

# Kamu Sağlık Politikalarının Oluşturulmasında Finansman Sorunları: Orta Asya ve Kafkasya Ülkelerinden Örnekler

Mustafa YILDIRAN<sup>1</sup>  
Mustafa Alpin GÜLŞEN<sup>2</sup>

## Öz

Bu çalışma, Orta Asya ve Kafkasya ülkelerinde sağlık sisteminin finansman sorunlarını çözmek için oluşturulan finansman modellerini analiz etmek amacındadır. Makalede, eski Sovyet ülkeleri arasından Orta Asya ve Kafkasya yer alan, Azerbaycan, Ermenistan, Gürcistan, Kazakistan, Türkmenistan, Özbekistan, Kırgızistan ve Tacikistan'dan oluşan 8 (sekiz) ülkenin analizi yapılmaktadır. Orta Asya ve Kafkasya Ülkeleri, Sovyetler Birliği'nden altyapı sorunları olan, yetersiz teçhizat ve personelle kamu tarafından yönetilen bir sağlık sistemi devralmıştır. Bu ülkeler, bağımsızlıklarını elde ettikten sonra gelişmiş ulusal sağlık sistemine sahip olamamıştır. Özellikle sağlık sisteminin aksaklıklarının giderilememesi, gayrikanuni finansman biçimlerinin yaygınlığı ve düşük gelirli vatandaşların sağlık hizmeti talebinin düşüklüğü gibi sorunlar halen devam etmektedir.

**Anahtar kelimeler:** *Sağlık sistemlerinin finansmanı, Kamu sağlık politikasının finansmanı, Orta Asya ve Kafkasya Devletleri.*

<sup>1</sup> Doç. Dr. Akdeniz Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Maliye Bölümü, mustafayildiran@akdeniz.edu.tr

<sup>2</sup> Doktora, Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Ana Bilim Dalı, m.alpingulsen@gmail.com

## **The Financing Problems in the Formation of Public Health Policies: Evidence from Central Asia and Caucasus Region**

### ***Abstract***

This study aims to analyze the ways in which the health system in Central Asian countries formed a model in solving their financing problems. The countries analyzed include eight post-Soviet states: Azerbaijan, Armenia, Georgia, Kazakhstan, Turkmenistan, Uzbekistan, Kyrgyzstan and Tajikistan. Central Asian countries inherited from the Soviet Union a public health system with challenging infrastructure problems, insufficient equipment and understaffing. After gaining independence, these countries failed to develop their national health system. In fact, they still suffer from certain issues, such as failure to correct the shortcomings of the health system, prevalence of shadow financing activity, and lower demand for healthcare services in low-income settings.

**Keywords:** *The financing of health systems, the financing of Public health policy, Central Asian and Caucasus Countries.*

## 1. Giriş

Dünyada *herkes için sağlık* (health for all) kavramı Orta Asya'dan tüm dünyaya yayılan bir kavramdır. Dünya Sağlık Örgütü'ne üye ülkeler tarafından 6-12 Eylül 1978 yılında Kazakistan'ın Almatı (eski adı Alma Ata) şehrinde 'tüm insanların sağlık koruması altına alınması ve birincil sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaştırılması' amacıyla düzenlenen Uluslararası Birincil Sağlık Hizmetleri Konferansı ile 'herkes için sağlık' kavramı doğdu. Konferans bildirgesinde, düşük gelirli ülkelerde toplumun birincil sağlık hizmetlerine ulaşmasını ve çocuk ölümlerinin azaltılmasına yönelik bir kamu sağlık politikasının 2000 yılına kadar gerçekleştirilmesi vizyonu başta düşük gelirli ülkeler için tüm dünyaya milenyum gelişme hedefi olarak duyurulmuştur. Bu hedefin gerçekleştirilmesi ise devletlerin bir görevi olarak tanımlanmıştır.<sup>3</sup> Almatı Deklarasyonu hazırlandığında Kazakistan başta olmak üzere Orta Asya ve Kafkasya ülkeleri Sovyetler Birliği hâkimiyeti altındaydı ve sosyalist sistemin bir parçasıydı. 1991 yılı itibarıyla çalışmanın kapsamını oluşturan ülkeler bağımsızlığına kavuştu ve kendileri için bağımsız kamu politikası oluşturma imkânı elde ettiler. Orta Asya ve diğer düşük gelirli ülkelerde bu sürede çocuk ölümleri azaldı ve ortalama hayat süresi uzadı. Buna rağmen ülkelerde kamu tarafından birincil sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve bedelsiz olarak ulaşılması hedefi tam olarak gerçekleşmedi.<sup>4</sup> Deklarasyonun belirlediği milenyum hedefine 2000'li yılların başında ulaşamadı. Bu ülkeler, ilgili dönemde siyasal ve iktisadi bir dönüşüm geçirdi. Sosyalist bir iktisadi modelden kapitalist bir iktisadi sisteme dönmüş ekonomik yapıların birincil hedefi ulusal sağlık sistemlerinin geliştirilmesinden çok siyasal ve ekonomik istikrara kavuşma çabasıydı.

Ülkelerde ekonomik refahın artmasına bağlı olan sağlık politikalarının geliştirilmesi sorunu geçiş ekonomileri özellikleri gösteren düşük gelirli Orta Asya ülkelerinde bütçe ve finansman şartlarına bağlıdır. İşte bu çalışma, Orta Asya ülkelerinde sağlık sisteminin finansman sorunlarını ve kamunun sağlık sistemini finanse etmek için oluşturulmuş modelleri ana-

<sup>3</sup> Dünya Sağlık Örgütü (WHO), "Declaration of Alma-Ata", 2008, [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf); accessed: 17.09.2014.

<sup>4</sup> Jon Rohde, Simon Cousens, Mickey Chopra, Viroj Tangcharoensathien, Robert Black, Zulfiqar A Bhutta and Joy E Lawn, "30 Years After Alma-Ata: Has Primary Health Care Worked in Countries?", *The Lancet*, Vol. 372 (9642), 2008, pp. 950-961.

liz etmeyi amaçlamaktadır. Makalede, eski Sovyet ülkeleri arasından Orta Asya ve Kafkasya’da yer alan, Azerbaycan, Ermenistan, Gürcistan, Kazakistan, Türkmenistan, Özbekistan, Kırgızistan ve Tacikistan’dan oluşan sekiz ülkenin analizi yapılmaktadır.

## 2. Kamu Sağlık Sistemleri ve Finansman Biçimleri

Kamu sağlık sistemi, hizmet dağıtımı, finansman ve ekonomik politikalarından oluşan bir bütündür. Devletler sağlık hizmetlerine genelde, *düzenleme (regulation) finansman (financing) ve hizmetlerin topluma dağıtımı (distribution)* şeklinde üç amaç için katılmaktadır.<sup>5</sup> Sosyalist veya kolektivist siyasal/iktisadi rejimlerde kamu, üç fonksiyonun tamamını yerine getirir. Kapitalist veya piyasa temelli ekonomilerde ise devlet, değişik araç ve politikalarla sağlık sistemine katılır. Piyasa sisteminde esas olarak kamu regülasyonları yapılırken, değişik modellerde finansmana katılımı da söz konusudur.

Ülkelerde sağlık sistemi üç model olarak oluşmuştur. (1) *Ulusal Sağlık Modeli*, bu model Beveridge modeli olarak da bilinir. Bu sistemde tüm vatandaşların evrensel sağlık hizmetleri kamu tarafından karşılanır. Ulusal Sağlık Sisteminin finansmanı vergi gelirlerinden karşılanır. Uygulamalarda, prim veya sisteme katkı gibi unsurların bulunması da mümkündür. Danimarka, İrlanda, Yeni Zelanda ve İngiltere gibi ülkeler bu şekilde finanse edilmektedir. (2) *Sosyal Sigorta Modeli*, Bismarck modeli olarak da bilinir. Sistem, bireylerin zorunlu ödemeleri ile oluşturulan sağlık sigorta sistemi ile finanse edilir. Kamu kontrolünde ve özel katılımlı bir ödeme ve fon sistemi bulunur. Vergi tabanlı sigorta sistemleri de vardır. Avusturya, Belçika, Almanya, Lüksemburg ve Hollanda gibi ülkeler örnek verilebilir. (3) *Özel Sağlık Sigorta Sistemi*, çalışanların katıldığı veya bireyler tarafından özel sigorta işletmelerinden satın alınan bir sistemdir. Serbest piyasa sistemi içerisinde ulusal bir sosyal koruma sistemi olmaksızın bireylerin ayrı bir ödemesi ile finanse edilen sistemdir. ABD ve İsviçre gibi ülkelerde yaygındır.<sup>6</sup> Sağlık sisteminin finansmanında, vergileme, sosyal sigorta sistemlerine katkı, gönüllü özel sigorta satın alma ve cepten ödeme yöntemleri de dünyada yaygındır.

<sup>5</sup> Julio Frenk, “Dimensions of Health System Reform”, *Health Policy*, Vol. 27(1), 1994, pp. 19-34.

<sup>6</sup> Robert Kulesher and Elizabeth E. Forrestal, “International models of health systems financing”, *Journal of Hospital Administration*, Vol. 3(4), 2014, pp. 127-139.

### 3. Orta Asya ve Kafkas Ülkelerinde Sağlık Sistemleri ve Finansmanı: Sosyalist Miras ve Dönüşüm

Sovyet toplumunda ve diğer sosyalist ülkelerde sağlık sistemi kamu sponsorluğunda, yüksek seviyede merkezileşmiş ve yaygın hastalıklarla mücadele anlayışına dayanmaktaydı. 1920'lerde dünya nüfusunun ortalama ömrü kısa ve hayat standardı düşüktür. Sovyet sistemi 1989'a kadar kamu sponsorluğunda merkezi sağlık politikası, kısmi başarıları ile birlikte sıkı bir şekilde sürdürüldü. Fakat 1970'lerden sonra, 280 milyon nüfusa ulaşan ve birbirinden çok uzak coğrafyada yaşayan bağlı cumhuriyetlere sağlık hizmetini sunmada, tek elden yönetilen Sovyet sağlık sistemi yetersiz kalmıştır. 1989'a gelindiğinde Sovyet sağlık sistemi, yetersiz fonlama, demode teçhizatla yürütülen sağlık hizmeti, eskiyen hastane binaları ve hayat beklenti süresinin düşmesi, nüfusa oranla sayısı artan fakat niteliği azalan sağlık personeli ile sağlık hizmetlerini sürdüremez noktaya gelmiştir.<sup>7</sup> Sovyetler sağlık sisteminin 1960'larda hayat beklenti süresi 60 yıldır. Bu süre ABD'de 1960 yılında yaklaşık 69; 1986'ya geldiğinde ise 75'e yaklaşmış olmasına rağmen, aynı dönemde Sovyetler birliğinde 69,8 olarak gerçekleşmiştir. Sovyetlerde sağlık sisteminin halkın ömrünü artırıcı ve kalitesini geliştirici etkisinin olmamasının nedenleri arasında, toplumda aşırı alkol tüketimi, yetersiz sosyal imkânlar, sağlık göstergelerinin hizmetleri karşılamada zamanla yetersiz kalması ve sağlık sektöründeki sabit yatırımların eksikliği ifade edilebilir.<sup>8</sup>

Tablo 1'de Sovyetler Birliği ve ABD'ye ait seçilmiş temel sosyal ve sağlık göstergeleri gösterilmiştir. Bu kıyaslamanın yapılma nedeni, söz konusu iki ülkenin gerek coğrafi büyüklük gerekse nüfuslarının birbirine yakın olmasıdır.

Sovyetler Birliği ile ABD arasındaki rekabet kapsamında, sağlık bakımından Sovyetler Birliği'nin hedeflerinden birisi de Batı'yı yakalamak ve Batı'yı aşmaktır. Tablo 1'in ortaya koyduğu gibi Sovyetler Birliği, sağlık personeli ve tesisler bakımından niceliksel üstünlük sağlamış ancak sistem kalitesinde, nüfusun genel sağlığında ve harcama düzeyinde ABD'nin gerisinde kalmıştır.

<sup>7</sup> Diane Rowland and Alexandre V. Telyukov, "Soviet Health Care from Two Perspectives", *Health affairs*, Vol. 10(3), 1991, pp. 71-86.

<sup>8</sup> Bernd Rechel, Bayard Roberts, Erica Richardson, Sergey Shishkin, Vladimir M Shkolnikov, David A Leon, Martin Bobak, Marina Karanikolos and Martin McKee, "Health and Health Systems in the Commonwealth of Independent States", *The Lancet*, Vol. 381(9872), 2013, pp. 1145-1155.

