

İRAN İSLAM CUMHURİYETİ VE COVID-19 PANDEMİSİ

Raziye Özdemir*

Öz: Köklü medeniyet tarihine sahip olan İran, 1979 devriminden bu yana İslam Cumhuriyeti olarak yönetilen bir ülkedir. Dini Lideri Ayetullah Ali Hamaney, Cumhurbaşkanı Hasan Ruhani'dir. İran'da sağlık hizmetleri kamu sektörü, özel sektör ve sivil toplum kuruluşları tarafından sunulur. 1990'lı yıllardan bu yana süre gelen reformlar kapsamında, 2014'de Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulanmaya başlamıştır. İran'da resmi makamlar tarafından doğrulanan ilk COVID-19 vakaları 19 Şubat 2020'de Kum kentinde ortaya çıkmıştır. Virüs, iki hafta içinde İran'ın 31 şehrine yayılmıştır. 31 Mayıs 2021 itibarıyla, toplam vaka sayısı 2.902.094, toplam ölüm sayısı 79.939, fatalite hızı %2,8'dir. İran'ın ekonomik sorunları ve ABD yaptırımları, salgına bağlı zararları artırmıştır. Salgın sürecinde sağlık sisteminin karşılaştığı zorlukların başında koruyucu ekipman, ilaç ve tıbbi malzeme sıkıntısı gelmektedir. İran'da 22 Ağustos'a kadar 12 bin sağlık çalışanı enfekte olmuş ve 164 çalışan yaşamını kaybetmiştir. Salgının başlangıcından 2021 yılının ilk aylarına kadar ölen sağlık çalışanı sayısı en az 533 olarak bildirilmektedir.

Anahtar sözcükler: İran İslam Cumhuriyeti, sağlık sistemi, COVID-19, pandemi

The Islamic Republic of Iran and the COVID-19 Pandemic

Abstract: Iran, which has a deep-rooted civilization, is a country that has been ruled as an Islamic Republic since the 1979 revolution. Ayatollah Ali Khamenei is Iran's Supreme Leader and the current President of Iran is Hassan Rouhani. Health services in Iran are provided by the public sector, private sector and non-governmental organizations. Within the scope of the reforms that have been going on since the 1990s, the Health Transformation Program started to be implemented in 2014. The first COVID-19 cases confirmed by official authorities in Iran emerged in the city of Kum on February 19, 2020. 31 provinces of Iran were infected by the novel coronavirus within two weeks. As of 31 May 2021, the total number of COVID-19 cases is 2.902.094 and the total number of deaths is 79.939, the fatality rate is 2.8%. The troubles associated with the COVID-19 epidemic have increased due to Iran's deep economic problems as well as severe US sanctions. The main difficulties faced by the health system during the epidemic process is the shortage of protective equipment, medicine and medical supplies. From the start of the COVID-19 epidemic in Iran until August 22, the number of healthcare workers infected with the virus is 12.000, and the number of healthcare workers who died is 164. It is reported that the number of healthcare workers who died from the beginning of the epidemic until the first months of 2021 is at least 533.

Key words: Islamic Republic of Iran, healthcare system, COVID-19, pandemic

Giriş

Bu yazı, üç ana bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, İran İslam Cumhuriyeti'nin genel özelliklerine ve tarihsel gelişim sürecine yer verilmiştir. İkinci bölümde, sağlık sisteminin yapısı açıklanmış ve sağlık göstergeleri sunulmuştur. Son bölümde ise İran'da COVID-19 salgınına ilişkin süreç özetlenmiştir.

1. İran İslam Cumhuriyeti'nin Genel Özellikleri ve Tarihsel Gelişimi Genel Özellikler

1.1. Genel özellikler

Yirminci yüzyılın ortalarına kadar Persiya olarak bilinen İran platosundaki medeniyet tarihinin beş bin yıldan fazla olduğu tahmin edilmektedir (Danaei ve ark., 2019). Arapların 651'de Sasani İmparatorluğu'nu yıkması ile İran toprakları İslam dini ile buluşmuş, izleyen yüzyıllarda Arap, İran ve Türk hanedanları hüküm sürmüştür. Şah İsmail'in 1501'de kurduğu Safaviler'in ardından İran'da 1722-1925 yılları arasında Kaçar Hanedanı, İslam Devrimi'nin gerçekleştiği 1979 yılına kadar da Pehlevi Hanedanı hüküm sürmüştür.

1.2. Coğrafi özellikler

Güneybatı Asya'da yer alan İran, jeopolitik açıdan Ortadoğu ülkesi olarak kategorize edilir. İran, kuzeyde Hazar Denizi, güneyde Basra ve Umman körfezleri arasında bulunur ve Türkiye, Azerbaycan, Ermenistan, Irak, Pakistan, Afganistan ve Türkmenistan ile kara sınırına sahiptir. Yüzölçümü 1 milyon 648 bin kilometrekare olan ülkenin yarısından fazlası dağlık, dörtte biri çöl ve geri kalanı ekilebilir topraklardır (Verulava, 2006).

1.2.1. Demografik ve toplumsal yapı

İran'ın nüfusu 2020'de 84.923.314 olup, nüfusun yarısını kadınlar oluşturur (CIA). Nüfus artış hızı %1,4'tür (2019) (World Bank). Kentsel nüfusun payı 1950'de %31 iken, 2020'de %76'ya ulaşmıştır (Woldometer). Ağırlıklı olarak genç nüfusa sahip olan İran'da medyan yaş 32'dir (CIA). Toplam nüfusun yaklaşık %7'sini 65 yaş ve üstü bireyler oluşturur. Toplumun etnik kökene göre dağılımı %61 Fars, %16 Azeri, %10 Kürt, %13 diğer etnik

*Doç. Dr., Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü (ORCID No: 0000-0002-7033-3471)

Geliş Tarihi / Received : 18.11.2020

Kabul Tarihi / Accepted : 04.06.2021

gruplar şeklindedir. Ülkenin resmi dili Farsça'dır. Etnik kökenden bağımsız olarak nüfusun %90'ından fazlası Farsça konuşabilir (**Majbouri ve Fesharaki, 2019**). Halkın %99'u müslümandır (yaklaşık %95 Şii, %5 Sünni) (**CIA**).

1.2.2. Yönetim şekli

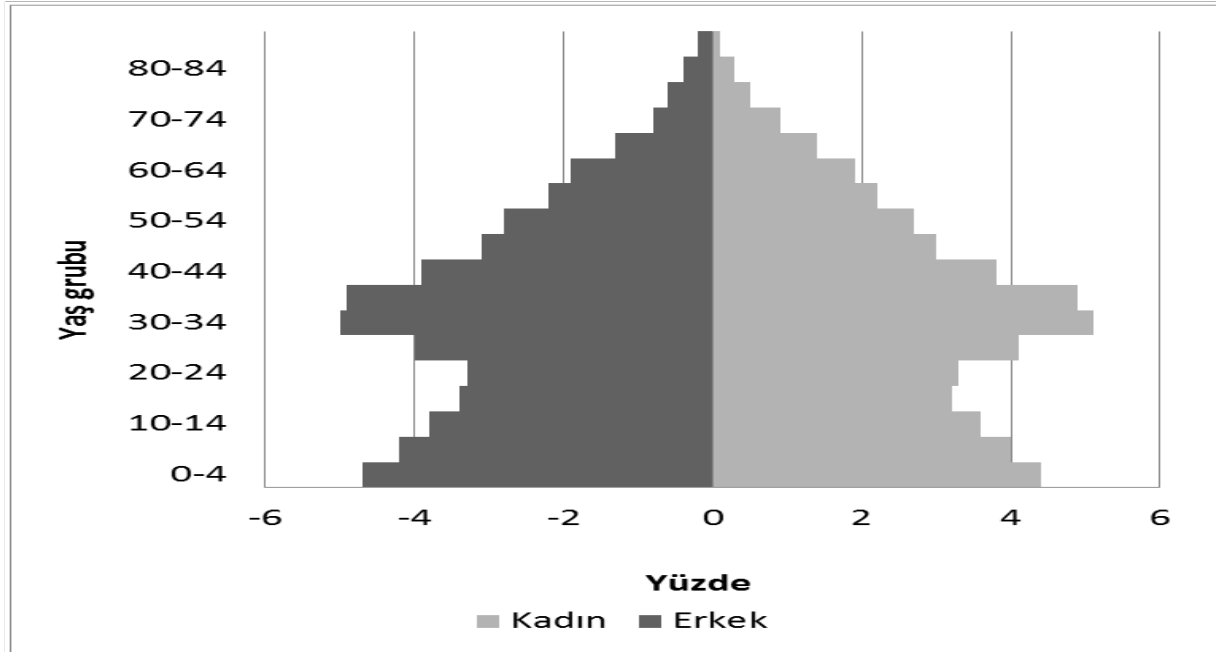
Ülkenin resmi dini İslam, resmi mezhebi İsnâaşeriyeye Şiiliği'dir (**CIA**). Din adamlarının oluşturduğu Uzmanlar Meclisi tarafından seçilen dini lider en yüksek devlet otoritesidir ve yasama, yürütme ve yargı sistemlerini denetler. Hükümetin başında cumhurbaşkanı vardır. Cumhurbaşkanı, parlamento üyeleri ve belediye meclis üyeleri dört yılda bir halk oyu ile seçilirken, meclis başkanı parlamento üyeleri tarafından seçilir (**Danaei ve ark., 2019**). Yasama yetkisi meclise aittir. Ancak, yasaların uygulanmadan önce Muhafızlar Konseyi tarafından onaylanması gereklidir (**Verulava, 2006**).

1.2.3. İdari yapı

İran'da ostan adı verilen 31 il vardır. Ostanlar şehristanlara, bucaklara ve köylere ayrılır. İdari birimlerin yöneticileri 1997'ye kadar içişleri bakanı tarafından atanmış iken bu yıldan sonra Anayasa'da öngörüldüğü şekilde halk oyu ile seçilmektedir (**Verulava, 2006**).

1.2.4. Sosyoekonomik özellikler

İran, dünyada doğal gaz rezervlerinde ikinci, kanıtlanmış ham petrol rezervlerinde dördüncü sırada yer alır. Devlet gelirleri ve ekonomik aktiviteler büyük ölçüde petrol gelirine bağlıdır. Pek çok sektörde devlet işletmeciliği baskındır. Gayri safi yurtiçi hasılası (GSYH) 2019/20'de 463 milyar ABD doları olan İran, Dünya Bankası tarafından yüksek-orta gelirli ülkeler arasında sınıflandırılır (**World Bank**). İran'da günde 5,5 dolarından az gelir ile yaşayan nüfusun düzeyi %11, gini endeksi 41'dir (**World Bank**). En zengin %1'in gelirden aldığı pay, en yoksul %40'ın aldığı pay kadardır (sırasıyla %16,3, %16,6) (**United Nations**). Toplam emek gücü 2017'de yaklaşık 31 milyondur. Emek gücünün sektörlere göre dağılımı %16 tarım, %35 sanayi, %49 hizmet sektörü şeklindedir (**CIA**). İşgücüne katılım kadınlar %17, erkeklerde %71'dir (**United Nations**). İşsizlik hızı ise 2019'da erkeklerde %9 ve kadınlarda %17 olmak üzere, %11'dir (**World Bank**). Toplam işgücü arasında işsizliğin en fazla olduğu grubu yüksek öğrenim düzeyine sahip bireyler oluşturur (erkeklerde %13, kadınlarda %30) (**Danaei ve ark., 2019**). İran'ın 2018'de insani gelişme endeksi puanı 0,797 (189 ülke arasında 65. sırada), toplumsal cinsiyet eşitsizliği puanı 0,492'dir (162 ülke arasında 118. sırada). Kadınlar oy kullanma hakkını 1962'de kazanmış olup, parlamentodaki sandalyelerin %6'sı kadınlara aittir. On beş yaş ve üstü yetişkinlerin %86'sı okuryazdır.



