcaması (\$) **/*	134	294
Toplam Sağlık Harcamasının G.S.Y.İ.H. Payı (%) **/*	6,4	5
Genel Bütçeden Kamu Sağlık Hizmetlerine Ayrılan Pay **/*	5,6	9,1

Kaynaklar: * (1) Tunus s: 1

** (13) Türkiye s: 1

*** (12) Core Health Indicators in Tunisia s: 1,2

**** (14) Core Health Indicators in Turkey s: 1,2

Tunus ve Türkiye özellikle sanayileşme, şehirleşme ve artan turizm potansiyeli yönünden benzerlik göstermektedir. Gelişmekte olan ülkeler arasında yer alan Tunus, kamu sağlık harcamalarının da yüksek olduğu Özel Teşebbüs / Serbest Pazar tipindeki sağlık sistemleri özelliğini gösterir, Türkiye'de kanuni düzenlemeler Kapsayıcı tipindeki sağlık sistemlerine yönelik olmasına rağmen, ağırlıklı olarak Refah Yönelimli / Sigorta tipindeki sağlık sistemi uygulanmaktadır.

Tunus sağlık sisteminde yetkili kuruluş olan Kamu Sağlık Bakanlığı, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunumunda ana işlevi görmektedir. Bu hizmetlerin vatandaşların etkili ve verimli bir şekilde ulaşabilmeleri için gerekli altyapıların kurulması ve gelişmesinden sorumludur. Bu hizmetleri sağlamak amacıyla sağlık birimleri, il ve ilçe hastahaneleri ve bölge hastahanelerinin işleyişini, üniversite hastahanelerinin de denetlenmesini sağlamaktadır.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumunda ve finansmanında Sağlık Bakanlığı ağırlıklı role sahiptir. Sağlık Bakanlığı ülke genelinde il ve ilçe teşkilatları ile bütün vatandaşlarına sağlık hizmetlerinin eşit ve dengeli olarak verilmesi ve hizmetlerin düzenlenip denetlenmesinden sorumludur.

Tunus'ta devlet birincil sağlık hizmetlerine daha fazla önem vermekte, bunun için birincil sağlık birimlerinin sayısını artırmakta ve bu birimlerin altyapısını geliştirmektedir. Türkiye'de ise ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerinin sunumuna ağırlık verilmektedir.

Tunus'ta kamu sağlık sektöründe birincil sağlık hizmetleri sağlık hizmet birimleri, il ve ilçe hastahanelerinden, ikincil sağlık hizmetleri bölge hastahaneleri ve üniversite hastahanelerinden verilmektedir. Ayrıca kamu sektörü ilaç, narkotik maddeler, laboratuvar ve rehabilitasyon uygulamaları alanlarında hizmet vermektedir. Özel sektörde klinikler, hemodiyaliz merkezleri ve teşhis laboratuvarları ile hizmet sunumu yapılmaktadır. Ayrıca Ulusal Sosyal Güvenlik Fonu tarafından kurulan ve yapısı itibarıyla özerk bir yapıya sahip olan altı adet poliklinik ile yarı devlet sağlık sektörü temsil edilmektedir.

Türkiye'de sağlık hizmeti sunan birimleri birincil sağlık hizmetlerinde, sağlık evleri, sağlık ocakları, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, dispanserler ve çeşitli polikliniklerdir. İkincil sağlık hizmetleri, genel hastahaneler, üçüncül sağlık hizmetleri de referans hastahaneleri olan özel dal, eğitim, üniversite hastahaneleri aracılığıyla verilmektedir.

Tunus'ta kırsal kesimlerde hekim ve sağlık personeli sayısının yetersiz olması nedeniyle, bu alardaki açığı Kamu Sağlık Bakanlığı tarafından yabancı hekim ve diğer sağlık personeli de istihdam ederek kapatılmaya çalışılmaktadır.

Türkiye'de de kırsal kesimlerde hekim ve diğer sağlık personeli açığı olmakta, Sağlık Bakanlığı bu açığı sözleşmeli sağlık personeli atama yoluyla ve ücret iyileştirilmesi politikalarıyla kapatmaya çalışmaktadır.