**Tablo 1. Seçilmiş Temel Sağlık Göstergeleri (Sovyetler Birliği ve ABD, 1986)**

Göstergeler	Sovyetler Birliği	ABD
Nüfus (Milyon)	280	240
Hastanelerin Sayısı (1980)	23.100	6.230
Yatak Sayısı (Yüz Bin Kişiye Düşen)	1.307	410
Hekim Sayısı (Yüz Bin Kişiye Düşen)	429	225
Hemşire Sayısı (Yüz Bin Kişiye Düşen)	606	661
Toplam Sağlık Harcaması (Milyar Dolar, 1979)	27,9	2,12
Toplam Sağlık Harcaması (GSYH %, 1989)	3,4	11,4
Bebek Ölüm Oranı (Bin Canlı Doğumda,1986)	25,1	10,4
Anne Ölüm Oranı (Bin Canlı Doğumda,1986)	47,7	7,2
Hayat Beklenti Süresi (Yıl,1986)	69,8	74,8

**Kaynak:** Diane Rowland and Alexandre V. Telyukov, "Soviet Health Care from Two Perspectives", *Health affairs*, Vol. 10(3), 1991, pp. 73

Büyükölük ve yaş dağılımı bakımından nispeten karşılaştırılabilir nüfusa rağmen, ülkeler sağlık harcamaları ve kaynaklar açısından farklılıklar göstermektedir. Sovyetler Birliği, ABD ile kıyaslandığında kişi başına üç kat daha fazla hastane yatağı ve kişi başına iki kat daha fazla hekime sahip olmasına rağmen, ABD'nin sağlık hizmetleri için harcadığı tutarın yalnızca sekizde bir oranını harcamaktadır. Diğer taraftan Sovyetler Birliği'nin bebek ve anne ölüm oranları ile hayat beklenti süresinin ABD'nin oldukça gerisinde olması, sağlık harcamalarının fazla olsa bile sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşükölüğü hakkında önemli bir gösterge olmaktadır.

Sovyet sistemi tek merkezden yönetilen ve kamunun başarılı bir şekilde yönettiği, temel sağlık sorunlarını çözebilen kamu sağlık modeli ile (bütün eksikliklerine rağmen) dünyada kamunun sağlık hizmeti sunabileceğini göstermesi açısından önemlidir. Ayrıca Sovyet sağlık modeli, yerel otorite-

lere bağılı, *bağımsız* hizmet sağlayan ve Sağlık Ocakları şeklinde örgütlenen kurumlar vasıtasıyla temel sağlık hizmetlerini sunmaktadır. Ek olarak Sovyet sisteminde hekimler dışında bir sağlık personeli türü olan *Feldsher* ile orta seviyede salgın hastalıklarla mücadele edilmekte ve normal doğum, ilk yardım ve basit ameliyatlara yapılmaktaydı. Fakat Sovyet sistemi, toplam nüfusun %15'ine dağıılmayan sağlık hizmetlerini içermekteydi. Yine sağlık sektörünün milli gelirden düşük pay alması, söz konusu ülkelerin sağlık teknolojisinde geride kalmalarına neden olarak toplum ihtiyaçlarının karşılanmasında önemli sorunlarla karşı karşıya olmalarına yol açmaktaydı. Bu ortamda enformel sağlık tedarikçileri ve kayıt dışı finansman biçimleri de oluşmaya başlamıştır.<sup>9</sup>

Sovyet sistemi döneminde veya bağımsızlıklarının ilan edildiği 90'lı yılların başında söz konusu ülkeler 2000 Doların altında olan kişi başına düşen milli gelir ile düşük veya ortanın altı gelir grubu kategorisinde yer almaktadır (Tablo 1).

**Tablo 2. Seçilmiş Ülkelere ait GSMH (1990)**

Ülkeler	GSMH (Milyar Dolar)	GSMH (Kişi başı, dolar)	Gelir Grubu 1980-90
Azerbaycan	8,858	1.237,3	Düşük
Ermenistan	2,257	636,6811	Düşük
Gürcistan	7,754	1.614,64	Düşük
Kazakistan	26,933	1.647,5	Alt Orta Gelir
Kırgızistan	2,674	608,9	Düşük
Tacikistan	2,629	496,4	Düşük
Türkmenistan	3,232	881,2	Düşük
Özbekistan	13,36	651,4	Düşük

**Kaynak:** <http://data.worldbank.org/indicator> ve <http://apps.who.int/nha/database>

<sup>9</sup> Ibid, pp. 71-86.

1990'lı yıllarda Sovyet sisteminden ayrılan bu ülkeler, sosyalist ve merkezi bir ekonomik yapıdan kapitalist ve piyasaya dayalı bir sisteme geçiş yapmıştır. Sovyet mirası ve yetersiz kamu kaynakları sonucunda, alt gelir gruplarına ait söz konusu ülkelerde sağlık hizmetleri, (i) halk sağlığı ve tıbbi bakım hizmetlerinin ilkel olması, (ii) yetersiz ilaç ve medikal malzeme, (iii) nitelikli işgücünün yokluğu, (iv) nüfusun büyük bir kısmının kırsal alanda yaşaması nedeniyle sağlık hizmetlerine (klinik, hastane ve sağlık merkezlerine) erişimin zorluğu gibi sorunlar, anne-bebek ölümü ve yaşam süresi gibi temel sağlık göstergelerini olumsuz etkilemektedir.

**Tablo 3. Ülkelere Ait Toplum Sağlığı Göstergeleri (1980-1990)**

Ülkeler	Kırsal Nüfus (Toplam nüfusun %)		Yaşam Beklentisi (Yıl)		Bebek Ölümleri (Canlı doğan bin bebek için)		Anne Ölümleri (Yüz bin canlı doğum için)
	1980	1990	1980	1990	1980	1990	1990
Azerbaycan	47	46	65	65	84	75	60
Ermenistan	34	33	71	68	61	43	58
Gürcistan	48	45	69	70	49	41	34
Kazakistan	46	44	67	68	58	45	91
Kırgızistan	61	62	63	68	78	55	85
Tacikistan	66	68	62	63	100	85	68
Türkmenistan	53	55	61	63	96	73	66
Özbekistan	59	60	65	67	92	59	66

**Kaynak:** <http://data.worldbank.org> ve <http://data.uis.unesco.org>

Diğer taraftan, düşük ve orta gelirli ülkelerin sağlık sisteminin finansmanında sosyal sigorta sisteminin katkısının çok az olduğu veya hiç olmadığı görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı tüm raporlarda, söz konusu ülkelerin özel sigorta sisteminin de olmaması veya gelişmemesi nedeniyle, sağlık sistemi finansmanının büyük bir kısmının cepten ödeme (out-of pocket) yoluyla karşılandığı ve aynı zamanda kayıt dışı ödeme yöntemlerine (para, hediye) başvurulduğu görülmektedir.



**Tablo 4. Alt Gelir Gruplarının Genel Sağlık Sorunları**

Toplumsal	Fiziki, finansal ve beşerî engeller
Hizmet Sunumu	Nitelikli işgücünün yokluğu
	Ücretlerin düşüklüğü ve motivasyon sorunu
	Teknik rehberlik ve denetim zayıflığı
	Yetersiz ilaç ve medikal malzeme
Politik ve Stratejik Yönetim	Altyapı ve ekipman yokluğu
	Katı merkezi planlama
	Regülasyonların yetersizliği (özellikle ilaç sektörü)
	Merkez ve yerel yönetimler arasında ortak karar alma sorunu
	Kullanıcının ihtiyaçlarına ve tercihlerine teşviklerin yokluğu
Hükümet Politikası	Engelleyici ve Yetersiz Bürokrasi
Politik ve Fiziki Çevre	Yönetişim ve Genel Politikalar (örneğin; Basına sansür, politik istikrarsızlık, şeffaflığın olmaması vd.)
	İklimin ve coğrafyanın hastalığa yatkınlığı ve hizmetin sunumu için olumsuz fiziki çevre
Küresel	Doktor ve hemşirelerin yüksek gelirli ülkelere göç etmesi

**Kaynak:** Anne Mills, "Health Care Systems in Low- and Middle-Income Countries". *The New England Journal of Medicine*, Vol. 370(6), 2014, pp. 552-557.

#### 4. Orta Asya ve Kafkasya’da Bağımsız Ülkeler, Sağlık Sistemi ve Finansman Biçimleri

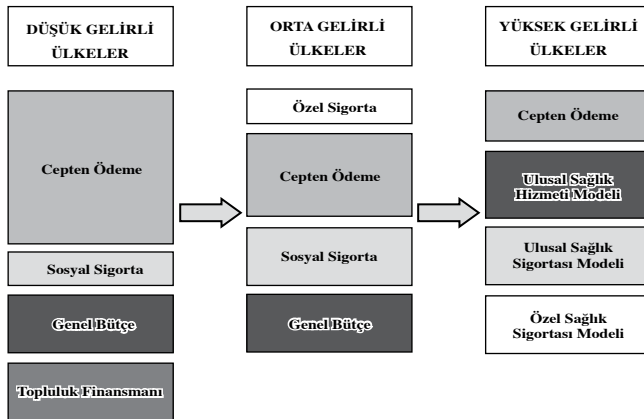
20.yy ‘da düşük ve orta gelirli ülkelerin birçoğu geçmiş yıllarda yapılmaya başlanan iktisadi ve idari reformların sonuçlarını almaya başlamıştır. Bu dönemde HIV/AIDS, anne-çocuk sağlığı gibi spesifik alanlarda yürütülen çalışmalar sayesinde ve bu alanlara fon aktarmasıyla kısmi iyileşmeler olmuştur. 2000’li yıllarda sağlık sistemindeki değişimler radikal bir değişim göstermemekle birlikte, yaşam süresinde artış, bebek ölümlerinde ve anne ölümlerinde azalış ortaya çıkmaktadır (Tablo 5). Bu durum, komünizm sonrasında ilk şoku atlatan devletlerin zaman içerisinde olumlu bir değişim göstermesinin mümkün olabileceğini göstermesi bakımından dikkat çekicidir.

**Tablo 5. Toplum Sağlığının Temel Göstergeleri (2000-2010)**

Ülkeler	Kırsal Nüfus (Toplam Nüfusun %)		Yaşam Beklentisi (yıl)		Bebek Ölümleri (Canlı doğan bin bebek için)		Anne Ölümleri (Yüz bin canlı doğum için)	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Azerbaycan	49	47	67	70	61	34	57	27
Ermenistan	35	36	71	74	27	16	40	40
Gürcistan	47	47	72	74	31	15	37	33
Kazakistan	44	29	66	68	38	19	71	40
Kırgızistan	65	29	69	69	42	27	100	79
Tacikistan	74	73	64	67	75	45	89	48
Türkmenistan	54	52	64	65	66	51	81	65
Özbekistan	63	64	67	68	53	40	48	40

**Kaynak:** <http://data.worldbank.org/indicator>

Söz konusu ülkelerin sağlık sistemi finansmanının genel yapısına bakıldığında, bu ülkeler aşırı kamu borcu olmadan ve dış borç almadan temel kamusal ve bireysel sağlık hizmetleri harcamalarını finanse etmede zorlanmaktadır. Ek olarak, uluslararası standartlara uyacak şekilde kaynakları tahsis edememektedir. Bu açıdan özellikle cepten ödeme yöntemiyle sağlık hizmetlerinin finansmanı düşük gelirli ülkelerde yaygın olarak görülmekteyken sağlık sigortası yöntemi ile finansman oldukça düşük düzeylerde kalmaktadır (tablo 6).

**Tablo 6. Ülke Gelirlerine Göre Sağlık Sistemi Finansman Eğilimleri**

**Kaynak:** George Schieber, Cristian Baeza, Daniel Kress ve Margaret Maier, "Financing Health Systems in the 21st Century", (eds.) Dean T. Jamison at all., *Disease Control Priorities in Developing Countries*, Oxford University Press, 2006, pp. 231.

İktisadi büyümenin, sağlık sisteminin iyileştirilmesi ve daha fazla kişinin sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasına yardımcı olmak suretiyle toplum sağlığı üzerinde önemli bir etkisi vardır. Dolayısıyla iktisadi büyüme, sağlığın iyileştirilmesinde belirleyici bir faktör; sosyal koruma sistemleri için ise yeni bir finansman kaynağı olanağı yaratmaktadır. GSMH'nin artmasıyla birlikte, toplum sağlığını iyileştirme yolunda alınacak kararların bağımsız olması sağlanırken; kişi başına düşen gelirin artması ile birlikte ise yaşam beklentisi gibi refahla ilgili göstergelerin iyileştiği görülmektedir.<sup>10</sup> Burada dikkate alınması gereken husus, gelir dağılımında eşitliğin sağlanması ve sağlık hizmetlerine erişimin önündeki diğer engellerin kaldırılmasıdır.