Şekil 1. İran nüfus piramidi, 2020

Kaynak: PopulationPyramid.net. <https://www.populationpyramid.net/iran-islamic-republic-of/2020/>

Orta okul mezunu olan yetişkinlerin düzeyi kadınlar da %67, erkeklerde %72'dir (**United Nations**). Üniversite öğrencilerinin sayısı 1990'da yaklaşık 310 bin iken 2016'da dört milyona yükselmiştir (**Danaei ve ark., 2019**).

1.3. İran İslam Cumhuriyeti'nin tarihsel gelişimi

İran İslam Cumhuriyeti'nin tarihçesi, Kaçar Hanedanı döneminden başlayarak günümüze kadar geçen süreç çerçevesinde özetlenmiştir.

1.3.1. Kaçarlar dönemi

Kaçarlar, merkezi devlet mekanizmasına sahip değildi. Nüfusun %25-30'unu göçebe ya da yarı göçebe özerk aşiretler, yarısından fazlasını köylüler ve geri kalanını şehirli halk oluşturuyordu. Pek çok aşireti farklı etnik ve dini grubu barındıran hanedanlıkta halk kendi dili ve hiyerarşisi olan küçük cemaatler halinde yaşıyordu. Devletin yetki alanı başkent ve çevresi ile sınırlıydı. Şah, mutlak otoriteye sahip görünse de halkın yaşamı üzerindeki egemenlik ayanlara (aşiret reisleri, toprak ağaları, zengin tüccarlar ve ulema) aitti. Kaçarlar, sosyal bölünmeleri sistemli biçimde yönlendirerek ayakta kalıyorlardı. Ancak 19. yüzyıldan itibaren kapitalist batı ile iletişiminin artmasıyla bu politika işlemez hale geldi. Yabancı ülkelere verilen geniş ekonomik ve ticari kapitülasyonlar ve artan dış borç yükü nedeni ile ağırlaşan ekonomik koşullar altında saraya karşı muhalefet hareketi güçlendi ve 1905'te Meşrutiyet Devrimi gerçekleşti. Devrimden sonra ülkede meclis ve anayasa oluşturulsa da kargaşa devam etti. I. Dünya Savaşı'nda ülkenin güneyi İngilizler, kuzeyi Ruslar tarafından işgal edildi (**Abrahamian, 2019**). Öte yandan 1908'de Huzistan'da petrol bulunmasının ardından Anglo-Pers Petrol Şirketi önemli ticari imtiyazların sahibi olur iken, 1917 Devrimi'nin etkisiyle radikalleşmiş ve mücadele gücü yüksek bir işçi sınıfı da doğuyordu. Petrol sanayisinde ilk grevlerini başlatan işçiler arasında İran Komünist Partisi'nin örgütlediği sendikal faaliyetler yaygınlaşıyordu (**Marshall, 2020**). Sonuç olarak iç ve dış karmaşalarla ülkede zaten zayıf olan merkezi otorite işleyemez hale geldi ve 1921'de Rıza Han'ın liderliğinde İngiliz destekli askeri darbe gerçekleşti (**Rashidyash, 2012**). Sıkıyönetim koşullarında alınan Meclis kararıyla 1925'te Kaçar Hanedanı yıkıldı ve Rıza Han'ın kendisini Şah ilan etmesiyle Pehlevi Hanedanı kuruldu (**Vaghefi, 2017**).

1.3.2. I. Pehlevi dönemi (Rıza Şah, 1925-1941)

Rıza Şah dönemi, güçlü merkezi devlet mekanizmasının oluşturulması, ülkede ulus bilincinin yaratılması, modernleşme ve kalkınma girişimlerinin yaşama

geçirilmesi ile karakterizedir. Bu dönemde özerk bölgelerin ve eyaletlerin hakimiyet altına alınması, Farsça'nın resmi dil olarak kabul edilmesi, ülkenin Persiya olan adının İran olarak değiştirilmesi gibi pek çok düzenleme yaşama geçirildi (**Abrahamian, 2019**). Bu düzenlemelere karşı herhangi bir muhalefet hareketi olduğu takdirde ordu aracılığı ile bastırılıyordu. Şah'ın ülkeyi modernleştirme girişimleri, ithal ikameci ekonomi politikasına dayalı sanayileşme programı ile eş zamanlı yürütüldü. Rıza Şah, yerel girişimcileri yatırıma teşvik edip, yabancı devletlere ticari ayrıcalıklar tanıyan 19. yüzyıl kapitülasyonlarını kaldırdı. Ülkede yaşanan sanayileşme dalgası ile bir taraftan sanayi burjuvazisi, diğer taraftan işçi sınıfı hızla büyüyordu. Bu dönemde komünist faaliyetleri yasaklayan kanun çıkarılarak sendikal faaliyetler suç kapsamına alındığı için işçi eylemlerine geçit verilmiyordu. Rıza Şah, 1930'lu yıllarda İngiltere'nin ülke ekonomisi üzerindeki nüfuzundan duyduğu kaygı nedeniyle Almanya ile yakın ilişki içine girmiş, İkinci Dünya Savaşı sırasında da Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği'ne (SSCB) saldırması için Hitler'e üs temin etmişti. Bölgedeki çıkarları tehdit edilen İngiltere ve SSCB tarafından İran 1941'de işgal edildi. İşgalci ordular çok geçmeden Rıza Şah'ı tahttan indirdi ve yerine oğlu Muhammed Rıza'yı geçirdi (**Marshall, 2020; Tudeh Party of Iran, 2020**).

1.3.3. II. Pehlevi dönemi (Muhammed Rıza Şah, 1941-1979)

Muhammed Rıza Şah tahtı devraldığı zaman işgal altındaki ülkede otorite sağlayacak güçte değildi. Bu nedenle Şah'ın iktidarını pekiştirmesini sağlayan 1953 askerî darbesine kadar ülkedeki Şah hegemonyasının kesintiye uğradığı bir ara dönem yaşandı. Bu dönemde siyasi tutuklular salındı ve Rıza Şah'ın baskısı altında kalan gruplar yeniden aktif hale geldi. Otorite boşluğu, Kaçarlar zamanında halkın üzerinde baskı gücü olan ulemayı, aşiret liderlerini ve toprak sahiplerini yeniden iktidar ortağı olarak öne çıkardı ve siyasal gücün ayanlara kaymasına neden oldu. Diğer taraftan yeni özgürlüklerle birlikte işçi sınıfının hak mücadeleleri ve grevleri yaygınlaşıyordu. İşçileri bir çatı altında toplayabilecek ve ayanların iktidardaki egemenliğine karşı duracak tek güç ise Tudeh Partisi idi (**Abrahamian, 2019**). Aralarında İran Komünist Partisi'nin üyelerinin de yer aldığı bir grup tarafından 1941'de kurulan Tudeh, hızla saflarını büyütmüş ve 1945-46 yıllarında kitlelerin partisi olmuştu (**Tudeh Party of Iran, 2020**). Tudeh, 1946'da İran tarihindeki en büyük grev olan 65 bin petrol işçisinin katıldığı grevin ardından ücret ve çalışma koşullarının iyileştirilmesine yönelik taleplerinin çoğunu

kazanınca siyasetteki en önemli güç odağı haline geldi. Ulusal hareketlerin ve işçi mücadelelerinin kıskacı arasında kalmış olan Hükümet, Azerbaycan ve Kürdistan'daki cumhuriyetlerin özerkliklerini ilan etmeleri ile daha da zor duruma düştü. Şah ortamı yatıştırmak için bazı tavizler veriyse de işe yaramadı ve İngilizlerin desteğini alarak karşı saldırı başlattı. Sendika militanları ve parti liderleri tutuklandı (**Marshall, 2020**). Hükümet, üstünlüğü ele geçirirken, Tudeh'in kaybettiği güç, milliyetçi Muhammed Musaddık'ın liderliğindeki Ulusal Cephe hareketinin yükselmesine neden oldu.

Musaddık, 1949'da tabanı kentli orta ve alt sınıflardan oluşan Ulusal Cephe'yi kurdu. Bu hareketin amacı, İran'ı, Anglo-İran Petrol Şirketi formunda somutlaşan yabancı egemenliğinden kurtarmaktı. Ulema sınıfının ileri gelenleri dahil büyük bir halk desteğini arkasına alan hareket, İran Şahı'nı 1951'de Musaddık'ı başbakanlığa getirmek zorunda bıraktı. Musaddık'ın kamulaştırma girişimleri, ulusal burjuvazinin Ulusal Cephe'ye verdiği desteğin artmasına neden oldu (**Kuduoğlu, 2019**). Bu dönemde işçi hareketleri büyüdü ve Şah rejimine karşı gösterilerde cumhuriyet kurulmasını isteyen çağrılar yapılmaya başlandı. Devrimci değişim tehlikesi görünür hale geldiğinde, Ulusal Cephe'nin doğasındaki istikrarsızlıklar açığa çıktı ve çıkarları tehlikeye giren burjuva sınıfının hükümete verdiği destek kesildi. Pek çok ulema, Tudeh ile arasına mesafe koyamayan Musaddık'ın ülkeyi komünist tehditten koruyacak kadar güçlü olmadığı gerekçesi ile Ulusal Cephe'den ayrıldı ve desteğini Şah'a kaydırıldı (**Hazır, 2018**). Musaddık'ın petrolün devletleştirilmesi girişimini başlatmasının ardından İngiltere ve ABD'nin zamansız devreye sokulan darbe planının açığa çıkması üzerine, ülkede ayaklanmalar yükseldi ve protestolar arasında Şah ülkeyi terk etti. Ardından ABD ve İngiltere'nin "gizli servislerinin" düzenlediği Ajax Operasyonu ile Musaddık devrildi (**Marshall, 2020**). Saygın ayetullahların çoğunluğunun desteklediği darbe, İran'ın uluslararası komünizmden kurtuluşu olarak tarihe geçti (**Abrahamian, 2019**).

Darbeden sonra ülkeye dönen Muhammed Rıza Şah, tam bir otorite ile yeniden yönetimi devraldı ve ilk iş olarak tüm devlet gücüyle Ulusal Cephe'ye ve Tudeh'e saldırdı. İki hareketin de örgütlenmesi dağıtıldı, liderleri ve üyeleri tutuklandı (**Kuduoğlu, 2019**). Yoğun baskıya maruz kalan işçi sınıfının eylemliliği neredeyse yok oldu. Musaddık deneyiminden ders almış olan burjuvazi de itaatkâr hale

gelmişti. Rejimin konumunu sağlamlaştırmasının ardından, İslamcılara kalan siyasal alanda Şah'a karşı tek güçlü muhalif olarak Ayetullah Ruhullah Humeyni yükselecekti. Şah, Musaddık döneminde gerçekleştirilen reformları yürürlükten kaldırarak kendi kalkınma programını başlattı. Amerikan şirketleri başta olmak üzere, Batılı şirketlere ayrıcalıklar tanıyan yeni petrol anlaşması imzalandı (1954) (**Marshall, 2020**). Şah, bu anlaşmadan sonra artan petrol gelirlerini kullanarak ordu, bürokrasi ve saray patronaj sistemini sağlamlaştırdı. Gizli polis teşkilatı Savak aracılığı ile muhalefete göz açtırmayan Şah, 1963'te Beyaz Devrim adını verdiği ekonomik ve sosyal reform programını başlattı. Beyaz Devrim, kapsamlı toprak reformu, sınırlı kamulaştırma, fabrikada çalışan işçilere net kâr üzerinden pay verilmesi, kadınlara seçme hakkı tanınması, eğitim, sağlık ve tarım sektörlerinde düzenlemeleri içeren önlem paketinden oluşuyordu. Toprak reformu ile 1,5 milyon köylü toprak sahibi yapılsa da çok sayıda köylü şehirlere göç ederek sanayide emek gücü oluşturmak üzere kent yoksulları arasına katıldı (**Abrahamian, 2019**).