Tunus'ta özel sağlık sektörü kuruluşları son on yılda önemli gelişmeler göstermesine rağmen yeterli değildir. Türkiye'de özel muayenehane ve laboratuvarlar çok yaygın olmakla birlikte, sayıları gün geçtikçe artmaktadır.

Tunus'ta ülke nüfusunun büyük kısmı sağlık güvencesine sahiptir. Kamu sektöründe çalışanların tamamı Ulusal Emeklilik Ve Sosyal Güvenlik Fonu (UESGF), özel sektörde çalışanlar ise Ulusal Sosyal Güvenlik Fonu (USGF) ile sağlık güvence altına alınmıştır. Herhangi bir sağlık güvencesi bulunmayan ve düşük gelirli vatandaşlar için devlet tarafından sosyal gelişim ve yardım programları düzenlenmiştir.

Türkiye'de sosyal güvenlik kuruluşları ile, ülke nüfusunun Yeşil Kart dâhil %85,9'nun sosyal güvence altına alındığı tahmin edilmektedir. Herhangi bir sağlık güvencesi kapsamında olmayan düşük gelirli vatandaşlar için de Yeşil Kart uygulamasıyla yataklı tedavi hizmetlerinden yararlanma imkânı sağlanmıştır.

Tunus'ta sağlık hizmetlerinin finansmanında kamu sektörü önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık sigorta fonlarının da finansmana katılımları ile kamu sektörü hizmet finansmanında ağırlıklı durumda olmasına rağmen kişilerin doğrudan sağlık harcamalarının payı toplam harcamaların %50 kadarını oluşturmaktadır.

Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %40'ı kamu, %60'ı özel kaynaklıdır. Kamu harcamaları azalırken, doğrudan kişisel harcamaların oranı artmaktadır. Ülkede sağlık harcamalarından kişi başına düşen miktar yetersizdir.

A. ERDAL

SARGUTEN

KAYNAKLAR

1. Tunus, (2004)
www.yurdum.com/afrika/tunus.htm
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
2. Tunus, (2002)
www.bolcontact.com/ulkeler/tunus/tunindex.htm
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
3. Varol, M.A. (1998) Tunus,
www.enfal.de/tunus.htm
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
4. Achouri, H. Achour, N. (1999) Health Services in Tunisia in the Light of World Trade Organization Agreements, Pan American Health Organization
www.paho.org/english/HDP/HDD/25Acho.pdf s:208-220
5. Chaabane, M. (2002) Towards the Universalization of Social Security: The Experience of Tunisia, International Labour Organization
www.ilo.org/public/english/protection/socsec/download/esspaper4.pdf s:1-29
6. Social Services, (2004)
www.tunisiaonline.com/society/society1.html
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
7. The National Pension and Social Providence Fund, (2002) Republic of Tunisia Ministry of Social Affairs and Solidarity
www.cnrps.nat.tn/eng/index.htm
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
8. Ministry For the Public Health, (2004)
www.ministeres.tn/html/ministeres/sante.html
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
9. Health Care in Tunisia (2004)
www.tunisiaonline.com/society/society2.html
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
10. Kechrid, M. R. (2002) Recent developments in Health Care, International Social Security Association
www.issa.int/pdf/tunis02/2kechrid.pdf s: 1-9
11. Governments on the www: Tunisia (2003).
www.gksoft.com/govt/en/tn.html
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
12. Core Health Indicators in Tunisia, (2002) World Health Organization
www3.who.ch/whosis/country/indicators.cfm?country=tun
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)

13. Türkiye, (2004)
www.yurdum.com/turkiye
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
14. Core Health Indicators in Turkey, (2002) World Health Organization
www3.who.ch/whosis/country/indicators.cfm?country=tur
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)

A. ERDAL SARGUTIAN

A. ERDAL SARGUTAN

A. ERDAL SARGUTAN