**Tablo 7. Ülkelerin Sağlık Sistemi Finansman Göstergeleri (2000-2010)**

Ülkeler	GSMH (Milyar dolar)		GSMH (Kişi başı)		Toplam Sağlık Harcaması (TSH) (GSMH%)		Genel Bütçe Sağlık Harcaması (TSH%)		Özel Sağlık Harcaması (TSH%)		Dış Kaynaklar (TSH%)	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Azerbaycan	5,273	52,903	655	5.843	4,7	5,3	19	22	81	78	4	1
Ermenistan	1,912	9,26	621	3.124	6	5	18	42	82	58	9	8
Gürcistan	3,057	11,639	692	2.964	7	10	17	23	83	77	1	3
Kazakistan	18,292	148,047	1.229	9.071	4,2	7,3	51	57	49	43	7	1
Kırgızistan	1,37	4,794	280	880	4,7	6,7	44	56	56	44	6	11
Tacikistan	0,861	5,642	139	740	4,6	6	20	26	80	74	2	8
Türkmenistan	2,905	22,148	645	4.393	3,9	2	82	62	18	38	1	1
Özbekistan	13,76	39,333	558	1.378	5,3	2	48	51	52	49	7	2

**Kaynak:** <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

Tablo 7 ve 8 birlikte düşünüldüğünde ülkelerin gelir grupları değiştikçe sağlık sisteminin finansmanının da değiştiği görülmektedir. Düşük gelir gruplarında sosyal sigorta sisteminin gelişmemesi ve özellikle vergi gelirlerinin düşük olması, genel bütçe harcamalarının toplam sağlık harca-

<sup>10</sup> Maryse Gaimard, *Population and Health in Developing Countries*, Springer, Switzerland, 2014, pp. XVI.

maları içindeki payının yetersiz olmasına ve sağlık harcamalarının büyük bir kısmının cepten ödeme yöntemiyle karşılanmasına neden olmuştur. Diğer taraftan ülkelerin 1980-1990 dönemine kıyasla gelir seviyesinin yükselmesiyle toplam sağlık harcaması (GSMH'ye oranla) artış göstermiştir.

**Tablo 8. Ülkelerin Gelir Gruplarının Sınıflandırılması (2000-2010)**

Ülkeler	Azerbaycan	Ermenistan	Gürcistan	Kazakistan	Kırgızistan	Tacikistan	Türkmenistan	Özbekistan
Gelir Grubu	Orta Üstü	Orta Altı	Orta Altı	Orta üstü	Orta Altı	Düşük	Orta Üstü	Orta Altı

**Kaynak:** <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

Burada önemli olan husus ise Türkmenistan ve Özbekistan'ın sadece toplam sağlık harcamalarına (GSMH%) bakıldığında sağlığa yapılan harcamanın düştüğü ancak artan milli gelir ile birlikte kişi başına düşen sağlık harcamalarının artış eğiliminde olduğu gözlemlenebilmektedir.

**Tablo 9. Ülkelerin Sağlık Sistemi Finansmanında Makro Göstergeler (2000-2010)**

Ülkeler	Cepten Ödeme (Toplam Özel Sağlık Harcaması %)		Cepten Ödeme (Toplam Sağlık Harcaması %)		Özel Sağlık Sigortası (Toplam Özel Sağlık Harcaması %)		Genel Bütçe Sağlık Harcaması (Genel Bütçe Harcamaları %)		Sosyal Güvenlik Fonu (Genel Bütçe Sağlık Harcaması %)	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Azerbaycan	78	89	63	69	<0,5	1	5	4	~0	~0
Ermenistan	95	97	77	56	...	1	5	7	...	...
Gürcistan	99	90	83	69	1	4	7	7	46	79
Kazakistan	99	99	49	42	<0,5	<0,5	9	11	...	...
Kırgızistan	89	87	50	39	...	...	12	12	10	61
Tacikistan	99	91	79	67	<0,5	1	6	6	...	...
Türkmenistan	100	100	18	38	...	...	14	9	7	7
Özbekistan	100	94	52	46	...	6	9	9	...	...

**Kaynak:** <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

Bu dönemde orta gelirli ülkelerdeki gelir grupları arasındaki eşitsiz gelir dağılımı dışında toplam sağlık harcamalarına yapılan iyileştirmelere rağmen cepten ödemelerin yüksek olması önemli bir sorundur. Finansal korumanın ve kapsamının yetersiz olması ülke politikalarının doğru düzenlenmediğini göstermektedir.<sup>11</sup> Bu açıdan kamu kaynaklarının toplum sağlığına *rasyonel* çerçevede tahsis edilmesi, hem cepten ödemelerin gelir dağılımında adaleti bozucu etkisini azaltacak hem de beşerî sermayenin niteliğini artıracaktır.

### **5. Orta Asya ve Kafkasya Ülke Örneklerinde Genel Sağlık Durumu ve Finansman Biçimleri**

2000 yılında Dünya Sağlık Raporu sağlık sistemlerinde olması gereken 3 temel hedefe dikkat çekmiştir. Bunlar (i) toplumun beklentilerine cevap verme, (ii) yüksek maliyetli hastalıklara karşı finansal koruma sağlama ve (iii) toplum sağlığını yükseltecek sağlık hizmetleri sunma olarak sıralamıştır.<sup>12</sup> Gelişmekte olan ülkelerin birçoğu en azından temel sağlık hizmetlerini sağlamak, ilaç desteğini ve hizmetin kalitesini arttırmak için reformlar yapmıştır. Diğer yandan sağlık hizmetlerini sağlayacak şekilde fon toplamak, fonları toplayabilecek (fonları tek bir havuzda toplamak gibi) yeni yönetim mekanizmaları bulmak ve mevcut olan sağlık sistemlerinin finansman kaynaklarını genişletmek amacıyla reformlar yapılmıştır. Ancak bu reformlar, beraberinde kaynakların yetersizliği ya da mevcut kaynakların etkinsiz kullanımı nedeniyle sağlık hizmetlerine eşitsiz erişimi de beraberinde getirmiştir. Dolayısıyla sosyal sigorta gibi finansal koruma sunan ülkelerde cepten ödemeler düşük olmakla birlikte nispeten yüksek kaliteli sağlık hizmetlerinden faydalanma imkânı da sunmaktadır.<sup>13</sup>

<sup>11</sup> Pablo Gottret ve George Schieber, *Health Financing Revisited: a Practitioner's Guide*, World Bank Publications, USA, 2006, pp. 253.

<sup>12</sup> Wei Han, "Health Care System Reforms in Developing Countries", *Journal of Public Health Research* Vol. 1(e31), 2012, pp.199.

<sup>13</sup> Wim Van Lerberghe, Tim Evans, Kumanan Rasanathan and Abdelhay Mechbal, "Primary Health Care: Now More Than Ever", *The World Health Organization Report, Switzerland*, 2008, pp.24.

**Tablo 10. Ülkelerin Nüfus ve İktisadi Göstergeleri (2015)**

Ülkeler	Azerbaycan	Ermenistan	Gürcistan	Kazakistan	Kırgızistan	Tacikistan	Türkmenistan	Özbekistan
<b>Nüfus (Milyon)</b>	9,65	3	3,73	17,54	5,9	8,45	5,37	31,26
<b>Nüfus Artışı (% , 2010-2015)</b>	1,3	-0,3	...	1,5	1,7	2,4	1,3	1,8
<b>GSMH (Milyar dolar)</b>	76,025	10,529	13,965	214,370	7,663	9,796	51,047	67,655
<b>GSMH (Kişi Başına Dolar)</b>	7.886	3.489	3.757	9.795	1.269	1.099	9.031	2.038
<b>Vergi Geliri (GSMH%)</b>	16	21	24	10	18	...	...	...
<b>Toplam Sağlık Harcaması (GSMH%, 2014)</b>	5,6	4	7	4,3	6,7	6,8	2	6,1

**Kaynak:** <http://data.worldbank.org/indicator> ve <http://www.adb.org/publications/basic-statistics-2016>

Ülkelerin GSMH'leri artarken cepten ödeme harcamalarının yüksek olması, söz konusu ülkelerde fazlaca bulunan yoksul kesimin sağlık hizmetlerine erişimini pahalı hale getirmekte ve bu durum hastaneye gidilmesine veya sağlık sorunlarını bitkisel tedavi gibi yöntemlere başvurarak çözülmesine yol açmaktadır.

**Tablo 11. Ülkelerin Sağlık Sistemi Finansmanında Alt Göstergeler (2014)**

Ülkeler	Cepten Ödeme (Toplam Sağlık Harcamasının%)	Cepten Ödeme (Özel Sağlık Harcamalarının %)	Özel Sigorta (Özel Sağlık Harcamalarının %)	Sosyal Güvenlik Fonu (Genel Bütçe Sağlık Harcaması%)
Azerbaycan	72	91	1	~0
Ermenistan	54	94	6	...
Gürcistan	59	74	24	52
Kazakistan	45	99	<0,5	...
Kırgızistan	39	90	...	64
Tacikistan	62	87	<0,5	...
Türkmenistan	35	100	...	7
Özbekistan	44	94	6	...

**Kaynak:** <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

Diğer taraftan kamu sağlık sigortasına yönelik girişimler devam etmekte ancak sunulan hizmetin ve kapsadığı nüfusun yeterli olmaması bir sorun olarak günümüzde varlığını sürdürmektedir. Özel sağlık sigortasının kapsadığı nüfus ise çoğunlukla doğrudan yabancı yatırımlar sonucu kurulan çok uluslu şirketlerin personeli olduğu görülmektedir. Reformlar sonucunda ilerlemeler olmasına rağmen önemli bir finansman kaynağı olan vergi gelirlerinin düşüklüğü, kırsal alandaki yoğun nüfusun sağlık hizmetlerine erişiminin kısıtlı olması ve altyapı yetersizliği, yoksulluğun fazla olduğu bu ülkelerdeki sağlık sistemi finansmanının önemli bir diğer sorunudur.

Sağlık masraflarının cepten ödeme yöntemiyle yapılması hastalıkların tedavi maliyetlerini de yükseltmekte ve düşük geliri hane halkı bütçesinde önemli bir sorun olmaktadır. Diyabet, kanser, kalp-damar hastalıkları ve kronik solunum hastalıklarının tedavisi hem uzun hem de son derece pahalı olması bu soruna örnek olarak gösterilebilir.<sup>14</sup> Yoksulluğun yanında

<sup>14</sup> Ala Alwan, "Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2011", *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*, 2011, Switzerland pp.3.

cepten ödeme harcamalarının fazla olmasından kaynaklanan yolsuzlukların (nakit veya hediye şeklindeki rüşvetin) artışı, nitelikli personelin ve tıbbi ekipmanların sayıca ve teknolojik olarak yetersizliği gibi nedenlerle sağlık sisteminde yapılan reformlar beklenen sonucu verememiştir. Bununla birlikte, yaşam beklentisi gibi temel sağlık göstergeleri ise iyileşme göstermektedir.