Bin dokuz yüz yetmiş üç petrol krizi sırasında, petrol fiyatlarındaki artışa paralel olarak İran'ın petrol gelirleri önemli ölçüde arttı. Ülke sermaye içinde yüzüyordu, ancak petrol gelirleri ulusal burjuvaziye aktarıldığı için eşitsizlikler de derinleşiyordu (**Abrahamian, 2019**). Çok geçmeden ekonomik altyapı büyük boyutlardaki ihracatla başa çıkamadı ve ülke ekonomik krize girdi. Ekonomik bunalım, saraya muhalefeti artırıyor, ücretlerin düşmesi ile fabrikalarda muhalefet tırmanıyordu. Rejim, 1977'de gecekonduların yıkımına karşı kent yoksullarının kitlesel direnişi ile karşılaşınca sert önlemler almaya başladı. Zamanla protesto gösterilerinde Ayetullah Humeyni'nin etrafında örgütlenen dinsel kast yerini aldı. Beyaz Devrim'e muhalefetinden dolayı sürgüne gönderilen Humeyni, camiler, dinsel kurumlar ve bazaar aracılığıyla faaliyet gösteren taraftar ağına sahipti. Bu ağın gecekondular bölgelerinde etkisini artırması ile kent yoksulları Humeyni'yi desteklemeye başladı. Humeyni'nin çağrısı üzerine 1978'in başında dinsel sloganlarla gerçekleştirilen gösterilerin boyutu, kent yoksullarının katılımı ile değişti (**Marshall, 2020**). Ağustos 1978'de sıkıyönetim ilan edildi ve "Kara Cuma" olarak anılan 8 Eylül'de Tahran'da askerler binlerce göstericiyi öldürdü (**Abrahamian, 2019**). Rejim kendisine yönelik tehdidi ortadan kaldırdığını düşünürken işçi sınıfının mücadeleye dahil olması olayların seyrini değiştirdi. Ülke geneline yayılan grevlere bütün emekçi kesimler katılıyordu.

Bu arada hükümet ve ordu içindeki yolsuzluklar ortaya çıkınca grev ve gösteriler daha da arttı ve Rejim kontrolü sağlayamaz hale geldi. İşçi sınıfının gücünü fark eden Humeyni, zaman kaybetmeden sözlerini kitlelerin talepleri ile uyumlu hale getirdi. Söylemlerini mustakberin (ezenler) ve mustazafın (ezilenler) üzerine kurguladı. Pehlevi'leri, yabancı sermayeyi ve destekçilerini mustakberin içinde; işçileri, köylüleri, yoksulları ve bunların dini temsilcilerini mustazafın içinde sınıflandıyordu. Yıllarca laik ideolojilere karşı çıkmış olan Humeyni, devrim sözcüğünü telaffuz etmeye ve kapitalizme saldırmaya başlıyor, halkın egemen olduğu bir düzen kurulacağını vurgulayarak "şerefli İran halkı grevlerini sürdürmelidir" diyordu. Humeyni, ulusal ölçekte önderliği kabul gören tek lider durumuna gelmişti. Aralık ayında petrol işçileri, hükümeti günde 74 milyon dolar gelir kaybına uğratan yeni bir kitlesel grev başlattı. Şah, grevleri zor yoluyla bastırmaya çalışsa da başarılı olamadı. Gösteriler olağanüstü boyutlara ulaştı ve Şah 16 Ocak 1979'da Mısır'a gitmek üzere ülkeyi terk etti (Marshall, 2020).

1.3.4. Humeyni dönemi (1979-1989)

Devrimin başarıya ulaşmasının ardından, Humeyni sürgün edildiği Fransa'dan 1 Şubat 1979'da İran'a döndü. On altı Şubat'ta bütünüyle sona eren Pehlevi Hanedanı'ndan sonra Humeyni'nin ilk yılları, ülkede İslamcı ideolojinin yerleşmesinin önündeki engelleri kaldırmakla geçti. 1 Mayıs 1979'da ülkenin yönetim şeklini belirlemek amacıyla yapılan referandumda halktan "İslam Cumhuriyeti" veya devrilmiş olan "saltanat" arasında bir tercih yapması istendi (Marshall, 2020). Referandum sonucu %98 İslam Cumhuriyeti yönündeydi (Veruava, 2006). Anayasa referandumu, Humeyni yanlısı öğrencilerin Amerikan Büyükelçiliği'ni basarak 52 kişiyi 444 gün süreyle rehin tutacağı krizin patlak verdiği günlerde gerçekleştirildi. Kabul edilen yeni İslami Anayasa, Şii bir ayetullahın ulusun ve devletin liderliğini yaşamı boyunca üstlenmesini getiriyor (Velayet-i Fakih ilkesi) ve lider ayetullahın yetkileri orduyu yönetmek, savaş ve barış ilan etmek, savcılar ve yargıçları atamak ve Uzmanlar Meclisi üyelerini seçmek şeklinde tanımlanıyordu. Humeyni'nin getirildiği bu makamın yetkilerini sınırlayacak bir yasa bulunmuyordu (Vaghefi, 2017). Anayasa-daki bu düzenlemeye karşı çıkanlar olsa da rehine krizi ülke gündemini Amerikan karşıtlığı yönünde değiştirdiği için herhangi bir sonuç elde edilemedi (Abrahamian, 2019).

Rehine krizinin yanı sıra, Humeyni rejiminin toplum üzerindeki kontrolünü sağlamlaştırmasına olanak veren ikinci olay Irak'ın 1980'de İran'a girmesiyle baş-

layan ve sekiz yıl sürecek olan savaş idi. Humeyni, Sünnilere ve Araplara karşı mezhepçi ve ırkçı söylemlerine anti-emperyalizmi ekleyerek ulusal birlik çağrısında bulundu (Marshall, 2020). Rejim, bir taraftan da devlet sektörünü, orduyu ve bürokrasiyi güçlendiriyor, yarı özerk vakıflar aracılığı ile kendi patronaj sistemini kuruyordu (Abrahamian, 2019). Rejimin toplum üzerinde kontrolü sağlamasında kritik önemi olan Pasdaran (Devrim Muhafızları Ordusu) ve Basij birlikleri bu dönemde oluşturuldu. Büyük ölçüde geleneksel küçük burjuvazi ile kent yoksulları arasında devşirilen Pasdaran ve Basij üyeleri rejimin fanatik destekçileri ve Humeyni'nin baskı politikasının uygulayıcıları idi. Humeyni'nin kurduğu İslami Cumhuriyeti Partisi'ne muhalefet eden kişiler Irak'la işbirliği ile hak talebinde ısrar eden işçiler mustakberin temsilcisi, Baasçı ajan ya da siyonizmin ve emperyalizm uşağı olmakla suçlanıyordu (Marshall, 2020). Tudeh, yasadışı ilan edilerek liderlerinin 10'u ölüm, geri kalanı 700 yılı aşan hapis cezasına çarptırıldı (Tudeh Party of Iran, 2020). 1983 yılına gelindiğinde, tanrı-sız ve hain olarak tanımlanan sol enkaz yığını haline gelmiş ve tüm seküler muhalefet ortadan kaldırılarak rejimin yolu bütünüyle açılmıştı. Rejimin sınıf egemenliğini sürdürmesinin bir aracı olarak kullandığı savaşta yüz binlerce işçi ve köylü yaşamını yitirdi (Marshall, 2020).

1.3.5. 1990-günümüz

Humeyni'nin 3 Haziran 1989'da ölümünden sonra dini lider olarak, 1981-89 yılları arasında cumhurbaşkanlığı da yapmış olan Ali Hamaney seçildi ve hâlâ devam etmektedir. Humeyni sonrası dönemde Haşimi Rafsancani (1989-1997), Muhammed Hatemi (1997-2005), Madmud Ahmedinejad (2005-2013) ve Hasan Ruhani (2013-günümüz) cumhurbaşkanı seçilmiştir.

Rafsancani döneminde, Humeyni'nin İslamcı refah devleti modelinden uzaklaşarak serbest piyasa temelinde ekonomik reformlar uygulanmaya başlandı (Bahramitash, 2004). Devrimden sonra devlet denetimine geçen pek çok sanayi kuruluşu özelleştirildi, yasaklanan yabancı sermayenin yeniden ülkeye girişi için kolaylık sağlandı ve uluslararası izole edilmişlikten kurutulabilmek için diplomatik girişimler artırıldı (Berber, 2013). Rafsancani'nin açık kapı politikası ekonomik alanla sınırlıydı ve İslami değerlerden herhangi bir taviz içermiyordu. Buna rağmen pek çok İranlı, ekonominin liberalleşmesinin demokrasi getireceği ve İslami yasaları gevşeteceği umudu ile Rafsancani'yi destekledi (Bahramitash, 2004). Neoliberal politikalar ülkenin ekonomik sorunlarını derinleştirdi. Petrol ihracatındaki düşüş ve

ekonomik yaptırımlar nedeniyle İran'ın dış borcu arttı. Ayrıca, devrimden sonra İslami rejime yakın yolsuzlukların ve rüşvetin egemen olduğu yeni rantiyeci sınıf ortaya çıktı. Serbest piyasa ekonomisini destekleyen bu sınıfın karşısında, devletin ekonomide baskın olmasını isteyen ve önemli politik ve ekonomik kaynağı kontrol eden Pasdaran, Basij ve vakıf nitelikli ticari işletmeler (Bunyard-i Mustazafin) bulunmaktadır. Bu grupların dini lider dışında kimseye hesap verme zorunluluğu yoktur (**Berber, 2013**).

Humeyni sonrası rejimin başarılı olduğu alan aile planlamasıdır. İran'da 1966'da aile planlaması programı başlatılmıştı. Ancak İslam Devrimi'nden sonra kontraseptif kullanımının İslami ilkelere aykırı ve evlilik, aile kurma ve çocuk yetiştirmenin temel İslami erdemler olduğu vurgulanarak, evli çiftler daha fazla çocuk sahibi olmaları konusunda teşvik edildi. Böylece 1976'da 34 milyon olan İran'ın nüfusu, 1986'da 50 milyona kadar yükseldi. Nüfus artışına bağlı ekonomik ve sosyal kaygılar oluşmaya başladığı zaman, 1989'da pronatalist politikadan vazgeçildi. Dini liderler bu kez "aile planlamasına İslami engel yoktur" şeklinde fetva veriyor ve İslam dininin iki çocuklu aileden yana olduğunu duyuruyordu (**Abrahamian, 2019**). Aile Planlaması Yasası'nın 1994'de onaylanmasının ardından nüfus artış hızı 2015'te %1,2'ye kadar düştü (**Danaei ve ark., 2019**).

Humeyni döneminde tüm muhalif gruplar temizlendiği için günümüzde İran'daki tek muhalefet konusu hükümetin başına muhafazakârların mı yoksa reformistlerin mi geçeceği. Muhafazakârlar geleneksel politikaları benimserken, reformistler bireysel özgürlüklerin İslami sınırlar içerisinde genişletilmesini, serbest piyasa ekonomisini, Batılı ülkeler ile entegrasyonu savunmaktadır (**Vaghefi, 2017**). Rafsancani'den sonra reformist kanattan Muhammed Hatemi ve ardından gelen muhafazakâr Madmud Ahmedinejad döneminde de sosyoekonomik sorunlar devam etmiştir. Ahmedinejad döneminde Bünyadların rüşvet yoluyla iş yürütme biçimleri denetlenemez hale gelmiştir (**Berber, 2013**). Ahmedinejad'dan sonra seçilen pragmatist Hasan Ruhani hükümetinin öncelikleri de ekonomik sorunlarla baş edilmesi ve uluslararası ilişkilerin geliştirilmesidir.

2. İran Sağlık Sistemi

2.1. Tarihçe

İran sağlık sisteminin tarihçesi, ulusal düzeyde kurumsal yapıların oluşmaya başladığı Kaçar Hanedanı'na kadar uzanır. Kaçarlar döneminde yoksulluk ve kıtlık içinde yaşayan halkın sağlık durumu kötü-

dü. Tifüs, çiçek, kolera, kızamık, veba, tüberküloz, trahom ve sıtma gibi hastalıklar toplumda yineleyen salgınlar yapıyordu. Doğuşta yaşam beklentisi düşük, bebek ve çocuk ölüm hızları çok yüksekti. Buna karşın halka götürülen kamusal herhangi bir sağlık hizmeti bulunmuyordu. On dokuzuncu yüzyılda ülkenin batı ile ilişkilerinin artmasıyla birlikte sağlık alanında birtakım gelişmeler yaşandı. Ülkede 1848-51 yılları arasında başbakanlık yapan Emir Kebir tarafından hekimler ve diş hekimleri için ruhsat zorunluluğunun getirilmesini, ilk modern tıp okulu olan Dar al-Funun'un açılmasını, çiçek hastalığına karşı aşılama kampanyası başlatılmasını ve Tahran'da üç büyük devlet hastanesinin kurulmasını içeren reformlar uygulandı. Sağlıkta Koruma Konseyi adı ile 1881'de İçişleri Bakanlığı'na bağlı olarak İran'ın ilk resmi sağlık kuruluşu kuruldu. Halk sağlığını iyileştirmeye yönelik çabaları organize etmek ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele amacıyla oluşturulan Konsey, 1920'de Sağlık ve Yardım İşleri Bakanlığı'nın kurulmasına kadar faaliyet gösterdi. Ardından, Sağlık ve Yardım İşleri Bakanlığı bünyesinde halk sağlığı ve tıbbi işlerin yönetiminden sorumlu olan Halk Sağlığı İdaresi kuruldu (**Danaei ve ark., 2019**).

2.1.1. Pehlevi dönemi

Pehlevi döneminde bulaşıcı hastalıkların kontrolüne, anne ve bebek sağlığını iyileştirmeye, sağlık çalışanı yetiştirmeye ve hizmete erişimdeki eşitsizlikleri azaltmaya yönelik çaba sarfedildi. Ülkede aşı üretiminin başlaması ve bulaşıcı hastalıkların kontrolü açısından İran Pasteur Enstitüsü'nün kuruluşu önemli dönüm noktası oldu. Paris Pasteur Enstitüsü'nün bilimsel desteği ile 1921'de Tahran'da kurulan Enstitü, sıtma, trahom, gine solucanı gibi hastalıkların yükünün azaltılmasında önemli rol oynadı. Enstitü'nün yetki alanı 1965'te genişletilerek Halk Sağlığı Araştırma Enstitüsü haline geldi. İran'da ulusal aşılama programı 1942'de onaylandı ve Kasım 1978'de çiçek hastalığı eradike edildi. Tebriz'de lepra hastanesi (1933), Tahran'da tüberküloz sanatoryumu (1939), Horasan'da Razavi Cüzzam Rehabilitasyon Merkezi (1961) kuruldu. Ayrıca 1952'de sıtma eradikasyon programı başlatıldı ve Tahran Üniversitesi'nde Sıtma ve Parazitoloji Enstitüsü kuruldu. (**Danaei ve ark., 2019**).

Hekim ve diğer sağlık çalışanlarının sayısını artırabilmek için 1928'de yıllık 100 öğrencinin yurt dışında yüksek öğrenim görebilmesine olanak tanıyan yasa çıkarıldı. Bu yasa kapsamında 1928-1935 yılları arasında 640 öğrenci yurt dışına gönderildi (**Danaei ve ark., 2019**). İlerleyen yıllarda Tahran'da ebelik (1939), Meşhed'de hemşirelik (1940) (**Doshmangir ve ark., 2020a**)

Tahran Üniversitesi bünyesinde eczacılık (1956), diş hekimliği (1956) ve halk sağlığı (1966) fakülteleri kuruldu. İran'da 1970'de yedi tıp, üç diş hekimliği ve üç eczacılık okulu bulunuyordu (**Danaei ve ark., 2019**).

Kırsal bölgelere sağlık hizmeti götürmek amacıyla 1931'de Meşhed'de Behdari Eğitim Merkezi kuruldu. Bu merkezde "behdar" adlı sağlık çalışanları dört yıllık eğitimin ardından kırsal alanlara gönderildi. Ancak behdarların büyük bölümü eğitimlerine devam etmeyi ve hekim olarak büyük şehirlerde çalışmayı tercih ettiği için programın başarısı sınırlı oldu ve 1952'de sonlandırıldı. Muhammed Rıza Şah'ın Beyaz Devrim'i kapsamında başlatılan Sağlık Birlikleri girişimi ile tüm erkek tıp mezunlarının askerlik hizmetini kırsal bölgelerde iki yıl zorunlu hizmet şeklinde gerçekleştirmesi sağlandı. Ülke çapında yaklaşık 450 sağlık evi kuruldu. Bu çabalarla kırsal alanlara hizmet götürülmesi açısından gelişme sağlansa da eşitsizlikler devam etti. Daha sonra, 1972'de DSÖ'nün iş birliği ile "Batı Azerbaycan'da Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi" adlı proje kapsamında sağlık evleri yaygınlaştırılarak "behvarz" adı verilen sağlık çalışanları görevlendirildi (**Doshmangir ve ark., 2019**). Bu projenin yanı sıra, 1974'te bazı bölgelerde behdar programı da uygulandı. Projelerden elde edilen sonuçlara dayanarak DSÖ'nün İran için Batı Azerbaycan modelinin uygun olduğu yönündeki önerisi üzerine sağlık evi kurulmasına ve behvarz eğitimine ağırlık verildi. İran'da 1979'da kırsal nüfusun %20'sine sağlık hizmeti götürülebiliyordu (**Doshmangir ve ark., 2020a**).

Pehlevi döneminde hastane hizmetlerinde de gelişmeler yaşandı. İran'ın en büyük hastanelerinden biri olan ve günümüzde İmam Humeyni Hastane Kompleksi olarak bilinen Pehlevi Hastanesi 1946'da kuruldu. Kamu hastanelerinin toplam yatak sayısı 1950'de yaklaşık 2.700 olup, bu yatakların 700'ü Tahran'daki büyük eğitim hastanelerinde, geri kalanı ülkedeki 80 küçük hastanede bulunuyordu. Hükümetin 1960'lı yıllarda özel hastane kurmak isteyenler için düşük geri ödemeli krediler sağlamasının ardından özel sağlık sektörü hızla büyüdü (**Danaei ve ark., 2019**). Beyaz Devrim, hastanelerin gelişmesine, halkın sağlık, eğitim ve kültürel bilgi düzeyinde artışa yol açtı (**Raiesifar ve ark., 2006**). Bu arada, Sağlık ve Yardım İşleri Bakanlığı'nın adı 1941'de Sağlık Bakanlığı, 1976'da ise Sağlık ve Refah Bakanlığı olarak değiştirildi (**Doshmangir ve ark., 2020a**).

2.1.2. Humeyni dönemi

Humeyni döneminde sağlık ile ilgili iki önemli değişim gerçekleşti. Bunlardan birincisi, Batı Azerbaycan

projesine dayalı birinci basamak örgütlenmesinin 1985'de ülke geneline yaygınlaştırılması idi (**Doshmangir ve ark., 2020a**). Ülkede 1989'a kadar sağlık evi sayısı 7.900'a, sağlık merkezi sayısı 4.300'e çıkarıldı (**Danaei ve ark., 2019**). İkinci önemli değişim ise Sağlık ve Refah Bakanlığı'nın yapısının yenilenerek Sağlık ve Tıp Eğitimi Bakanlığı (STEB) adını almasıdır. Bu değişim ile sağlık personeli yetiştirme sorumluluğu, Yüksek Öğretim Bakanlığı'ndan alınarak STEB'e devredildi. STEB, hizmet sunumunun yanı sıra, sağlıkla ilgili tüm faaliyetlerin planlanmasından, yönetilmesinden ve her ilde en az bir tıp bilimleri üniversitesi kurulmasından sorumlu oldu (**Danaei ve ark., 2019**).

2.1.3. 1990 yılından günümüze sağlık politikaları: neoliberal reformlar

Humeyni'nin ölümünden sonra iktidara gelen hükümetlerin izlediği sağlık politikasının ortak özelliği, neoliberal politikalar ile uyumlu istikrarsız reform girişimlerinin gerçekleştirilmesidir. Kalkınma planlarında sosyal adalet vurgusunun ortadan kalkarak destekleyici sağlık ve esenlik konusunun öne çıktığı bu dönemde hastane hizmetleri gelişmiş, eğitim kurumları çoğalmış, anne ve çocuk ölümlerinin azaltılmasına yönelik çalışmalar devam etmiştir.

Genel Sağlık Sigortası (GSS) Yasası'nın 1994'te onaylanmasının ardından, Tıbbi Hizmetler Sigorta Organizasyonu ve Sağlık Sigortası Yüksek Kurulu oluşturuldu. GSS Yasası, başta köylüler ve kentlerdeki serbest meslek sahipleri olmak üzere sigortasız grupların en fazla beş yıl içinde sigorta kapsamına alınması zorunluluğunu getiriyordu. Ulusal düzeyde sağlık sigortası sisteminin koordinasyonundan Sağlık Sigortası Yüksek Kurulu sorumlu olacaktı. Bu yasa ile finansman kaynakları farklı olsa da sigorta paketleri standart hale getirildi. Ancak köylülerden ve serbest çalışanlardan düzenli prim toplamadı ve GSS yoluyla sürdürülebilir sağlık sigortası sağlama amacı gerçekleştirilemedi. GSS tasarısı ile eş zamanlı olarak parlamentoya getirilen hastanelerin özertleştirilmesi yasası 1995'de onaylandı. Özertleşmeye başlayan hastanelerde, hastalara ücretsiz sağlık hizmeti sunumu azaldı. Devlet desteğinin düşmesi karşısında hastanelerin özertliğinin sürdürülebilmesi için tıbbi tarifelerin ve GSS primlerinin artırılması gerekiyordu. Hastaneler çalışanların maaşlarını hastalardan daha yüksek ücret talep ederek ödemeye başladı ve GSS cepten ödemelerde önemli artışla sonuçlandı. Özertleştirme uygulamasından 2003'te geri adım atılsa da hastanelerin mütevelli heyeti tarafından yönetilme -ye başlaması (2005),

bağımsız hastaneler adıyla yeni yönetmeliklerin yayımlanması (2017) gibi düzenlemeler ile bu yöndeki girişimler devam etmektedir (**Doshmangir ve ark., 2019**).

Dünya Bankası'nın iş birliği ile 2004'te hazırlanan proje kapsamında tüm sosyal güvenlik işlevlerinin merkezileştirilmesini amaçlayan Kapsamlı Refah ve Sosyal Güvenlik Sistemi Yasası çıkarıldı ve ardından Refah ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı kuruldu (**Danaei ve ark., 2019**). Tıbbi Hizmetler Sigorta Organizasyonu ve Sağlık Sigortası Yüksek Kurulu, STEB'den alınarak Refah ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlandı. Hizmet sunumunun ve finansmanın ayrılması iki kurum arasında çatışmaya neden oldu. Beşinci Ulusal Kalkınma Planı'nda, 2010 yılında mevcut tüm sağlık sigortası fonlarının Tıbbi Hizmetler Sigorta Organizasyonu içinde birleştirilerek İran Sağlık Sigortası Kurumu adını alması kararlaştırıldı. İran Sağlık Sigortası Kurumu kurulsa da sağlık sigortası fonları gerçek anlamda birleştirilemedi ve tek bir ulusal sigorta sistemi oluşturma amacı hiçbir zaman gerçekleşmedi (**Doshmangir ve ark., 2019**).

Kaliteli hizmete düşük maliyetle erişimi artırma gereksesi ile 2005'te kırsal alanlarda ve 20 binden az nüfusu olan yerleşim yerlerinde aile hekimliği ve "Behbar" (kırsal sağlık sigortası) programları uygulanmaya başladı. Aile hekimliği programı, 2012'de Fars ve Mazdaran illerinde başlatılan pilot uygulamalarla kentsel ortamlara genişletildi (**Doshmangir ve ark., 2020**). Uygulama sonucunda sevk sistemi işletilemedi ve program kırsal alanlar ve pilot illerin varoş bölgeleri ile sınırlı kaldı (**Doshmangir ve ark., 2019**).