**Tablo 12. Ülkelerin Temel Sağlık Göstergeleri (2015)**

Ülkeler	Kırsal Nüfus (Toplam Nüfusun%)	Yaşam Beklentisi (Yıl)	Bebek Ölümleri (Bin Canlı Doğumda)	Anne Ölümleri (Yüz Bin Canlı Doğumda)	İnsani Gelişmişlik Endeksi (187 Ülke, 2013)
Azerbaycan	46	71	30	26	76
Ermenistan	37	75	13	25	87
Gürcistan	46	75	11	36	79
Kazakistan	47	70	15	26	70
Kırgızistan	64	70	22	75	125
Tacikistan	73	67	41	44	133
Türkmenistan	50	65	47	61	103
Özbekistan	64	68	37	36	116

**Kaynak:** <http://data.worldbank.org/indicator> ve UNDP “Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerabilities and Building Resilience”, *Human Development Report*, USA, 2014, pp.160

### 5.1. Azerbaycan

Azerbaycan 1991 yılında Sovyetler Birliği’nden bağımsızlığını ilan eden önemli gaz ve petrol rezervlerine sahip Güney Kafkasya ülkesidir. Azerbaycan’da sağlık sistemi halen büyük ölçüde Sovyetlerden miras kalan Semashko Sistemi’nde<sup>15</sup> olduğu gibi sağlık tesislerinin kamuya ait olduğu, istihdam ve kaynak planlanmasının merkezden yapıldığı sağlık

<sup>15</sup> Semashko Sistemi, Sovyetler döneminde geliştirilen ve daha sonra Orta ve Batı Avrupa’ya yayılmış, istihdamın tamamının devlet tarafından yapıldığı ve vergi temelli bir sağlık sistemidir. Sağlık hizmetlerine (çoğunlukla ayaktan hastalar için) erişimin ücretsiz olması hedeflenmiştir (Saskia J. Grielen, Wienke G.W. Boerma and Peter P. Groenewegen, “Unity or Diversity? Task Profiles of General Practitioners in Central and Eastern Europe”. In: *European Journal of Public Health*, Vol. 10, 2001, pp. 249).



sistemine sahiptir.Günümüze kadar değişen ise toplam sağlık harcamalarının yarısından fazlasını kamu harcamalarının değil özel harcamaların oluşturmasıdır.<sup>16</sup>

**Tablo 13. Azerbaycan Sağlık Sistemi Finansmanında Temel Göstergeler (1995-2014)**

	1995	2000	2005	2010	2014
Toplam Sağlık Harcaması (TSH) (GSMH%)	6	5	8	5	6
Bütçeden Yapılan Sağlık Harcaması (TSH%)	24	19	11	22	20
Özel Sağlık Harcaması (TSH%)	76	81	89	78	80
Bütçeden Yapılan Sağlık Harcaması (Toplam Bütçe Harcamalarının%)	7	5	5	4	4
Dış Yardımlar (TSH%)	1	4	<0.5	1	1
Sosyal Güvenlik Fonu (Bütçeden Yapılan Sağlık Harcaması%)	-	-	-	-	-
Cepten Ödemeler (Özel Sağlık Harcamalarının%)	87	78	93	89	91
Özel Sigorta (Özel Sağlık Harcamalarının%)	<0.5	<0.5	<0.5	1	1
Cepten Ödemeler (TSH%)	66	63	82	69	72
Bütçeden Sağlığa Yapılan Harcamalar (GSMH%)	1	1	1	1	1

**Kaynak:** <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

Azerbaycan sağlık sisteminin finansmanında cepten ödeme ile vergi gelirleri önemli rol oynamaktadır. Yerel seviyede sağlık sektörünün finansmanı yerel yönetim otoritelerine aitken ulusal seviyedeki hizmet sağlayıcıları ile sıhhi- epidemiyolojik hizmetlerin finansmanı ise Sağlık Bakanlığı tarafından fonlanmaktadır. 1990'lardaki ekonomik çöküşün

<sup>16</sup> Fuad Ibrahimov, Aybaniz Ibrahimova and Erica Richardson, "Health financing in Azerbaijan: Political Barriers on the Road to Reform" *Eurohealth*, Vol. 16(2), 2010, pp. 25.

yanında Ermenistan ile olan çatışma ortamı, kamu harcamalarında sağlığa ayrılan payı düşürmüştür. 2000'lerin başında petrol ürünlerinden elde edilen gelirle bu olumsuz koşullar düzelmeye başlamıştır. GSMH'ye oran olarak 2000'lerin başında yaklaşık %4 olan sağlık harcaması, 2014 itibariyle %5 in üzerinde gerçekleşmiştir. Hükümetin bütçeden yaptığı sağlık harcamaları 2000 yılında %5,4 iken, 2008 yılında %3'e düşmüştür.<sup>17</sup> 2014 yılına gelindiğinde ise bu rakamın %4 civarında olduğu görülmektedir.<sup>18</sup>

1990'larda kamu sağlığını finanse eden sistemin çökmesi sonucunda Azerbaycan sağlık sisteminin en büyük finansman kaynağı özel sağlık harcamaları olmuştur. Mevcut yapıda cepten ödeme ve genel vergi gelirleri, sağlık harcamalarının en önemli finansman kalemleridir. Özel sağlık sigortası ile bağışların oranı ise nispeten daha azdır. Zorunlu sigorta yöntemine 1999'da başlanmasına ve 2008 yılında hukuki ve idari regülasyonlarla güçlendirilmesine rağmen, henüz zorunlu sağlık sigortası sistemine geçilmemiştir. Bütçeden ayrılan payın düşüklüğü ve devlet garantili girişimlerin yetersizliğinin bir sonucu olarak cepten ödemeler, 2007 yılında toplam sağlık harcamaları içinde %61,5'lik bir pay oluşturmaktadır. 2011 yılına gelindiğinde ise bu oran %72,5 olmuştur.<sup>19</sup> Devletin karşılamadığı ilaç ve sağlık hizmetlerinden yararlanmak zorunda olan bireylerin ödediği bu finansman yöntemi, kayıt dışılığı ve keyfi fiyat belirlemeyi artırmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (2014) tahminlerine göre 2007-2014 arasında toplam sağlık harcamalarında özel sağlık sigortasının katkısı yaklaşık %1'dir. 1995'ten beri var olan gönüllü sağlık sigortası uygulaması hem kapsadığı nüfus hem de toplam sağlık harcamalarındaki payı oldukça kısıtlı kalmıştır. Nüfusun bu %1'lik kesimi ise petrol sektöründeki büyük şirketlerin personelleri oluşturmaktadır.<sup>20</sup>

<sup>17</sup> Fuad Ibrahimov, pp. 20-22.

<sup>18</sup> WHO, "Health System Financing Country Profile: Azerbaijan", [http://apps.who.int/nha/database/Country\\_Profile/Index/en](http://apps.who.int/nha/database/Country_Profile/Index/en), 2014; accessed: 20.06.2016.

<sup>19</sup> WHO, 2014

<sup>20</sup> Fuad Ibrahimov, "Health financing in Azerbaijan: Political Barriers on the Road to Reform" pp. 28-33

**Tablo 14. Azerbaycan'ın Temel Sağlık Göstergeleri (1995-2013)**

	1995	2000	2005	2010	2013
Yaşam Beklentisi	65	67	69	70	71
Bebek Ölüm Oranı (Canlı Doğan BinBebekte)	75	61	44	34	30
Anne Ölüm Oranı (Yüz BinCanlı Doğumda)	83	57	36	27	26
Tüberküloz Oranı (Yüz BinKişide)	638	681	341	128	85

**Kaynak:** <http://data.worldbank.org/indicator>

## 5.2. Ermenistan

Güney Kafkasya'da yer alan Ermenistan'da Sovyet tarzı ekonomik yapı altında, yatarak veya poliklinikte yapılan herhangi bir tıbbi işlemde ücret alınmamaktaydı. Ermenistan sağlık sisteminin böyle bir yapıda olmasının olumsuz yanı ise merkezi yönetimin toplumsal ihtiyaçları belirlemedeki eksikliği nedeniyle aşırı hastane ve sağlık personeli bulunmakta ve bu durumun doğal bir sonucu olarak da bütçe üzerinde negatif bir etkide bulunmasıdır.<sup>21</sup>

Ermenistan'daki toplam sağlık harcamaları 1995 yılında GSMH'nin %6'sı olarak gerçekleşirken bu oran 2014 yılında %4'e düşmüştür. Bağımsızlıktan bu yana bütçeden sağlığa ayrılan kamu harcaması GSMH'ye oranla %2'yi aşmamıştır ve bu oran diğer ülkelerle kıyaslandığında oldukça düşüktür. Ermenistan Hükümeti'nin, özellikle de küresel ekonomik krizden beri ülkenin karşılaştığı mali zorluklar göz önüne alındığında, sağlık harcamalarının genişletilmesi sınırlı kalmıştır. Bütçeden yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı 1995 yılında %31 iken 2000 yılında bu oran %18'e düşerek en düşük noktaya ulaşmıştır. Ancak bu dönem sonrasında hızla artarak 2014'de %43 olarak gerçekleşmiştir.

<sup>21</sup> Tamara Tonoyan, "Health care system in Armenia: Past, present and prospects", *Diskussionspapiere/ Technische Universität Berlin, Fakultät Wirtschaft und Management*, No. 2004/11, 2004, pp. 6.

Ermenistan sağlık hizmetlerini finansmanında cepten ödemelerin halen yüksek oranlarda olması ise Ermenistan sağlık sistemi için önemli bir sorun olarak günümüzde de devam etmektedir.<sup>22</sup> Dolayısıyla Ermenistan'ın makro ekonomik yapısının güçsüz olması nedeniyle kamunun sağlık hizmetlerinin finansmanında payının düşük olmasına yol açmaktadır.

Diğer taraftan ekonomideki artan kayıt dışı ekonomik yapı, eski sosyal sigorta ve güvenlik mekanizmasının negatif etkilenmesine neden olmuştur. Dünya Bankası tahminlerine göre, Ermenistan'da sağlık sektöründe rüşvet gibi kayıt dışı ödeme yapan hastaların oranı, eski Sovyet ülkeleri arasında ilk sırada yer alarak %91 olarak ifade edilmiştir.

Cepten ödemelerin yüksek oranlarda olması sağlık hizmetlerine erişimi engellemektedir. Buna ek olarak, sağlık hizmetlerine erişimde kayıt dışı ödemelerin önemli bir etken olması nedeniyle, vatandaşların sağlık hizmetlerine olan talep önemli oranda azalmıştır. Bu nedenle, hastane yataklarının yarısından çoğu yıllarca kullanılmamıştır ve eski sistemde kendi kendini idame ettiren sağlık kurumları, personele ücret ödemekte önemli sorunlarla karşılaşmıştır. Söz konusu kayıt dışı ödemelerin bir başka olumsuz etkisi ise, fiziki yatırımlar için finansman sorununa neden olmasıdır. Bunun nedeni ise sağlık hizmetinin maliyetini kamunun üstlenmesi ancak hizmetin karşılığında kurumun değil kayıt dışı ödeme vasıtasıyla sağlık personeline yapılmasıdır.<sup>23</sup>

Ermenistan'da, çalışmanın kapsamını oluşturan ülkelere kıyasla, temel sağlık göstergeleri pozitif yönde seyretmektedir. Ancak merkezi hükümetin sağlık istatistiklerinin ölçümünde zayıf olması, söz konusu göstergelerin güvenilirliğini zedelemektedir.<sup>24</sup>

<sup>22</sup> Erica Richardson, Armenia: Health System Review Health Systems in Transition, *WHO*, Denmark, Vol. 15(4), 2013, pp. 30.

<sup>23</sup> Tamara Tonoyan, "Health Care System in Armenia: Past, Present and Prospects", pp. 23.

<sup>24</sup> Erica Richardson, "Armenia: Health System Review", pp. 86.

**Tablo 15. Ermenistan Sağlık Sistemi Finansmanında Temel Göstergeler (1995-2014)**

	1995	2000	2005	2010	2014
Toplam Sağlık Harcaması (TSH) (GSMH%)	6	6	5	5	4
Bütçeden Yapılan Sağlık Harcaması (TSH%)	31	18	36	42	43
Özel Sağlık Harcaması (TSH%)	69	82	64	58	57
Bütçeden Yapılan Sağlık Harcaması (Toplam Bütçe Harcamalarının%)	8	5	10	7	7
Dış Yardımlar (TSH%)	4	9	13	8	4
Sosyal Güvenlik Fonu (Bütçeden Yapılan Sağlık Harcaması%)	-	-	-	-	-
Cepten Ödemeler (Özel Sağlık Harcamalarının%)	96	95	97	97	94
Özel Sigorta (Özel Sağlık Harcamalarının%)	-	-		1	6
Cepten Ödemeler (TSH%)	66	77	62	56	54
Bütçeden Sağlığa Yapılan Harcamalar (GSMH%)	2	1	2	2	2

**Kaynak:** <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

**Tablo 16. Ermenistan'ın Temel Sağlık Göstergeleri (1995-2013)**

	1995	2000	2005	2010	2013
Yaşam Beklentisi	69	71	73	74	75
Bebek Ölüm Oranı (Canlı Doğan Bin Bebeğe)	34	27	21	16	14
Anne Ölüm Oranı (Yüz Bin Canlı Doğumda)	50	40	40	33	28
Tüberküloz Oranı (Yüz Bin Kişide)	-	61	77	63	49