STEB, 2014 yılından bu yana Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı uygulamaktadır. Programın başlıca hedefleri, sağlık sigortası kapsayıcılığının artırılması, kamu hastanelerinin hizmet kalitesinin iyileştirilmesi, cepten ödemelerin azaltılması, birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimin artırılması ve tıbbi fiyat tarifelerinin güncellenmesidir (**Alinia ve ark., 2019**). Program ile sigortası olmayan 10 milyon kişi sigorta kapsamına alındı. Sağlığa ayrılan payın artışıyla cepten ödemeler azaldı. Tıbbi tarifeler önemli ölçüde artırılırken, hastaların katkı payı azaldı. Bu durum kamu hastanelerinde sağlık hizmeti talebinin artmasına ve aşırı hizmet kullanımına neden oldu. Sürekli artan sağlık harcamaları, hizmet sağlayıcılara zamanında geri ödeme yapmada zorluklara neden olunca katkı payları yeniden artmaya başladı. Süreç, İran Sağlık Sigortası Kurumu'nun 2017'de yeniden

STEB'e bağlanması ile sonuçlandı (**Doshmangir ve ark., 2019**). Şekil 2'de İran sağlık sisteminin gelişim sürecinde öne çıkan olaylar özetlenmiştir.

2.2. Örgütlenme yapısı

İran sağlık sisteminin yönetsel açıdan üç hiyerarşik düzeyi vardır. Ulusal düzeyde yetkili organ olan STEB, sağlık hizmetlerinin yönetiminden, kamu ve özel sektör tarafından sunulan hizmetlerin organizasyonundan ve tıp bilimleri üniversiteleri aracılığı ile sağlık çalışanı yetiştirilmesinden sorumludur. İkinci hiyerarşik düzey, illerdeki tıp bilimleri üniversiteleridir. Bakanlıkta bulunan her birimin tıp bilimleri üniversiteleri bünyesinde yerel şubeleri bulunur. Ülkede 67 tıp bilimleri üniversitesi vardır. Mütevelli heyeti tarafından yönetilen üniversiteler sağlık hizmeti sunumunun yanı sıra, il düzeyindeki hizmetlerin organizasyonundan ve sağlık personelinin eğitiminden sorumludur. İlçe sağlık müdürlüğü, hiyerarşik yapılanmanın üçüncü düzeyidir. İlçe sağlık merkezi, ilçe hastaneleri ve birinci basamak sağlık kuruluşları ilçe sağlık müdürlüğüne bağlıdır. Sağlık merkezlerinin büyük bölümünde behvarz eğitim merkezleri vardır (Şekil 3) (**Doshmangir ve ark., 2019**).

2.3. Hizmet sunumu

İran'da sağlık hizmetleri, kamu sektörü, özel sektör ve sivil toplum kuruluşları tarafından sunulur. Kamu sektöründe başlıca hizmet sunucusu STEB'dir. Savunma Bakanlığı, Petrol Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu da kendi hastaneleri aracılığı ile çalışanlarına hizmet sunar (**Doshmangir ve ark., 2019**). İran'da kentsel alanlarda ayaktan ve yataklı tedavi hizmetleri veren gelişmiş bir özel sektör vardır. Sivil toplum kuruluşları pediatrik kanserler, meme kanseri, diyabet ve talasemi gibi spesifik alanlarda faaliyet gösterir (**Mehdad, 2009**).

STEB tarafından sunulan hizmetlerde basamaklı sistem uygulanır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, kırsal alanlarda sağlık evleri ve kırsal sağlık merkezleri; kentsel alanlarda sağlık istasyonları ve kentsel sağlık merkezleri aracılığı ile sunulur. İkinci basamak hizmetlerden ilçe hastaneleri sorumludur. İlçe hastanelerinde iç hastalıkları, pediatri, kadın hastalıkları ve jinekoloji, genel cerrahi gibi temel uzmanlık hizmetleri sunulur (**Alinia ve ark., 2019**). Büyüklüğüne bağlı olarak her ilçede 1-5 arasında hastane bulunur. İlçe hastaneleri, gereksinim halinde hastaları üniversite hastanelerine yönlendirir (**Takian, 2009**). İyi tanımlanmış örgütlenme yapısına rağmen, basamaklar arasında sevk sistemi etkin biçimde işlemez (**World Bank, 2008a**)

Kacar Hanedanı	1850	Çiçek hastalığına karşı ulusal aşılama kampanyası
	1851	Dar al-Fonun Okulu (Teknikler Evi)
	1881	Sağlığı Koruma Konseyi
	1920	Sağlık ve Yardım İşleri Bakanlığı
	1921	İran Pasteur Enstitüsü
	1925	
	1933	Tebriz Lepra Hastanesi
	1934	Tahran Üniversitesi; İran Pasteur Enstitüsüne bağlı Sıtma Enstitüsü
	1939	Tüberküloz Sanatoryumu
	1941	Sağlık Bakanlığı
I. Pehlavi Hanedanı: Rıza Şah	1942	Ücretsiz bağışıklama programının onaylanması
	1952	Sıtma eradikasyon programı
	1964	Sağlık birlikleri (Sepah-e Behdast)
	1972	Kırsal alanlara yönelik birinci basamak sağlık hizmeti örgütlenmesi pilot uygulaması
	1975	Sağlık ve Refah Bakanlığı
	1978	Çiçek hastalığı eradike edildi
	1979	
	1985	Ülke genelinde birinci basamak sağlık sistemi örgütlenmesinin kuruluşu
	1986	Sağlık ve Tıp Eğitimi Bakanlığı
	1988	Üniversiteler ve Yüksek Öğretim ve Araştırma Enstitüleri Mütevelli Heyeti Yasası
1989		
II. Pehlavi Hanedanı: Muhammed Rıza Şah	1994	Aile Planlaması Yasası Kamu Sağlık Hizmetleri Sigorta Yasası (Public Medical Service Insurance Act) Sağlık Hizmetleri Sigorta Organizasyonu
	1995	Hastanelerin Özerkleştirilmesi Yasası Tıbbi Hizmetler Sigorta Organizasyonu Sağlık Sigortası Yüksek Kurulu
	1997	
	2004	Kapsamlı Refah ve Sosyal Güvenlik Sistemi Yasası Refah ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (Tıbbi Hizmetler Sigorta Organizasyonu ve Sağlık Sigortası Yüksek Konseyi bu bakanlığa bağlandı) Devlet üniversitelerine ait hastanelerin liberalizasyonu ve 18 hastanenin özerkleştirilmesi Sağlık ve Gıda Güvenliği Yüksek Kurulu İran Tabipler Birliği'ne özel sektör tarifelerinin delegasyonu
	2005	Kırsal alanda aile hekimliği ve sağlık sigortası programı
	2010	İran Sağlık Sigortası Kurumu
	2011	Sağlık ve Tıp Eğitimi Bakanlığı Gıda ve İlaç Organizasyonu Kooperatifler, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (Sosyal Güvenlik Organizasyonu bu bakanlık altına alındı)
	2012	Fars ve Mazdaran illerinde aile hekimliği pilot uygulaması
	2013	
	2014	Sağlıkta Dönüşüm Programı Nüfusu 100 binden az olan şehirlerde ve varoş alanlarda aile hekimliği programının başlatılması
2017	İran Sağlık Sigortası Kurumu'nun Sağlık ve Tıp Eğitimi Bakanlığına bağlanması	
İslam Cumhuriyeti Dini lider: Ayetullah Hamenei Cumhurbaşkanı: Ali Haneney (1981-1989)	1994	Aile Planlaması Yasası Kamu Sağlık Hizmetleri Sigorta Yasası (Public Medical Service Insurance Act) Sağlık Hizmetleri Sigorta Organizasyonu
	1995	Hastanelerin Özerkleştirilmesi Yasası Tıbbi Hizmetler Sigorta Organizasyonu Sağlık Sigortası Yüksek Kurulu
	1997	
	2004	Kapsamlı Refah ve Sosyal Güvenlik Sistemi Yasası Refah ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (Tıbbi Hizmetler Sigorta Organizasyonu ve Sağlık Sigortası Yüksek Konseyi bu bakanlığa bağlandı) Devlet üniversitelerine ait hastanelerin liberalizasyonu ve 18 hastanenin özerkleştirilmesi Sağlık ve Gıda Güvenliği Yüksek Kurulu İran Tabipler Birliği'ne özel sektör tarifelerinin delegasyonu
	2005	Kırsal alanda aile hekimliği ve sağlık sigortası programı
	2010	İran Sağlık Sigortası Kurumu
	2011	Sağlık ve Tıp Eğitimi Bakanlığı Gıda ve İlaç Organizasyonu Kooperatifler, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (Sosyal Güvenlik Organizasyonu bu bakanlık altına alındı)
	2012	Fars ve Mazdaran illerinde aile hekimliği pilot uygulaması
	2013	
	2014	Sağlıkta Dönüşüm Programı Nüfusu 100 binden az olan şehirlerde ve varoş alanlarda aile hekimliği programının başlatılması
2017	İran Sağlık Sigortası Kurumu'nun Sağlık ve Tıp Eğitimi Bakanlığına bağlanması	
İslam Cumhuriyeti Dini lider: Ali Haneney Cumhurbaşkanı: Akber Hasleini Rafsanjani	1994	Aile Planlaması Yasası Kamu Sağlık Hizmetleri Sigorta Yasası (Public Medical Service Insurance Act) Sağlık Hizmetleri Sigorta Organizasyonu
	1995	Hastanelerin Özerkleştirilmesi Yasası Tıbbi Hizmetler Sigorta Organizasyonu Sağlık Sigortası Yüksek Kurulu
	1997	
	2004	Kapsamlı Refah ve Sosyal Güvenlik Sistemi Yasası Refah ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (Tıbbi Hizmetler Sigorta Organizasyonu ve Sağlık Sigortası Yüksek Konseyi bu bakanlığa bağlandı) Devlet üniversitelerine ait hastanelerin liberalizasyonu ve 18 hastanenin özerkleştirilmesi Sağlık ve Gıda Güvenliği Yüksek Kurulu İran Tabipler Birliği'ne özel sektör tarifelerinin delegasyonu
	2005	Kırsal alanda aile hekimliği ve sağlık sigortası programı
	2010	İran Sağlık Sigortası Kurumu
	2011	Sağlık ve Tıp Eğitimi Bakanlığı Gıda ve İlaç Organizasyonu Kooperatifler, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (Sosyal Güvenlik Organizasyonu bu bakanlık altına alındı)
	2012	Fars ve Mazdaran illerinde aile hekimliği pilot uygulaması
	2013	
	2014	Sağlıkta Dönüşüm Programı Nüfusu 100 binden az olan şehirlerde ve varoş alanlarda aile hekimliği programının başlatılması
2017	İran Sağlık Sigortası Kurumu'nun Sağlık ve Tıp Eğitimi Bakanlığına bağlanması	
İslam Cumhuriyeti Dini lider: Ali Haneney Cumhurbaşkanı: Muhammed Halemi	1994	Aile Planlaması Yasası Kamu Sağlık Hizmetleri Sigorta Yasası (Public Medical Service Insurance Act) Sağlık Hizmetleri Sigorta Organizasyonu
	1995	Hastanelerin Özerkleştirilmesi Yasası Tıbbi Hizmetler Sigorta Organizasyonu Sağlık Sigortası Yüksek Kurulu
	1997	
	2004	Kapsamlı Refah ve Sosyal Güvenlik Sistemi Yasası Refah ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (Tıbbi Hizmetler Sigorta Organizasyonu ve Sağlık Sigortası Yüksek Konseyi bu bakanlığa bağlandı) Devlet üniversitelerine ait hastanelerin liberalizasyonu ve 18 hastanenin özerkleştirilmesi Sağlık ve Gıda Güvenliği Yüksek Kurulu İran Tabipler Birliği'ne özel sektör tarifelerinin delegasyonu
	2005	Kırsal alanda aile hekimliği ve sağlık sigortası programı
	2010	İran Sağlık Sigortası Kurumu
	2011	Sağlık ve Tıp Eğitimi Bakanlığı Gıda ve İlaç Organizasyonu Kooperatifler, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (Sosyal Güvenlik Organizasyonu bu bakanlık altına alındı)
	2012	Fars ve Mazdaran illerinde aile hekimliği pilot uygulaması
	2013	
	2014	Sağlıkta Dönüşüm Programı Nüfusu 100 binden az olan şehirlerde ve varoş alanlarda aile hekimliği programının başlatılması
2017	İran Sağlık Sigortası Kurumu'nun Sağlık ve Tıp Eğitimi Bakanlığına bağlanması	
İslam Cumhuriyeti Dini lider: Ali Haneney Cumhurbaşkanı: Hasan Ruhani	1994	Aile Planlaması Yasası Kamu Sağlık Hizmetleri Sigorta Yasası (Public Medical Service Insurance Act) Sağlık Hizmetleri Sigorta Organizasyonu
	1995	Hastanelerin Özerkleştirilmesi Yasası Tıbbi Hizmetler Sigorta Organizasyonu Sağlık Sigortası Yüksek Kurulu
	1997	
	2004	Kapsamlı Refah ve Sosyal Güvenlik Sistemi Yasası Refah ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (Tıbbi Hizmetler Sigorta Organizasyonu ve Sağlık Sigortası Yüksek Konseyi bu bakanlığa bağlandı) Devlet üniversitelerine ait hastanelerin liberalizasyonu ve 18 hastanenin özerkleştirilmesi Sağlık ve Gıda Güvenliği Yüksek Kurulu İran Tabipler Birliği'ne özel sektör tarifelerinin delegasyonu
	2005	Kırsal alanda aile hekimliği ve sağlık sigortası programı
	2010	İran Sağlık Sigortası Kurumu
	2011	Sağlık ve Tıp Eğitimi Bakanlığı Gıda ve İlaç Organizasyonu Kooperatifler, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (Sosyal Güvenlik Organizasyonu bu bakanlık altına alındı)
	2012	Fars ve Mazdaran illerinde aile hekimliği pilot uygulaması
	2013	
	2014	Sağlıkta Dönüşüm Programı Nüfusu 100 binden az olan şehirlerde ve varoş alanlarda aile hekimliği programının başlatılması
2017	İran Sağlık Sigortası Kurumu'nun Sağlık ve Tıp Eğitimi Bakanlığına bağlanması	