**Kaynak:** <http://data.worldbank.org/indicator>

### 5.3. Gürcistan

Gürcistan Sovyetler Birliği döneminde (1921-1991), diğer Sovyet ülkelerinde olduğu gibi, Semashko modeli sağlık sistemini benimsemişti. Sovyetler birliğinin dağılmasının ardından piyasa ekonomisini benimseyen Gürcistan'da 1993 yılı itibarıyla önemli sağlık reformları yapılmıştır. Bu reformlardan ilki 1995 yılında sağlık hizmetlerinin finansmanında sosyal sigorta ve kullanıcı katkılarının olmasını öngören Gürcistan Sağlık Reform Paketi'dir. Bu reformdan sonra sağlık göstergelerinde iyileşmeler yaşansa da Gürcistan'da halen cepten ödeme yöntemi, sağlık hizmetlerinin finansmanında ana kaynak olarak devam etmektedir. Reformlardan ikincisi ise 2000-2009 döneminin stratejik sağlık planının bir parçası olarak Sosyal politika düzenleme Devlet Komisyonu'nun kurulmasıdır. Bu komisyon Gürcistan'da yer alan Bölgesel Sağlık İdareleri gibi sağlık kurumlarına, sağlıkla ilgili teknik ve idari alanlarda rehberlik etmektedir. Ek olarak 2007-2009 döneminde Gürcistan'da sağlık sektörü dönüşümünü özetleyen Sağlık Yönergeleri ile sağlık hizmetleri için uygun fiyat, kalite, erişebilirlik ve verimlilik sağlanmaya yönelik adımlar atılmıştır. Buna göre hastanelerin yaklaşık %80'i özelleştirilmiş ve dolayısıyla sağlık personelinin büyük bir bölümü de kamuda değil özel sektörde istihdam edilmiştir.<sup>25</sup>

Gürcistan sağlık hizmetlerinin finansmanı hususunda diğer ülkelerden farklılık göstermektedir. Özellikle bütçeden yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı, Azerbaycan hariç çalışmanın kapsamını oluşturan tüm ülkelerden daha azdır. Buna göre cepten ödeme yöntemi ile yapılan ödemelerin toplam sağlık harcamalarında oranı 2000-2005 yılları arasında %83'ten %77'ye düşmüş, kamu harcamaları ise artış göstermiştir. 2005-2010 arasında özel sağlık harcamaları düşmüş, 2014 yılına kadar küresel finansal krizin etkisiyle tekrar yükselmiştir. 2014 yılında ise özel harcamaların toplam harcamalardaki oranı %79 iken kamu harcaması %21 olmuştur. Harcamaların %98'i iç kaynaklardan finanse edilirken kalan %2'lik kısım ise dış kaynaklardan gelmektedir.

<sup>25</sup> Tamari Rukhadze, "An Overview of the Health Care System in Georgia: Expert Recommendations in the Context of Predictive, Preventive and Personalised Medicine", *The EPMA journal*, Vol. 4, 2013, pp. 1-3.

**Tablo 17. Gürcistan Sağlık Sistemi Finansmanında Temel Göstergeler (1995-2014)**

	1995	2000	2005	2010	2014
Toplam Sağlık Harcaması (TSH) (GSMH%)	5	7	9	10	7
Bütçeden Yapılan Sağlık Harcaması (TSH%)	5	17	19	23	21
Özel Sağlık Harcaması (TSH%)	95	83	81	77	79
Bütçeden Yapılan Sağlık Harcaması (Toplam Bütçe Harcamalarının%)	2	7	6	7	5
Dış Yardımlar (TSH%)	-	1	3	3	2
Sosyal Güvenlik Fonu (Bütçeden Yapılan Sağlık Harcaması%)	39	46	46	79	52
Cepten Ödemeler (Özel Sağlık Harcamalarının%)	100	99	95	90	74
Özel Sigorta (Özel Sağlık Harcamalarının%)	-	1	1	4	24
Cepten Ödemeler (TSH%)	95	83	77	69	59
Bütçeden Sağlığa Yapılan Harcamalar (GSMH%)	<0.5	1	2	2	2

**Kaynak:** <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

Gürcistan’da 2000’li yıllarda yapılan reformlar ve özelleştirmeler sonucunda, sağlık hizmetlerinin finansmanında bireysel sigortalar önemli bir paya sahip olmuştur. Buna göre 2014 yılı itibarıyla bireysel sağlık harcamalarına oran olarak bireysel sigortalar, %24’lük bir pay oluşturmaktadır. Bunun yanında cepten ödemelerin payı ise Gürcistan hükümeti için en önemli sorun olarak devam etmektedir. Özel sağlık sigortasına dayalı bir model kurulma isteğinin önemli bir nedeni de söz konusu cepten ödemelerin rüşvet gibi kayıt dışı ödemelere yol açmasını önlemek ve sağlık hizmetlerine erişiminde adalet sağlanmasına yönelik olarak düşünülmüştür.

Gürcistan’da sağlık hizmetlerinin finansmanı için en önemli kaynaklar hala vergi mükelleflerinin katkıları (bireyler, çalışanlar, işletmeler) ve

bağışçılardır. Bireyler ağırlıklı olarak katma değer vergisi (KDV), tüketim vergileri ve doğrudan gelir vergileri ile katkıda bulunmaktadır. Tamamlayıcı gelir kaynakları ise, diğer doğrudan ve dolaylı vergiler, vergi dışı harçlar ve hibeler ile kredileri içermektedir. Ancak bu gelir kaynakları niceliksel olarak daha az önemlidir.<sup>26</sup>

Diğer taraftan Gürcistan sağlık sisteminde cepten ödemelerin yapısı da diğer ülkelerden farklılık göstermektedir. Buna göre Gürcistan'da özelleştirilen sağlık kurumları, tekel özelliği gösteren ilaç şirketleri tarafından satın alındığından sağlık hizmetlerinin fiyatları da arz-talep tarafından belirlenmemesine yol açtığı ifade edilmektedir. Dolayısıyla bireysel sağlık harcamaları, yüksek fiyatlar nedeniyle yüksek tutarlarda gerçekleşmektedir. Buna ek olarak, sağlık hizmetlerinde şeffaflık ve verimlilik hususlarında istenilen hedefler gerçekleşmemektedir.<sup>27</sup>

Gürcistan'da sağlık hizmetleri finansmanında yapılan reformların sonucunda toplum sağlığında önemli iyileşmelerin halen olmadığı söylenebilir. Bu açıdan Gürcistan'da özellikle bebek ve anne ölüm oranlarının yüksekliği önemli bir sorun olarak varlığını sürdürmektedir.

**Tablo 18. Gürcistan Temel Sağlık Göstergeleri (1995-2013)**

	1995	2000	2005	2010	2013
Yaşam Beklentisi	70	70	71	72	73
Bebek Ölüm Oranı (Canlı Doğan Bin Bebekte)	61	53	44	37	33
Anne Ölüm Oranı (Yüz Bin Canlı Doğumda)	35	37	37	40	38
Tüberküloz Oranı (Yüz Bin Kişide)	-	254	175	127	116

**Kaynak:** <http://data.worldbank.org/indicator>

<sup>26</sup> Tata Chanturidze, Tako Ugulava, Antonio Durán, Tim Ensor and Erica Richardson, "Georgia: Health System Review: Health Systems in Transition", *WHO*, Denmark, Vol. 11(8), 2009, pp. 28-33.

<sup>27</sup> Lela Sehngelia, Milena Pavlova and Wim Groot, "Impact of Healthcare Reform on Universal Coverage in Georgia: A Systematic Review." *Diversity & Equality in Health and Care*, Vol. 13(5), 2016, pp. 350-351.



#### 5.4. Kazakistan

Kazakistan 1991’de bağımsızlığını ilan ettiğinde Sovyetlerden miras kalan, merkezi ve hiyerarşik bir yapıda olan; herkesin (özellikle birinci basamak) sağlık hizmetlerine ücretsiz erişebileceği Semashko modeli vardı.<sup>28</sup> 1996 yılında zorunlu sağlık sigortası sistemine geçmek için düzenlemeler yapan Kazakistan hükümeti, 1999 yılında başarısız olmuş ve sağlık harcamalarının bir kısmını genel bütçeden karşılamaya devam etmiştir.<sup>29</sup> Kazakistan’da sağlığın finansmanında bir diğer kaynak ise cepten ödemelerdir. Özel sağlık sigortası ve uluslararası yardımlar ise küçük bir yer kaplamaktadır.

2005-2010 Ulusal Sağlık Reformu Programında yer alan yeni bir finansman politikası ile birlikte kaynakların kullanımında daha çok etkinlik sağlanması, rasyonel yatırımlar yapmak ve sağlığın finansmanında bölgesel farklılıkları azaltmak gibi hedefler koyulmuştur. Reform paketi ayrıca (i) temel bakım hizmetlerini, (ii) anne ve çocuk sağlığı ile temel sağlık kurumlarının inşası ve mevcut kurumların iyileştirilmesini ve (iii) toplum açısından tehlike arz eden hastalıklara yakalananlara sağlık hizmeti sunmayı amaçlamaktadır. Cepten ödemelerin fazla olması nedeniyle hastane ve diğer sağlık kurumlarında kayıt dışı veya *masa altı ödeme* yaygın olsa da bunun ölçmek zordur. Cepten ödeme yöntemi özellikle alt gelir gruplarını olumsuz etkilemektedir. Bunun bir sonucu olarak alt gelir grupları ya kendi kendilerini tedavi etmekte ya da tedavilerini ertelemektedir.<sup>30</sup>

Diğer taraftan özel sağlık sigortasını Kazakistan hükümeti desteklemektedir. Çalışanların sağlık muayenesi için hastanelerle sözleşmeler yapılmasına rağmen finansman kalemleri içinde %1’lik payı bulunmaktadır. Bu %1’lik kesimi ise çoğunlukla petrol ve doğal gaz şirketlerinin çalışanları oluşturmaktadır.

<sup>28</sup> Alexandr Katsaga, Maksut Kulzhanov, Marina Karanikolos and Bernd Rechel, “Kazakhstan Health System Review: Health Systems in Transition”, *WHO*, Denmark, 2012, Vol. 14(4), p.13.

<sup>29</sup> *Idib*, pp. 41-42.

<sup>30</sup> *Idib*, pp. 52-56.

**Tablo 19. Kazakistan Sağlık Sistemi Finansmanında Temel Göstergeler (1995-2014)**

	1995	2000	2005	2010	2014
Toplam Sağlık Harcaması (TSH) (GSMH%)	5	4	4	4	4
Bütçeden Yapılan Sağlık Harcaması (TSH%)	64	51	62	57	54
Özel Sağlık Harcaması (TSH%)	36	49	38	43	46
Bütçeden Yapılan Sağlık Harcaması (Toplam Bütçe Harcamalarının%)	12	9	9	11	11
Dış Yardımlar (TSH%)	1	7	<0.5	1	<0.5
Sosyal Güvenlik Fonu (Bütçeden Yapılan Sağlık Harcaması%)	-	-	-	-	-
Cepten Ödemeler (Özel Sağlık Harcamalarının%)	99	99	99	99	99
Özel Sigorta (Özel Sağlık Harcamalarının%)	<0.5	<0.5	<0.5	<0.5	<0.5
Cepten Ödemeler (TSH%)	36	49	37	42	45
Bütçeden Sağlığa Yapılan Harcamalar (GSMH%)	3	2	3	3	2

**Kaynak:** <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

Uluslararası organizasyonlar ve diğer ülkelerle yapılan iş birlikleri, Kazakistan sağlık sektörünün gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır. 2009'a kadar 50'den fazla ülke ve uluslararası kuruluşlarla anlaşma imzalanmıştır. 2009 itibariyle toplam sağlık harcamalarının %0,2'sini dış kaynaklar oluştururken<sup>31</sup> 2014 itibariyle sağlığın finansmanında dış kaynak kullanılmamıştır.<sup>32</sup> Diğer yandan Kazakistan hükümeti son yıllarda Devlet Garantili Sağlık Paketi'nin kapsamını genişletip özellikle alt gelir gruplarına finansal koruma getirmeyi amaçlamaktadır. Ayrıca kamunun sağlık harcamaları artmaktadır. Ancak hane halkı ödemeleri halen yüksek

<sup>31</sup> Age, pp. 56-58.