Şekil 2. İran sağlık sisteminin gelişim sürecinde öne çıkan olaylar

Kaynak: Danaei ve ark., 2019; Doshmangir ve ark., 2019; Doshmangir ve ark., 2020a

hizmetle yükümlüdür. Behvarzlar, sağlık evinin tüm işlerini yerine getirecek şekilde eğitilir ancak uygulamada kadın behvarz anne ve çocuk sağlığı ile aile planlaması hizmetlerini yerine getirirken, erkek behvarz bağışıklama, çevre sağlığı, ev ziyaretleri ve uydu köylere verilen hizmetlerden sorumludur (**World Bank, 2008b**). Behvarzlar, sağlık evlerinde bulunan antibiyotik, vitamin, oral kontraseptif, oral rehidratasyon solüsyonu gibi 46 ilacı reçeteleyebilir. Gereksinim halinde hastalar kırsal sağlık merkezine sevk edilir (**Danaei ve ark., 2019**).

Kırsal Sağlık Merkezi: Bu merkezler, sağlık evlerini destekler, tanı ve tedavi hizmetleri sunar ve daha ileri düzey hizmete gereksinimi olan hastaları ilçe sağlık merkezlerine veya hastanelere yönlendirir. Bir kırsal sağlık merkezi 6-10 bin nüfusa hizmet verir ve kendisine bağlı beş sağlık evini her hafta ziyaret eder ve denetler (**Verulava, 2006**). Kırsal sağlık merkezinde pratisyen hekim, hemşire, ebe, sağlık teknisyenleri (işçi sağlığı, çevre sağlığı, bu-laşıcı hastalıkların kontrolü) dış teknisyeni ve idari personelden oluşan ekip çalışır. Aile hekimliği programına geçildikten sonra merkezlerde aile hekimleri ve ebeler görev yapmaya başlamıştır (**Khemati ve ark., 2019**).

Sağlık İstasyonu: Sağlık istasyonu, sağlık evinin kentsel alanlardaki karşılığıdır. İstasyonlarda "moragheb-e-salamat" adı verilen üç toplum sağlığı çalışanı görev yapar. Her biri 7.500 nüfusa hizmet veren sağlık istasyonlarının topluma erişimi sağlık evlerine göre çok düşüktür (**Verulava, 2006**).

Kentsel Sağlık Merkezi: Yaklaşık 40-60 bin nüfusa hizmeti verir (**Takian, 2009**). Bu merkezlerde, kırsal sağlık merkezlerine göre daha fazla pratisyen hekim ve hekim dışı çalışan görev yapar. Kentsel sağlık merkezine başvurabilmek için sağlık istasyonundan sevk zorunluluğu yoktur. Merkezin görevleri, kırsal merkezlere benzer. Ek olarak özel sektör tarafından sunulmayan laboratuvar testleri uygulanır. Kentlerde sağlık istasyonları ve sağlık merkezleri tarafından eğitilen gönüllü kadınlar sağlık hizmetlerine katılır. Her biri mahalledeki 50 aileden sorumlu olan gönüllü kadınların işlevleri sağlık eğitimi, ailelerin sağlık hizmetlerinden yararlanmasının teşviki, araştırmalara katkı sağlama ve ekonomik ve sosyal kalkınma aktivitelerine yardım etmektir. Yaklaşık 120 bin gönüllü çalışanın birinci basamak hizmetlerine destek verdiği tahmin edilmektedir (**Rafiei, 2015**).

İlçe Sağlık Merkezi: Kırsal ve kentsel sağlık merkezlerinin aktivitelerini planlama ve denetleme, yeni behvarzların eğitimi ve lojistik destek sağlamakla sorumludur. Bu merkezlerde hastalık kontrolü, çevre sağlığı, aile sağlığı, işçi sağlığı, ağız sağlığı gibi birimler yer alır (**Verulava, 2006**).

2.3.2. Aile hekimliği programı

İran'ın 2004-2009 yıllarını kapsayan dördüncü beş yıllık kalkınma planında birinci basamakta aile hekimliği modelinin uygulanmasına karar verilmiştir. Reformist politikacıların yanı sıra, muhafazakârlar tarafından da desteklenen aile hekimliği programının dört ilde gerçekleştirilecek pilot uygulamasından sonra birinci basamağın kırılğan olduğu kentsel alanlara yaygınlaştırılması planlanıyordu. Ancak, 2004 yılı başında Tıbbi Hizmetler Sigorta Organizasyonu'nun başka bakanlığa bağlanması ile finansman üzerindeki kontrolünü kaybeden STEB pilot uygulamaları başlatamadı.

İki bin beş yılında meclise sunulan Behbar tasarısında, kırsal alanlara tedavi hizmeti için ayrılan yıllık bütçe yaklaşık beş kat artırılarak 900 milyar riyalden 4.150 milyar riyale çıkarılıyordu. Tasarıya göre hizmet sunumunun sorumluluğu STEB'e, finansmanı Tıbbi Hizmetler Sigorta Organizasyonu'na ait olacaktı. Aile hekimliği ve Behbar ayrı programlar olarak planlanmasına karşın, kentsel alanlarda aile hekimliğini başlatamayan STEB, Behbar aracılığı ile modeli kırsal alanlarda uygulamaya karar verdi. Parlamento'nun Behbarı onaylamasıyla eş zamanlı olarak, Dünya Bankası'ndan kredi alındı. Aile hekimliği programı, Ağustos 2005'de 20 binden az nüfuslu yerleşim yerlerinde uygulanmaya başlandı ve 25 milyon kişi Behbar kapsamına alınarak sigorta karnesi çıkarıldı. Kırsal sağlık merkezlerinde aile hekimleri ve ebeler görevlendirildi (**Takian ve ark., 2011**). Günümüzde bu merkezlerde 6.642 aile hekimi (her bir hekim 4.000 nüfustan sorumludur) ve 5.852 ebe çalışmaktadır (**Raeisi ve ark., 2020**). 2011'de aile hekimliği programının nüfus büyüklüğü 20-50 bin olan kentsel ortamlara genişletilmesine karar verildi. Üç ilde (Huzistan, Çaharmahal ve Bahtiyari, Sistan ve Belucistan) pilot uygulama başlatıp 2012'de tüm ülkeye yaygınlaştırılması planlanıyordu. Ancak, bu arada sağlık bakanı değişince, başladıktan dört ay sonra pilot uygulama durduruldu. 2012'de başka iki şehirde (Fars ve Mazdaran) yeniden pilot uygulama başlatıldı (**Doshmangir ve ark., 2020a**). Programın kapsayıcılığı halen bu şekilde devam etmektedir.

Aile hekimliği uygulamasından bilindik sonuçlar elde edildi. Tedavi hizmetine odaklı uygulama ile birinci basamak sağlık hizmetinin temel özellikleri göz ardı edildi. Sevk sistemi, aile hekimliği programından önce olduğu şekilde yalnızca behvarzlar ile aile hekimleri arasında işletilebildi (**Danaei ve ark., 2019**). STEB ve Refah ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı arasında iş birliği sağlanamadığı gibi iki bakanlık arasında gerginlikler arttı ve iki rakip gibi hareket ettiler. Program sağlık çalışanları tarafından da benimsenmedi, ciddi ve kalıcı bir görev olarak görülmedi. Çalışanlar arasındaki güvene ve iş birliğine dayalı ilişki sağlanamadığı için memnuniyetsizlik ve hayal kırıklıkları arttı. Özel sektörün ayaktan tedavi hizmetlerinde baskın olmasına ve şehirli halk arasında hastane ve uzmanlık hizmeti kullanımının yaygınlığına bağlı olarak program kentsel alanlarda yaygınlaştırılmadı. Sonuç olarak, sağlık çalışanları açısından rutin bir başa çıkma mekanizmasına dönüşen uygulama kaynak israfıyla sonuçlandı (**Khayat-zadeh-Mahani ve Takian, 2014**).

2.3.3. Hastane hizmetleri

İran'da çeşitli kurumlara bağlı toplam 130.912 yatak kapasiteli 1.117 hastanede yataklı tedavi hizmeti sunulur. Tüm hastane yataklarının yaklaşık %84'ü

kamu sektörüne aittir (Tablo 1) (**Doshmangir ve ark., 2019**). Kamu ve özel sağlık kuruluşlarında, 2013'te bir milyon kişi başına düşen bilgisayarlı tomografi cihazı sayısı 9,5, radyoterapi cihazı sayısı 0,9, MR cihazı sayısı 3,8 ve mamografi cihazı sayısı 19'dur (**WHO, 2019**). Bin kişi başına düşen hastane yatağı sayısı ise 1960'da 0,9 iken (**World Bank, 2020**), 2016'da 1,6'ya yükselmiştir (**WHO, 2019**). İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunumunda önemli rol oynayan özel sektöre ait 166 hastanenin yatak kapasitesi, toplam yatak kapasitesinin %13'ünü oluşturur (**Doshmangir ve ark., 2019**). Ayrıca ilaç endüstrisinin ve eczanelerin tamamına yakını, laboratuvar ve tanı kuruluşlarının büyük bölümü özel sektörün elindedir (**Verulava, 2006**).