<sup>32</sup> WHO, "Health System Financing Country Profile, Kazakhstan", 2014, [http://apps.who.int/nha/database/Country\\_Profile/Index/en](http://apps.who.int/nha/database/Country_Profile/Index/en); accessed: 20.06.2016.

bir orana sahiptir. 2008 yılında Kazakistan İstatistik Kurumunun verileri, nüfusun %7,4'ünün yüksek maliyetlerden dolayı sağlık hizmetlerinden yararlanamadığını göstermiştir. Dolayısıyla sağlık harcamalarında kamunun payının artması düşük gelir grupları için önemlidir. Diğer taraftan sağlığın finansmanı ve hizmetin sağlanmasında bölgesel eşitsizlikler vardır. Bu duruma örnek olarak, 2010 yılında kişi başına düşen özel sağlık harcaması Astana şehrinde 10.424 dolar ve yaşam süresi 76 iken Akmo-la'da kişi başına düşen özel sağlık harcaması 1.929 dolar olup yaşam süresi 66 olması gösterilebilir.<sup>33</sup>

**Tablo 20. Kazakistan'ın Temel Sağlık Göstergeleri (1995-2013)**

	1995	2000	2005	2010	2013
Yaşam Beklentisi	65	66	66	68	70
Bebek Ölüm Oranı (Canlı Doğan Bin Bebekte)	45	38	29	19	15
Anne Ölüm Oranı (Yüz Bin Canlı Doğumda)	91	71	50	40	26
Tüberküloz Oranı (Yüz Bin Kişide)	319	362	223	187	139

**Kaynak:** <http://data.worldbank.org/indicator>

## 5.5. Kırgızistan

Kırgızistan 1991'de bağımsızlığı ilan ettiğinde sağlık hizmetlerinin ücretsiz olduğu ve herkesin erişebileceği bir sistem miras kalmıştı. Planlı ekonomiden piyasa ekonomisine geçişe eşlik eden ekonomik çalkantı, geleneksel ticari ortaklıkların sona ermesi ve Sovyetlerin dağılmasıyla Moskova'dan gelen sübvansiyonların kesilmesi sonucunda GSMH'de ve merkezi bütçe harcamalarında ciddi bir düşüş olmuştur.<sup>34</sup> Kırgızistan'ın sağlık sistemi Sovyetlerden miras kalan merkezi bir yapıdan çıkarak, yapılan reformlarla birlikte Sağlık Bakanlığı ile diğer kurumların birliği içinde olduğu nispeten demokratik bir yapıya başlamıştır.<sup>35</sup>

<sup>33</sup> Alexandr Katsaga, "Kazakhstan Health System Review: Health Systems in Transition", pp. 121-125.

<sup>34</sup> Jane Falkingham, Baktygul Akkazieva and Angela Baschieri, "Trends in Out-of-Pocket Payments for Health Care in Kyrgyzstan, 2001-2007", *Health Policy and Planning*, Vol. 25(5), 2010, pp. 428.

<sup>35</sup> Ainura Ibraimova, Baktygul Akkazieva, Aibek Ibraimov, Elina Manzhieva and Bernd Rechel, "Kyrgyzstan Health System Review: Health Systems in Transition", *WHO*, Denmark, Vol. 13(3), 2011, pp. XV-XVI.

Kırgızistan’da sağlık sisteminin finansmanı 3 ana kaynaktan oluşmaktadır. Bunlar kamu(vergiler ve zorunlu sağlık sigortası), hane halkı(çoğunlukla cepten ödemeler) ve uluslararası kalkınma kurumlarından gelen dış fonlardır. Özel sağlık sigortası ise Kırgızistan’da bulunmamaktadır.

Kırgızistan’da üçüncül sağlık kurumlarını (bilimsel araştırma gibi kurumlarını) ve sıhhi-epidemiolojik hizmetlerini Sağlık Bakanlığı finanse etmektedir. Zorunlu sağlık sigortasından gelen fonlar ise merkezi fonlarda birikmektedir. Buradaki fonlar (zorunlu sağlık sigortası ve sosyal fonlar), Devlet Garantili Sağlık Paketinin finansal desteği olarak birincil ve ikincil seviyedeki sağlık kurumları kapsamında bölgelere dağıtılmaktadır. Savunma Bakanlığına ait askeri hastaneler gibi sağlık hizmetleri ise kendilerine ait finansal yöntemler vasıtasıyla fonlanmaktadır.

Kazakistan, Tacikistan ve Özbekistan’ın aksine Kırgızistan’da yerel bütçelerden(oblast gibi) genel bütçeye neredeyse hiç fon gelmemektedir. Bu sorunu çözmek için 2003 yılında *Yerel Yönetimlerin Kendi Ekonomik Kurumları ve Finansmanını Sağlama* kanunu çıkarılmıştır. Bu kanunla 4 aşamalı bütçe fonundan(merkezi, oblast, rayon ve kırsal) 2 aşamalı bir sisteme (ulusal ve yerel) geçilmiştir. 2008 yılında ise Ekonomi Bakanlığı bu sistemin 3 aşamalı olması(ulusal, yerel ve kırsal) gerektiğine karar vermiştir.<sup>36</sup>

Cepten ödeme yöntemi ile yapılan ödemelerin toplam sağlık harcamalarında oranı 2000-2005 yılları arasında %52,9’dan %59,22’ye yükselmiş, kamu harcamaları ise azalmıştır. 2005-2008 arasında özel sağlık harcamaları düşmüş, 2008’de ise küresel finansal krizin etkisiyle tekrar yükselmiştir.<sup>37</sup> 2014 yılında ise özel harcamaların toplam harcamalardaki oranı %36 iken kamu harcaması %59 olmuştur. Harcamaların %91’i iç kaynaklardan finanse edilirken kalan %9’luk kısım ise dış kaynaklardan gelmektedir.<sup>38</sup>

<sup>36</sup> Idib, pp. 37-40.

<sup>37</sup> Idib, pp. 49-50.

<sup>38</sup> WHO, “Health System Financing Country Profile, Kazakhstan”, 2014, [http://apps.who.int/nha/database/Country\\_Profile/Index/en](http://apps.who.int/nha/database/Country_Profile/Index/en); accessed: 20.06.2016.

**Tablo 21. Kırgızistan Sağlık Sistemi Finansmanında Temel Göstergeler (1995-2014)**

	1995	2000	2005	2010	2014
Toplam Sağlık Harcaması (TSH) (GSMH%)	6	5	6	7	6
Bütçeden Yapılan Sağlık Harcaması (TSH%)	51	44	41	56	56
Özel Sağlık Harcaması (TSH%)	49	56	59	44	44
Bütçeden Yapılan Sağlık Harcaması (Toplam Bütçe Harcamalarının%)	11	12	12	12	12
Dış Yardımlar (TSH%)	1	6	13	11	9
Sosyal Güvenlik Fonu (Bütçeden Yapılan Sağlık Harcaması%)	-	10	17	61	64
Cepten Ödemeler (Özel Sağlık Harcamalarının%)	93	89	95	87	90
Özel Sigorta (Özel Sağlık Harcamalarının%)	0	0	0	0	0
Cepten Ödemeler (TSH%)	45	50	56	39	39
Bütçeden Sağlığa Yapılan Harcamalar (GSMH%)	3	2	2	4	4

**Kaynak:** <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

Kırgızistan'ın temel sağlık problemlerine bakıldığında önemli zorluklarla yüzleştiği görülmektedir.

**Tablo 22. Kırgızistan'ın Temel Sağlık Göstergeleri (1995-2013)**

	1995	2000	2005	2010	2013
Yaşam Beklentisi	66	69	68	69	70
Bebek Ölüm Oranı (Canlı Doğan Bin Bebekte)	51	42	34	27	22
Anne Ölüm Oranı (Yüz Bin Canlı Doğumda)	120	100	92	79	75
Tüberküloz Oranı (Yüz Bin Kişide)	169	244	210	145	141

**Kaynak:** <http://data.worldbank.org/indicator>

## 5.6. Türkmenistan

Türkmenistan, Sovyetlerin dağılmasıyla bağımsızlığını kazanan ülkelere kıyasla ekonomik ve ticari iyileşmede hızlı ve başarılı bir süreç kaydedememiştir. Diğer eski Sovyet ülkelerinden iyi bir seyir gösterse de Türkmenistan'da da doktor/uzman eksikliği, kötü beslenme koşulları, sağlık hizmetlerinin kalitesinde düşüklük bulunmaktadır.<sup>39</sup> Türkmenistan'ın genel bütçesi çoğunlukla doğal kaynak ve vergi gelirlerinden oluşmaktadır. 1997 yılında sağlığa yapılan toplam harcama içinde genel bütçeden yapılan harcamanın oranı %74,5 iken<sup>40</sup> 2014 yılında bu oran %65 olarak gerçekleşmiştir. Hane halkı ödemeleri (cepten ödemeler) ise %35'tir. Diğer yandan Dünya Sağlık Örgütü'nün orta gelirin üstü ülkeler grubunda olan Türkmenistan'ın bu grup içindeki ülkelere kıyasla, kişi başına düşen ortalama sağlık harcaması oldukça düşüktür. Söz konusu ülkelerin ortalaması 534 dolarken, Türkmenistan'da 134 dolardır. Bunun içindeki kamu ve hane halkının katkıları Türkmenistan'da sırasıyla 87 dolar ve 46 dolar iken grup ortalamasında kamunun katkısı 368 dolar, hane halkı ise 149 dolardır. Türkmenistan bu harcamaları yaparken sağlık hizmetlerinin finansmanın %99'unu iç kaynaklardan karşılamıştır.<sup>41</sup>

Sağlık alanında regülasyonlar yapan diğer Orta Asya ülkeleri gibi Türkmenistan da 1998 yılında sağlığın gelişimi için devlet fonunu kurmuştur. Çalışmanın kapsamını oluşturan diğer Orta Asya ve Kafkasya ülkelerinde olduğu gibi kayıt dışı ödemeler Türkmenistan'da da yaygındır. Diğer yandan 1996'dan beri gönüllü sağlık sigortası sistemi bulunmaktadır. Sağlık sigortası 1999 itibarıyla kamu çalışanlarının yaklaşık %90'ını kapsamaktadır. Sigortalı kamu çalışanının eşi ve 15 yaş altı çocuğu sigorta kapsamına alınması nedeniyle nüfusun 3'te 1'i sigortalıdır.<sup>42</sup> Türkmenistan'ın bağımsızlığını kazanmasıyla beraber bağışlar ve krediler, ek bir finansman kalemi olmuştur. Bağışlar genellikle ilaç, bilgisayar ve teknik donanım eksikliği için ya da hem ülke içinde hem de yurtdışında eğitim için kullanılmaktadır. Toplam sağlık harcamaları içindeki payı ise %0,9'dur. 1995 yılından itibaren reformlara yönelik Türkmenistan'da,

<sup>39</sup> Roberto Bendini, "Turkmenistan: Selected Trade and Economic Issues". [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/briefing\\_note/join/2013/491503/EXPO-INTA\\_SP\(2013\)491503\\_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/briefing_note/join/2013/491503/EXPO-INTA_SP(2013)491503_EN.pdf); 2013, accessed: 07.10.2015.

<sup>40</sup> WHO, "Turkmenistan Health System Review, Health Care Systems in Transition", *WHO*, Denmark, 2000, pp. 17.

<sup>41</sup> WHO, "Health System Financing Country Profile, Turkmenistan", 2014, [http://apps.who.int/nha/database/Country\\_Profile/Index/en](http://apps.who.int/nha/database/Country_Profile/Index/en); accessed: 20.06.2016.

<sup>42</sup> WHO, 2000, pp. 18-21.

Devlet Sağlık Programı ile başlatılan reformlar mutabakat yokluğu, sınırlı politik katılım ve karar vericilerin sorumluluk yokluğu nedeniyle kısmen uygulanabilmiştir. Ayrıca işsizliğin yüksek olması ve sağlık sisteminin finansmanında önemli bir kaynak olan vergi gelirlerinin düşük olması da bir diğer sorundur.<sup>43</sup>

**Tablo 23. Türkmenistan Sağlık Sistemi Finansmanında Temel Göstergeler (1995-2014)**

	1995	2000	2005	2010	2014
Toplam Sağlık Harcaması (TSH) (GSMH%)	3	4	4	2	2
Bütçeden Yapılan Sağlık Harcaması (TSH%)	61	82	58	62	65
Özel Sağlık Harcaması (TSH%)	39	18	42	38	35
Bütçeden Yapılan Sağlık Harcaması (Toplam Bütçe Harcamalarının%)	9	14	10	9	9
Dış Yardımlar (TSH%)	1	1	<0.5	1	1
Sosyal Güvenlik Fonu (Bütçeden Yapılan Sağlık Harcaması%)	-	7	7	7	7
Cepten Ödemeler (Özel Sağlık Harcamalarının%)	100	100	100	100	100
Özel Sigorta (Özel Sağlık Harcamalarının%)	0	0	0	0	0
Cepten Ödemeler (TSH%)	39	18	42	38	35
Bütçeden Sağlığa Yapılan Harcamalar (GSMH%)	2	3	2	1	1

**Kaynak:** <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

Türkmenistan bağımsızlığından bu yana reformlar yapsa da temel sağlık göstergelerinden olan yaşam süresinde Orta Asya ülkelerinin ortalamasından(68) düşüktür. Anne ve çocuk sağlığı (diğer göstergeler gibi), sağ-

<sup>43</sup> Elis Borde, "Turkmenistan: Health System Challenges", *Global Medicine*, 2010, No. (9), pp. 29.

lık hizmetlerine erişim, sosyal ve ekonomik faktörlerden etkilenmektedir. Türkmenistan’da bu oranlar yıllar içinde azalma eğiliminde olsa da Avrupa ortalamasının yaklaşık 6 katı daha fazladır.<sup>44</sup>

**Tablo 24.** Türkmenistan’ın Temel Sağlık Göstergeleri (1995-2013)

	1995	2000	2005	2010	2013
Yaşam Beklentisi	63	64	64	65	65
Bebek Ölüm Oranı (Canlı Doğan Bin Bebekte)	72	66	58	51	47
Anne Ölüm Oranı (Yüz Bin Canlı Doğumda)	79	81	76	65	61
Tüberküloz Oranı (Yüz Bin Kişide)	157	208	175	103	72

**Kaynak:** <http://data.worldbank.org/indicator>

## 5.7. Tacikistan

Tacikistan, bebek ve anne ölüm oranlarının yüksekliği ve beslenme yetersizliği gibi sorunlar nedeniyle dünya sağlık örgütünün Avrupa bölgesi kategorisinin alt sıralarında yer almaktadır.<sup>45</sup>

Tacikistan sağlık sektöründeki kamunun payı yıllar içerisinde artış göstermektedir. Ancak cepten ödemelerin toplam sağlık harcamalarındaki payının %60’larda olması halen önemli bir sorundur. Diğer yandan sağlık harcamalarında kamunun payı %31; dış kaynaklardan gelen toplam sağlık fonu ise 2013 itibariyle %9’dur.<sup>46</sup>

Tacikistan 2005 yılında sağlık finansmanı konusunda reform hareketlerine başlamıştır. Bu reformun odağı, fon kaynaklarının çeşitlendirilmesi ve ücretsiz tedavi gibi temel konulardır. Birinci basamak sağlık hizmetleri konusundaki sağlık paketi ilk kez 2005’te açıklansa da 2 ay sonra uygulamadan yürürlükten kaldırılmıştır. Yeni bir birinci basamak sağlık paketi

<sup>44</sup> WHO, “Health System Financing Country Profile, Turkmenistan”, pp.3.

<sup>45</sup> Ghafur Khodjamurodov and Bernd Rechel, “Tajikistan Health System Review: Health Systems in Transition”, 2010, WHO, Denmark, Vol.12(2), p. 44.

<sup>46</sup> WHO, “Health System Financing Country Profile, Tajikistan, 2014, [http://apps.who.int/nha/database/Country\\_Profile/Index/en](http://apps.who.int/nha/database/Country_Profile/Index/en); erişim: 20.06.2016.



ise 2007 yılında açıklanmıştır. İlk olarak 4 pilot bölge seçilip daha sonra 8'e yükseltilmiştir. Bir diğer pilot düzenleme ise harç ödemeleri konusunda olup 6 hastanede başlatılmıştır.<sup>47</sup>

Sağlığın finansmanında 3 ana kaynak vardır. Bunlar genel bütçe, cepten ödemeler ve uluslararası kalkınma kuruluşlarıdır. Kamunun sağlık harcamalarında payı düşüken cepten ödemelerin payı artmaktadır. Bağımsızlığından bu yana kamu harcamaları %42'den %29'a düşmüş, hane halkı harcamaları ise %57'den %62'ye yükselmiştir. Diğer kaynaklardan ise %9'luk bir fon kaynağı gelmiştir. Fakat 1995-2014 yılları arasında genel bütçeden yapılan harcamalar ile hane halkı harcamaları arasındaki kişi başına düşen sağlık harcaması farkı oldukça yüksektir ve gittikçe de bu fark açılmaktadır.

Tacikistan sağlık sisteminin finansmanında zorunlu bir kaynak türü olan vergileri kullansa da ana gelir kaynağı cepten ödemelerdir. Bağımsızlığından sonra kamu payı yıllar itibarıyla düşüş göstermiştir. Kamunun azalan payını, hane halkı (cepten ödeme) ödemeleri telafi etmiştir. Dolayısıyla Tacikistan'da hem kişi başına düşen sağlık harcaması bakımından hem de bu harcamaların hane halkından cepten ödeme yöntemiyle finanse edilmesi, ülke açısından olumsuz bir tablo olarak görülmektedir. Dünya sağlık örgütünün düşük gelirli Avrupa bölgesiyle kıyasladığında ise sağlık harcamaları ortalaması kişi başı 62 dolar, bunun kamuya ait kısmı 18 dolar ve hane halkına ait olan kısım ise 38 dolardır. Devlet gelirleri içinde ise yerel bütçelerin sağlığın finansmanın katkısı oldukça büyüktür. 2007'de %77 olan katkı yerel bütçelerden gelirken geriye kalan %23'lük ise genel bütçeden gelmiştir.

Diğer yandan Tacikistan sağlık sektörü uluslararası kurumların birçoğu tarafından desteklenmektedir. 2007'de 44 yardım kuruluşu Tacikistan sağlık sektörüne destek vermiştir. Bağışların toplam sağlık finansmanına katkısı 2003'te yaklaşık %13'tür. Bu oran küçük olarak görülse de alt sektörlerin kalitesini arttırmaya yönelik harcamalar için oldukça önemlidir. Bu yardımların %35'i yatan hasta ilaçlarına, %22'si hastane hizmetlerine ve ekipmanların yenilenmesine, %25'i ayakta tedavi görenlere ve %14'ü kamu sağlık hizmetlerine fon olarak verilmiştir. 2014'te ise sağlık sisteminin finansmanının %92'si iç kaynaklardan karşılanırken %8'lik kısım dış kaynaklardan gelmektedir.<sup>48</sup> Gönüllü (ihtiyari) sağlık sigortası sistemi

<sup>47</sup> Ghafur Khodjamurodov, "Tajikistan Health system review: Health Systems in Transition", pp. XVI.

<sup>48</sup> WHO, 2014.

için ilk adım 2008’de atılsa da zayıf vergi sistemi, kayıt dışı ekonominin büyüklüğü ve zayıf ekonomik yapısı nedeniyle henüz geliştirilememiştir.<sup>49</sup>

**Tablo 25. Tacikistan Sağlık Sistemi Finansmanında Temel Göstergeler (1995-2014)**

	1995	2000	2005	2010	2014
Toplam Sağlık Harcaması (TSH) (GSMH%)	3	5	6	6	7
Bütçeden Yapılan Sağlık Harcaması (TSH%)	42	20	19	26	29
Özel Sağlık Harcaması (TSH%)	58	80	81	74	71
Bütçeden Yapılan Sağlık Harcaması (Toplam Bütçe Harcamalarının%)	7	6	6	6	7
Dış Yardımlar (TSH%)	18	2	12	8	8
Sosyal Güvenlik Fonu (Bütçeden Yapılan Sağlık Harcaması%)	0	0	0	0	0
Cepten Ödemeler (Özel Sağlık Harcamalarının%)	99	99	97	91	87
Özel Sigorta (Özel Sağlık Harcamalarının%)	0	0	0	<0.5	<0.5
Cepten Ödemeler (TSH%)	57	79	78	67	62
Bütçeden Sağlığa Yapılan Harcamalar (GSMH%)	1	1	1	2	2

**Kaynak:** <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

Tacikistan 2007 yılında Orta Vadeli Yoksulluğu Azaltma Stratejisi adı altında anne ve bebek ölüm oranları ile bulaşıcı hastalıkları kademeli olarak azaltmayı hedeflemiştir. Ancak Tacikistan’da sağlık hizmetleri gerek düşük eğitim gerekse kamunun altyapı eksikliklerinden dolayı eşitsiz bir şekilde sunulmakta ve bu nedenle anne ve bebek ölümleri çoğunlukla nüfusun yoksul kesimlerinde görülmektedir.<sup>50</sup>

<sup>49</sup> Ghafur Khodjamurodov ve Bernd Rechel, “Tajikistan Health system review: Health Systems in Transition”, pp. 56-63.

<sup>50</sup> Age, pp.131.

**Tablo 26. Tacikistan'ın Temel Sağlık Göstergeleri (1995-2013)**

	1995	2000	2005	2010	2013
Yaşam Beklentisi	62	64	66	67	67
Bebek Ölüm Oranı (Canlı Doğan Bin Bebekte)	93	75	54	45	41
Anne Ölüm Oranı (Yüz Bin Canlı Doğumda)	120	89	59	48	44
Tüberküloz Oranı (Yüz Bin Kişide)	150	219	196	128	100

**Kaynak:** <http://data.worldbank.org/indicator>

2014 yılında pilot bölgede birincil sağlık hizmetlerinin kalitesini ve kapsamını geliştirmek için proje başlatan Tacikistan hükümeti, performans esaslı finansman yöntemini kullanarak özellikle anne ve çocuk sağlığı ile bulaşıcı olmayan hastalıkların erken teşhisi üzerinde önemle durmaktadır.<sup>51</sup>

### 5.8. Özbekistan

1991 yılında bağımsızlığının ardından Özbekistan'a, Sovyet Semashko sistemine dayalı bir kamu sağlık sistemi miras kalmıştır. Özbekistan'da geniş bir hastane sektörü ve sağlık kurumları ağı bulunmaktaydı. Bu örgütlenme biçimi, hem karar alma ve finansman açısından hem de politika oluşturma açısından oldukça katı ve merkezi bir yönetim üzerine inşa edilmiştir. Yataklı tedavi kurumlarının yatak sayılarına göre finanse edilmesi nedeniyle sağlık hizmetleri toplumun gerçek ihtiyacından uzak bir biçimde sunulmuş ve diğer taraftan da sağlık kurumlarında aşırı yatak kapasitesi sorunu ortaya çıkmıştır. Kamu kaynaklarının verimsiz tahsisi, Özbekistan sağlık kuruluşlarının 1990'lı yıllarda kaliteli tanı ve tedaviyi sağlamaya uygun donanımının olmamasıyla sonuçlanmıştır. Birçok durumda yetersiz ekipman ve sağlık personelinin düşük beceri düzeyi nedeniyle ileri teknoloji gerektiren tedavi yöntemlerinin yapılması mümkün olmamaktaydı.<sup>52</sup>

<sup>51</sup> Barfiyeva, Sarvinoz, "Transforming Primary Health Care in Tajikistan through Performance-Based Financing", <http://blogs.worldbank.org/voices/transforming-primary-health-care-tajikistan-through-performance-based-financing>; 2015, erişim: 07.02.2016.

<sup>52</sup> Dilbar Mavlyanova, Roza Mukhamediyarova, Sevil Abdurakhimova, Farkhad Fuzailov and Elena Tsoyi, "Primary Health Care Development in Uzbekistan: Achievements and Challenges: Analytical Review", *Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan Report*, 2014, <https://www.minzdrav.uz/en/services/data.php?ID=41241>, erişim: 08.03.2016.

Özbekistan'ın toplam sağlık harcamaları 2014'e göre GSMH'nin %6'sıdır. 2014'de kamu kaynakları(özellikle vergiler) toplam sağlık harcamalarının %53,1'ini oluştururken özel kaynaklar (çoğunlukla cepten ödemeler) %46,9'unu oluşturmuştur. Gönüllü sağlık sigortası ise küçük bir rol oynamaktadır.

1996'da Sağlık Koruma Kanunu ile temel tedavi, acil servis dâhilindeki tedaviler ve özel tedavi sınıflandırmaları yapılmış; bu hizmetler kamu tarafından fonlanmak suretiyle temel sağlık paketinde tanımlanmıştır.Hükümet, tıp merkezleri, araştırma kurumları, acil tedavi merkezleri ve ulusal hastanelerin finansmanından sorumludur. Yerel yönetimler ise diğer hastanelerin temel tedavi ünitelerinden, hijyen ve ambulans hizmetlerinin finansmanından sorumludur.