2.4. Finansman

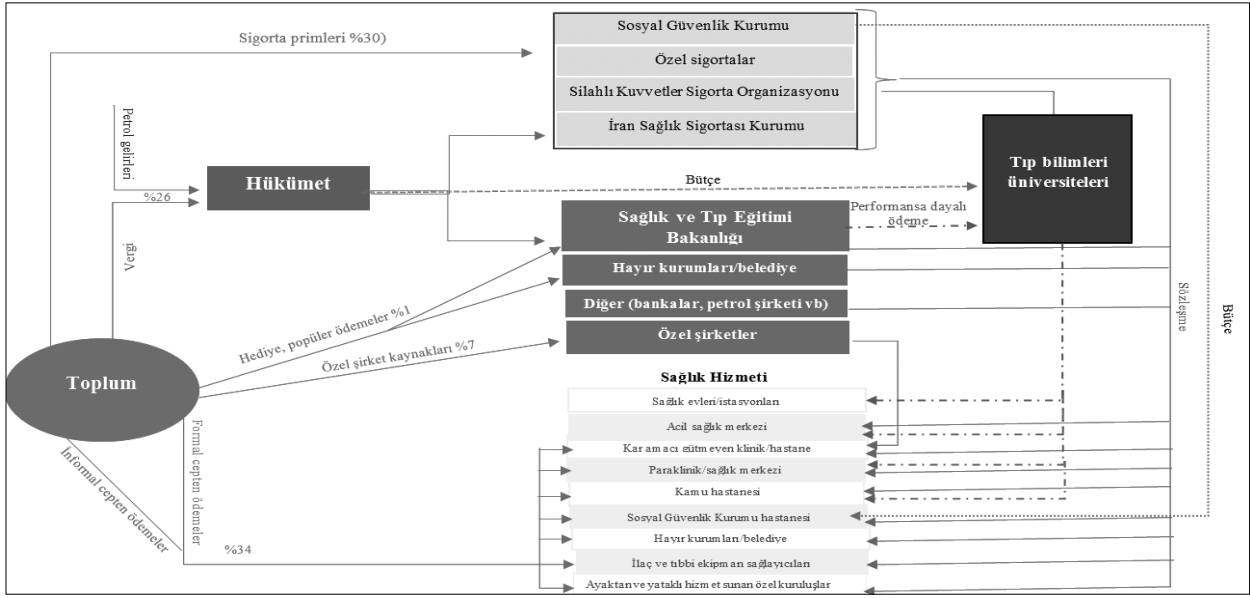
İran sağlık sisteminin üç ana finansman kaynağı vardır. Bu kaynaklar kamu bütçesi, sağlık sigortası primleri ve cepten ödemelerdir. Sağlık finansmanında 2018'de cepten ödemelerin payı %35, sağlık sigortası primlerinin %31, kamu bütçesinin %24, özel sağlık sigortasının %6, bireysel bağışların ve diğer kaynakların payı %4 şeklinde gerçekleşmiştir (**Doshmangir ve ark., 2020b**). Şekil 4'te İran sağlık sistemi finansman yapısı sunulmuştur.

Tablo 1. İran'da çeşitli kurumlara göre hastane, yatak ve personel sayıları, 2018

Kurum	Hastane sayısı	Yatak sayısı	Personel sayısı
Sağlık ve Tıp Eğitimi Bakanlığı (Üniversite ve devlet hastaneleri)	749	90003	261497
Özel sektör	166	16626	70966
Sosyal Güvenlik Kurumu	73	10853	32984
Hayır kurumları	37	4198	15732
Silahlı Kuvvetler	32	2190	2559
İslami Devrim Muhafızları Birliği	17	2483	1060
Şehit ve Gaziler Vakfı	10	902	2027
İran Ulusal Petrol Şirketi	9	967	5195
İran Yargı Sistemi	8	845	3274
Diğer*	16	1845	6829
Toplam	1117	130912	402123

Kaynak: Doshmangir ve ark, 2019

*İslami Azad Üniversitesi, Eğitim Bakanlığı, bankalar ve diğer kurumlar



Şekil 4. İran'da sağlık sistemi finansmanı, 2019

Kaynak: Doshmangir ve ark, 2020b

2.4.1. Kamu bütçesi

Tıp bilimleri üniversiteleri, birinci basamak sağlık hizmetleri, aile hekimliği programı ve kamu hastaneleri STEB bütçesi aracılığıyla kamu tarafından finanse edilir. Birinci basamak sağlık hizmetleri bütünüyle kamu bütçesinden finanse edilirken, ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerin finansmanı ek olarak cepten ödemeler ve kamu sigortalarından biri tarafından sağlanır. Kamu hastanelerine başvuran hastalar yatış maliyetinin %10'unu, ayaktan tedavi maliyetinin %30'unu, paraklinik hizmetlerin

(laboratuvar, patoloji, radyoloji gibi hizmetler) %25'ini ve paraklinik olmayan hizmetlerin %20'sini katkı payı olarak öder (Doshmangir ve ark., 2020b).

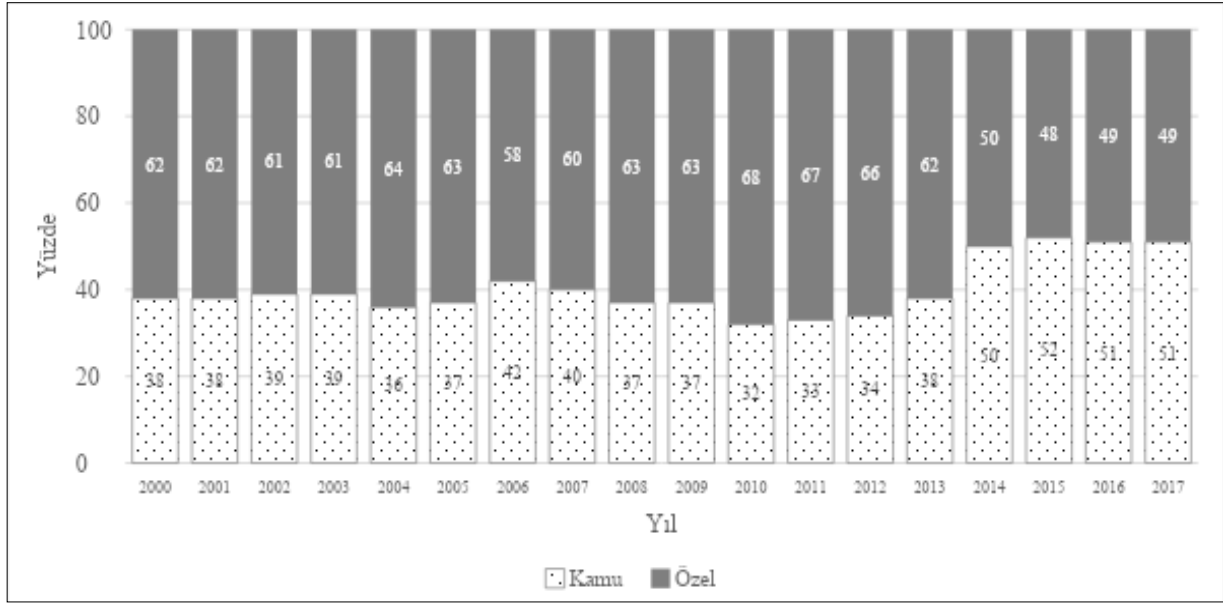
2.4.2. Sağlık sigortası organizasyonları

Dört ana kamu sağlık sigortası organizasyonu vardır. Bunun yanı sıra, 17 küçük kurumsal fon çalışanları için sigorta sağlar (Doshmangir ve ark., 2020b). Halkın %90'ından fazlası en az bir tür sağlık sigortası kapsamındadır (2016) (Alinia ve Lahijan, 2019).



Şekil 5. İran'da toplam sağlık harcaması (GSYH'nin yüzdesi) ve kişi başı sağlık harcaması (ABD doları), 2000-2017

Kaynak: WHO Global Health Expenditure Database https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en



Şekil 6. İran'da toplam sağlık harcaması içinde kamu ve özel sektör sağlık harcamalarının payı, 2000-2017

Kaynak: WHO Global Health Expenditure Database https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en

a) İran Sağlık Sigortası Kurumu: STEB'e bağlıdır. Kamu çalışanlarına, öğrencilere ve kırsal kesimde yaşayan halka sigorta sağlar. Hastalar hizmet noktasında ek ödemeye tabidir.

b) Sosyal Güvenlik Kurumu: Refah ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlıdır. Kamu ve hizmet sektörü çalışanlarının yanı sıra, formal sektörde istihdam edilen tüm işçileri kapsar. Kentsel alanlarda pek çok kliniğin ve hastanenin sahibi ve işletmecisi olan Kurum, primlerini ödeyen kişilere ücretsiz veya düşük maliyetle hizmet sunar.

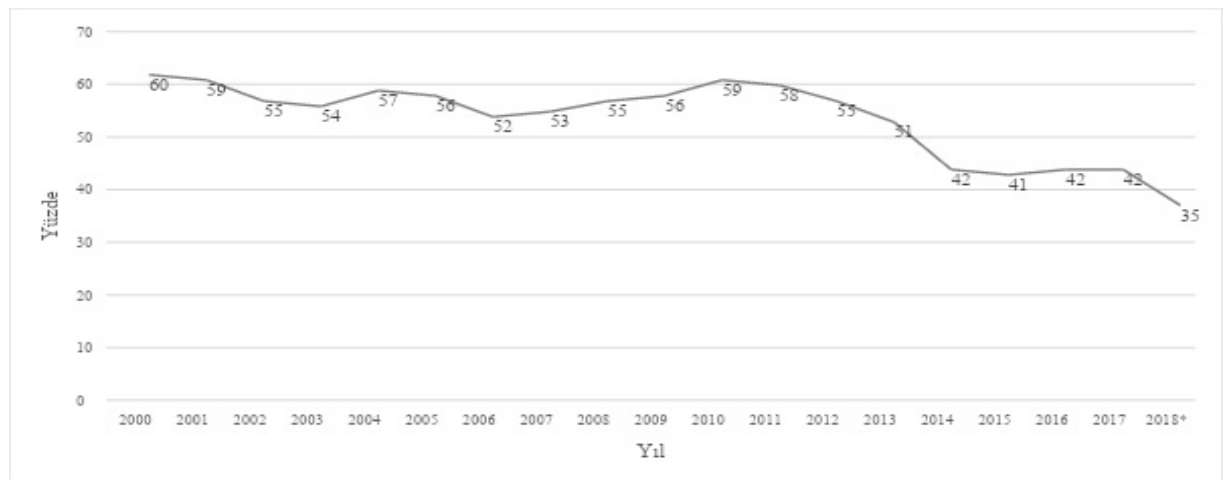
c) Silahlı Kuvvetler Sigorta Organizasyonu: Askeri personel için sağlık sigortası sağlar.

d) İmam Humeyni Yardım Vakfı: Sağlık sigortası olmayan yoksulları kapsar (**Mehrdad, 2009**).

2.4.3. Cepten ödemeler

İran'da cepten yapılan sağlık harcamaları son yıllarda kamu sağlık harcamalarının artışına bağlı bir miktar düşüş gösterse de yüksek seyretmektedir (Şekil 7).

İran'da toplam sağlık harcaması, 2017'de GSY-H'nin %9'udur. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın



Şekil 7. İran'da Toplam Sağlık harcaması içinde cepten ödemelerin payı, 2000-2018

Kaynak: WHO Global Health Expenditure Database *Doshmangir et al. 2020b

Tablo 2. İran'da sağlık emek gücü

Sağlık çalışanı (2014) ^a	Sayı
Pratisyen hekim	51.416
Uzman hekim	32.180
Diş hekimi	25.155
Hemşire	114.681
Ebe	33.208
Behvarz	35.000
Eczacı	15.615
1000 kişi başına düşen sağlık çalışanı	
Hekim (2018) ^b	1,6
Hemşire ve ebe (2016) ^c	1,9
Diş hekimi (2016) ^c	0,3
Eczacı (2016) ^c	0,2

Kaynak: ^aDoshmangir et al, 2019 ^bWorld Bank (<https://data.worldbank.org/indicator>) ^cWHO, 2019

başladığı 2014 yılından itibaren, sağlık harcamalarında önemli artış olduğu izlenmektedir. Kişi başı sağlık harcaması, 2017'de 476 dolardır (Şekil 5) (WHO Global Health Expenditure Database).

Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamasındaki payı, 2000-2013 yılları arasında %32-42 arasında iken 2014 yılından itibaren %50 ve üzerinde seyretmektedir (Şekil 6) (WHO Global Health Expenditure Database).