Özbekistan GSMH'sının %5,9'unu sağlık harcamalarına ayırarak, orta gelirin altında bulunan Avrupa bölgeleriyle kıyaslandığında oldukça alt sıralardadır.Ancak Orta Asya ülkeleriyle kıyaslandığında üst sıralardadır.<sup>53</sup> 2014 yılı itibariyle toplam sağlık harcamalarının %53'ü kamu kaynaklarından gelmektedir. Özel harcamaların oranı ise %44'tür. Diğer harcamaların oranı ise %3'tür. Özbekistan'ı diğer Orta Asya ülkeleri ile kişi başına düşen sağlık harcamalarının ortalamasıyla kıyasladığımızda, kişi başına düşen ortalama sağlık harcaması 232 dolar iken Özbekistan'da 105 dolardır. Kamu ve hane halkı harcamaları ortalamada sırasıyla 80 dolar ve 77 dolar iken Özbekistan'da 57 dolar ve 47 dolardır. Sağlık harcamalarının %99'unu iç kaynaklardan, %1'ini ise dış fonlardan finanse etmektedir.<sup>54</sup> Genel bütçe harcamaları (özellikle vergiler) ve özel harcamalar (genellikle cepten ödemeler), sağlığın hizmetlerinin finansmanının 2 ana kaynağını oluşturmaktadır. Sosyal sigorta sistemi ise henüz bulunmamaktadır. Diğer taraftan özel sağlık sigortasının toplam harcamalar içindeki payı %2,6 kadardır.<sup>55</sup>

<sup>53</sup> Mohir Ahmedov, Ravshan Azimov, Zulkhumor Mutalova, Shahin Huseynov, Elena Tsoyi and Bernd Rechel, "Uzbekistan Health System Review: Health Systems in Transition", *WHO*, Denmark, Vol. 16(5), 2014, pp.35-36.

<sup>54</sup> WHO, "Health System Financing Country Profile, Uzbekistan, 2014, [http://apps.who.int/nha/database/Country\\_Profile/Index/en](http://apps.who.int/nha/database/Country_Profile/Index/en); erişim: 20.06.2016.

<sup>55</sup> Mohir Admedov, "Uzbekistan Health System Review: Health Systems in Transition", p. 41.

**Tablo 27. Özbekistan Sağlık Sistemi Finansmanında Temel Göstergeler (1995-2014)**

	1995	2000	2005	2010	2014
Toplam Sağlık Harcaması (TSH) (GSMH%)	7	5	5	5	6
Bütçeden Yapılan Sağlık Harcaması (TSH%)	52	48	45	51	53
Özel Sağlık Harcaması (TSH%)	48	52	52	49	47
Bütçeden Yapılan Sağlık Harcaması (Toplam Bütçe Harcamalarının%)	9	9	7	9	11
Dış Yardımlar (TSH%)	<0.5	7	2	2	1
Sosyal Güvenlik Fonu (Bütçeden Yapılan Sağlık Harcaması%)	0	0	0	0	0
Cepten Ödemeler (Özel Sağlık Harcamalarının%)	100	100	94	94	94
Özel Sigorta (Özel Sağlık Harcamalarının%)	0	0	6	6	6
Cepten Ödemeler (TSH%)	48	52	52	46	44
Bütçeden Sağlığa Yapılan Harcamalar (GSMH%)	4	3	2	3	3

**Kaynak:** <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

Özbekistan sağlık sistemi finansmanında cepten ödemelerin fazla olması, diğer ülkelerde olduğu gibi kayıt dışı ekonominin hacmini arttırmaktadır. 2007 yılında yapılan hane halkı anketinde katılımcıların %42'si sağlık hizmetlerini alabilmek için rüşvet (nakdi veya ayni) verdiğini ya da faturasız işlem yaptığını belirtmiştir. Sağlık bakanlığı bu sorunları düzeltmek için bilinçlendirme (örneğin posterler hazırlayarak) kampanyaları yürütmektedir.<sup>56</sup>

<sup>56</sup> Age, pp. 52-54.

**Tablo 28. Özbekistan'ın Temel Sağlık Göstergeleri (1995-2013)**

	1995	2000	2005	2010	2013
Yaşam Beklentisi	66	67	67	68	68
Bebek Ölüm Oranı (Canlı Doğan Bin Bebekte)	57	53	46	40	35
Anne Ölüm Oranı (Yüz Bin Canlı Doğumda)	54	48	44	40	36
Tüberküloz Oranı (Yüz Bin Kişide)	72	99	118	96	80

**Kaynak:** <http://data.worldbank.org/indicator>

Son yıllarda Özbekistan'da temel sağlık hizmetlerine yönelik önemli sağlık reformları uygulanmıştır. Reformların başlıca hedefleri arasında, hastaların ve toplumun bireysel sağlık ihtiyaçlarını karşılamak ve verimliliği artırmak için sağlık sektöründeki kaynakların optimal tahsisini sağlamak ve kaliteli sağlık hizmetlerine erişimi genişletmek bulunmaktadır. Bu kapsamda Özbekistan'da, 1996 yılında Vatandaş Sağlığının Korunması Kanun'u kabul edilerek sağlık reformlarına yönelik ilk önemli adım atılmıştır.<sup>57</sup>

## 6. Sonuç

Orta Asya devletleri Sovyetler Birliği'nden yetersiz yatak kapasitesine sahip, sağlık cihazları eskimiş, az sayıda sağlık personeline sahip ve tamamı kamu tarafından finanse edilen sağlık sistemini devralmıştır. 1990'larda ülkelerin gelişme çabaları içerisinde kamusal bir sağlık politikası geliştirilememiştir. Söz konusu ülkelerde ulusal sigorta sistemi ve vergiyle finanse edilen bir sistem kurulamadığı için, cepten ödemeye dayalı ve sadece üst gelir gruplarına hizmet eden çarpık bir sağlık sistemi gelişmiştir. Kazakistan, Türkmenistan, Azerbaycan ve Kırgızistan gibi ülkelerde temel sağlık problemlerinin çözümüne yönelik finansal kaynaklar sağlanmasına rağmen, Tacikistan, Özbekistan gibi ülkelerde ise sağlık sistemi temel sağlık sorunlarını çözebilecek bir finansman biçimine ulaşamamıştır.

Sonuç olarak, Orta Asya ülkeleri alt gelir grupları ile kırsal kesime sağlık hizmeti sunacak bir makro sağlık sistemine ve finansman yöntemlerine

<sup>57</sup> Mohir Ahmedov, pp. 26.

sahip değildir. Enerji girdileri ile sağlanan gelirler, kamuya vergi ve sigorta sistemi şeklinde aktarılabilirse makro bir sağlık finansmanı sistemi de kurulabilir. Özellikle sağlığın ülkenin milli gelirlerinden finanse edilerek toplumun tüm kesimlerine sunulabilmesi ile refah artışını da beraberinde getirebilir. Bu konuda enerji ihracat gelirleri yüksek olan ülkeler elde edilen gelirlerin bir kısmını ulusal sağlık sisteminin finanse edilmesinde kullanılması sağlanarak, refahın topluma yayılması ve sağlıklı bireylerin yetiştirilmesi imkânı da oluşacaktır. Ayrıca bu ülkelerde vergi gelirleri ve kamu hizmetlerinden alınacak harçların kamu finansmanında payı artırılarak ulusal sağlık sisteminin oluşturulmasında kullanımının sağlanması da önemli katkılar sağlayabilecektir.

## KAYNAKÇA

- Ahmedov, Mohir, Ravshan Azimov, Zulkhumor Mutalova, Shahin Huseynov, Elena Tsoyi and Bernd Rechel. “Uzbekistan Health System Review: Health Systems in Transition”, Vol. 16(5), *WHO*, Denmark, 2014.
- Alwan, Ala. *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2011*, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Switzerland, 2011.
- Chanturidze, Tata, Tako Ugulava, Antonio Durán, Tim Ensor and Erica Richardson. “Georgia: Health system review: Health Systems in Transition”, *WHO*, Denmark, Vol. 11(8), 2009.
- Elis, Borde. “Turkmenistan: Health System Challenges”. *Global Medicine*, (9), 2010, pp. 27-29
- Falkingham, Jane, Baktygul Akkazieva and Angela Baschieri. “Trends in Out-of-Pocket Payments for Health Care in Kyrgyzstan, 2001–2007”, *Health Policy and Planning*, Vol. 25(5), 2010, pp. 427- 436.
- Frenk, Julio. “Dimensions of Health System Reform”, *Health Policy*, Vol. 27(1), 1994, pp. 19-34.
- Gaimard, Maryse. *Population and Health in Developing Countries*, Springer, Switzerland, 2014.
- Ghafur Khodjamurodov and Bernd Rechel. “Tajikistan Health system review, Health Systems in Transition”, Vol. 12(2), *WHO*, Denmark, 2010.
- Grielen, Saskia J., Wienke G. W. Boerma and Peter P. Groenewegen. “Unity or diversity? Task profiles of general practitioners in Central and Eastern Europe.”, In: *European Journal of Public Health*, Vol. 10, 2001, pp. 249-254.

- Han, Wei. "Health Care System Reforms in Developing Countries", *Journal of Public Health Research* Vol. 1(e31), 2012, pp. 199-207.
- Ibrahimov, Fuad, Aybaniz Ibrahimova and Erica Richardson. "Health financing in Azerbaijan: Political Barriers on the Road to Reform", *Eurohealth*, Vol. 16(2), 2010, pp. 25-26.
- Ibraimova, Ainura, Baktygul Akkazieva, Aibek Ibraimov, Elina Manzhieva and Bernd Rechel. "Kyrgyzstan: Health system review, Health Systems in Transition", Vol. 13(3), *WHO*, Denmark, 2011.
- Katsaga, Alexandr, Maksut Kulzhanov, Marina Karanikolos and Bernd Rechel. "Kazakhstan Health System Review", *Health Systems in Transition*", *WHO*, Denmark, Vol. 14(4), 2012.
- Kulesher, Robert R. and Elizabeth E. Forrestal. "International Models of Health Systems Financing", *Journal of Hospital Administration* Vol. 3(4), 2014, pp. 127-139.
- Mavlyanova, Dilbar, Roza Mukhamediyarova, Sevil Abdurakhimova, Farkhad Fuzailov and Elena Tsoyi. "Primary Health Care Development in Uzbekistan: Achievements and Challenges: Analytical Review", *Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan Report*, 2014, <https://www.minzdrav.uz/en/services/data.php?ID=41241>; accessed: 08.03.2016.
- Rechel, Bernd, Bayard Roberts, Erica Richardson, Sergey Shishkin, Vladimir M Shkolnikov, David A Leon, Martin Bobak, Marina Karanikolos and Martin McKee. "Health and Health Systems in the Commonwealth of Independent States", *The Lancet*, Vol. 381(9872), 2013, pp. 1145-1155.
- Richardson, Erica. "Armenia Health system review: Health Systems in Transition", *WHO*, Denmark, Vol. 15(4), 2013.
- Roberto, Bendini. "Turkmenistan: Selected Trade and Economic Issues", [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/briefing\\_note/join/2013/491503/EXPO-INTA\\_SP\(2013\)491503\\_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/briefing_note/join/2013/491503/EXPO-INTA_SP(2013)491503_EN.pdf), 2013, accessed: 07.10.2015.
- Rohde, Jon, Simon Cousens, Mickey Chopra, Viroj Tangcharoensathien, Robert Black, Zulfiqar A Bhutta and Joy E Lawn. "30 Years After Alma-Ata: Has Primary Health Care Worked in Countries?", *The Lancet* Vol. 372 (9642), 2008, pp. 950-961.



- Rowland, Diane and Alexandre V. Telyukov. "Soviet Health Care from Two Perspectives", *Health affairs*, Vol. 10(3), 1991, pp. 71-86.
- Rukhadze, Tamari. "An overview of the health care system in Georgia: expert recommendations in the context of predictive, preventive and personalized medicine", *The EPMA journal*, Vol. 4, 2013, pp. 1-13.
- Sarvinoz, Barfieva. "Transforming Primary Health Care in Tajikistan through Performance-Based Financing", <http://blogs.worldbank.org/voices/transforming-primary-health-care-tajikistan-through-performance-based-financing>, 2015; accessed: 07.02.2016.
- Schieber, George, Cristian Baeza, Daniel Kress and Margaret Maier. "*Financing Health Systems in the 21st Century*". (eds.) Dean T. Jamison, Joel G. Breman, Anthony R. Measham, George Alleyne, Mariam Claeson, David B. Evans, PrabhatJha, Anne Mills and Philip Musgrove, *Disease Control Priorities in Developing Countries*, Oxford University Press, 2006, pp. 225-242.
- Sehngelia, Lela, Milena Pavlova and Wim Groot. "Impact of Healthcare Reform on Universal Coverage in Georgia: A Systematic Review", *Diversity & Equality in Health and Care*, Vol. 13(5), 2016, pp. 349-356.
- Tonoyan, Tamara. "Health care system in Armenia: Past, present and prospects", *Diskussionspapiere//Technische Universität Berlin, Fakultät Wirtschaft und Management*, No. 2004/11, 2004, pp.1-37.
- UNDP. *Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerabilities and Building Resilience*, Human Development Report, USA, 2014.
- Van W. Lerberghe. *Primary Health Care: Now More Than Ever*, The World Health Organization Report, Switzerland, 2008.
- WHO. "Declaration of Alma-Ata", [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)., 2008; accessed: 17.09.2014.