İrân'ın beşinci beş yıllık kalkınma planında, 2015'e kadar cepten ödeme payının %30'a düşürülmesi he-

deflenmesine karşın (Danaei ve ark., 2019), 2018'de %35'e kadar düşürülebilmektedir (Şekil 7) (WHO Global Health Expenditure Database).

2.5. Sağlık emek gücü

Sağlık ve Tıp Eğitimi Bakanlığı'nın kurulmasından sonra sağlık çalışanı yetiştirme konusunda ilerleme sağlanmıştır. Ülkede tıp, diş hekimliği, eczacılık, halk sağlığı, hemşirelik ve ebeklik gibi bölümleri olan 67 tıp bilimleri üniversitesinin yanı sıra, silahlı kuvvetlere ve yarı özel İslami Azad Üniversitesi'ne bağlı 14 tıp fakültesi daha vardır (Doshmangir ve ark., 2019). Bin kişi başına düşen hekim sayısı 1,6, hemşire ve ebe sayısı 1,9'dur (Tablo 2).

Tablo 3. İran'da anne sağlığına ilişkin bazı göstergeler

	1979	1984	1990	2000	2010	2014	2018
Anne ölüm oranı (yüz bin canlı doğumda)	237*	140	-	48	22	-	16
Toplam doğurganlık hızı	6,4	6,4	4,6	2,1	1,8	2,0	2,1
Adölesan doğurganlık hızı (15-19 yaş 1.000 kadın başına doğum sayısı)	-	-	87	37	33	-	41
Herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanma prevalansı (15-49 yaş kadınlar arasında, yüzde)	-	-	49	74	77	-	-
Sağlık personeli yardımı ile yapılan doğumlar (yüzde)	-	-	-	90	96	99	-

Kaynak: World Bank, <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.CONU.ZS?locations=IR&view=chart> *Doshmangir et al, 2019

2.6. Sağlık göstergeleri

İran'ın demografik ve epidemiyolojik özellikleri yıllar içinde önemli ölçüde değişmiştir. Nüfus artmış, anne ve bebek ölüm hızları düşmüş, doğuştan beklenen yaşam süresi uzamış, hastalık yükü bulaşıcı hastalıklardan bulaşıcı olmayan hastalıklara doğru kaymıştır.

Ülkede 2018 yılında kaba doğum hızı binde 19, kaba ölüm hızı binde 5'tir. Doğuştan yaşam beklentisi 1960'da erkeklerde 46, kadınlarda 44 iken, 2018'de erkeklerde 75'e, kadınlarda 78'e yükselmiştir (World Bank). Bulaşıcı hastalıklara atfedilen hastalık yükü 2012'de %10'dur. Çocukluk çağı aşılama yaygın olup, bağışıklama programının kapsayıcılığı %98-99'dur. Bulaşıcı olmayan hastalıklar, tüm ölümlerin %76'sından sorumludur. Bunun %46'sını kardiyovasküler hastalıklar, %14'ünü kanserler, %4'ünü solunum yolu hastalıkları ve %2'sini diyabet oluşturur. Tüm ölümler içinde kaza ve yaralanmalara bağlı ölümlerin payı ise %14'tür (WHO, 2016). Yaşa standardize mortalite hızı (yüz binde) bulaşıcı hastalıklar için 56, bulaşıcı olmayan hastalıklar için 561, yaralanmalar için 75'tir. 2015 yılında, 15 yaş üstü nüfus içinde sigara içme prevalansı %10 olup, erkeklerde %19 ve kadınlarda %1'dir (WHO, 2019).

Anne ölüm oranı 1979'da yüz bin canlı doğumda 237'lik düzeyden (Doshmangir ve ark., 2019),

2018'de 16'ya düşmüştür. Toplam doğurganlık hızı 2,1, adölesan doğurganlık hızı binde 41'dir (2018). Herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanma prevalansı 2010'da %77'dir. Doğumların tamamına yakını sağlık personeli yardımı ile gerçekleşmektedir (Tablo 3) (World Bank).

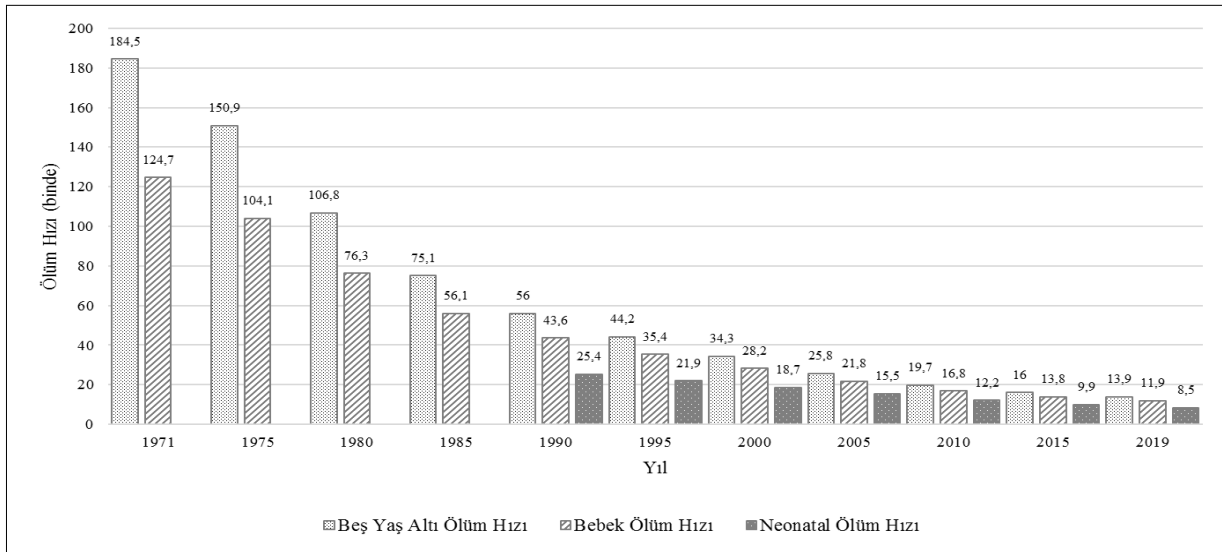
Beş yaş altı ölüm hızı 1971'de binde 184,5 iken 2019'da 13,9'a düşmüştür. Bebek ölüm hızı aynı yıllarda sırasıyla binde 124,7 ve binde 11,9'dur. Neonatal ölüm hızı ise 2019'da binde 8,5'tir (UNICEF).

3. İran'da COVID-19 Salgını

3.1. Vaka ve ölüm sayıları

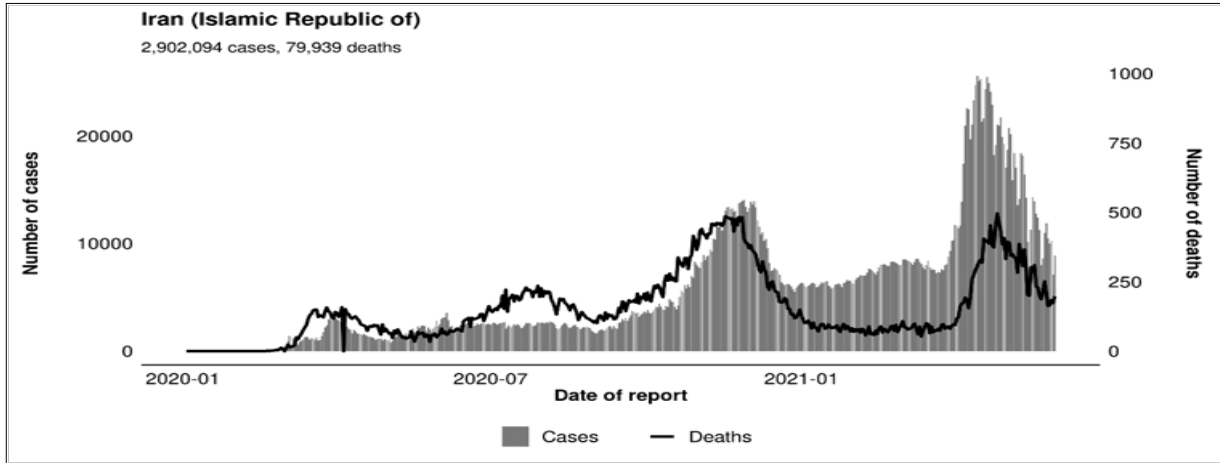
İran'da resmi makamlar tarafından doğrulanan ilk COVID-19 vakaları 19 Şubat 2020'de Kum kentinde ortaya çıktı. O gün iki vaka ve iki ölüm olayının onaylanmasından ardından ülkede salgın ilan edildi (Raooofi ve ark., 2020). Mart ayı başında, ilk vakaların onaylanmasından yalnızca 16 gün sonra virüs, 31 ilin tamamına yayıldı (Kamvara, 2020). Ülkenin enfeksiyon merkez üssü Kum şehri, Orta Doğu'nun enfeksiyon merkez üssü İran haline geldi. On altı ülke, kendi ülkelerindeki koronavirüs vakalarının İran kaynaklı olduğunu söylüyordu (BBC).

Şekil 9'da İran'da günlük vaka ve ölüm sayıları sunulmuştur. Günlük vaka sayıları 2020 yılı Ekim ayında yükselişe geçmiş ve Aralık başında en yüksek düzeye ulaştıktan sonra düşmeye başlamıştır. Vaka



Şekil 8. İran'da neonatal, bebek ve çocuk ölüm hızları trendi

Kaynak: UNICEF Data Warehouse



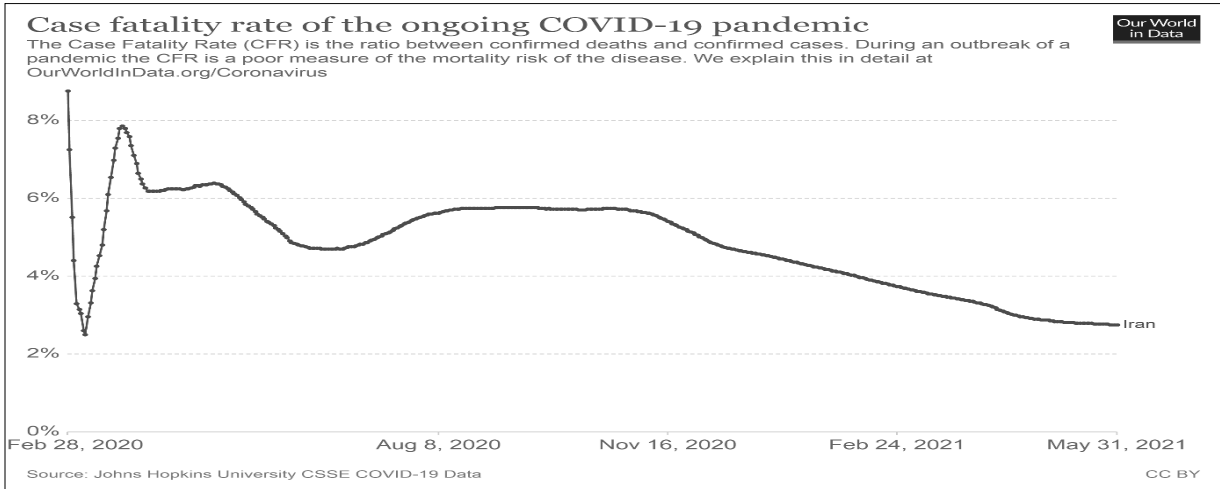
Şekil 9. İran'da günlük COVID-19 vaka ve ölüm sayıları

Kaynak: WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. <https://covid19.who.int/>

sayıları 2021 yılının Mart ayı sonunda yeniden tırmanışa geçmiş ve 21 Nisan'da 24 binden fazla vaka ile salgının başlangıcından bu yana en yüksek sayıya ulaşmıştır. Vaka sayılarının artışı ile paralel olarak ölüm sayıları da artış göstermiştir. 31 Mayıs 2021 itibarıyla toplam vaka sayısı 2.902.094 ve toplam ölüm sayısı 79.939'dur (Şekil 9) (WHO, 2020).

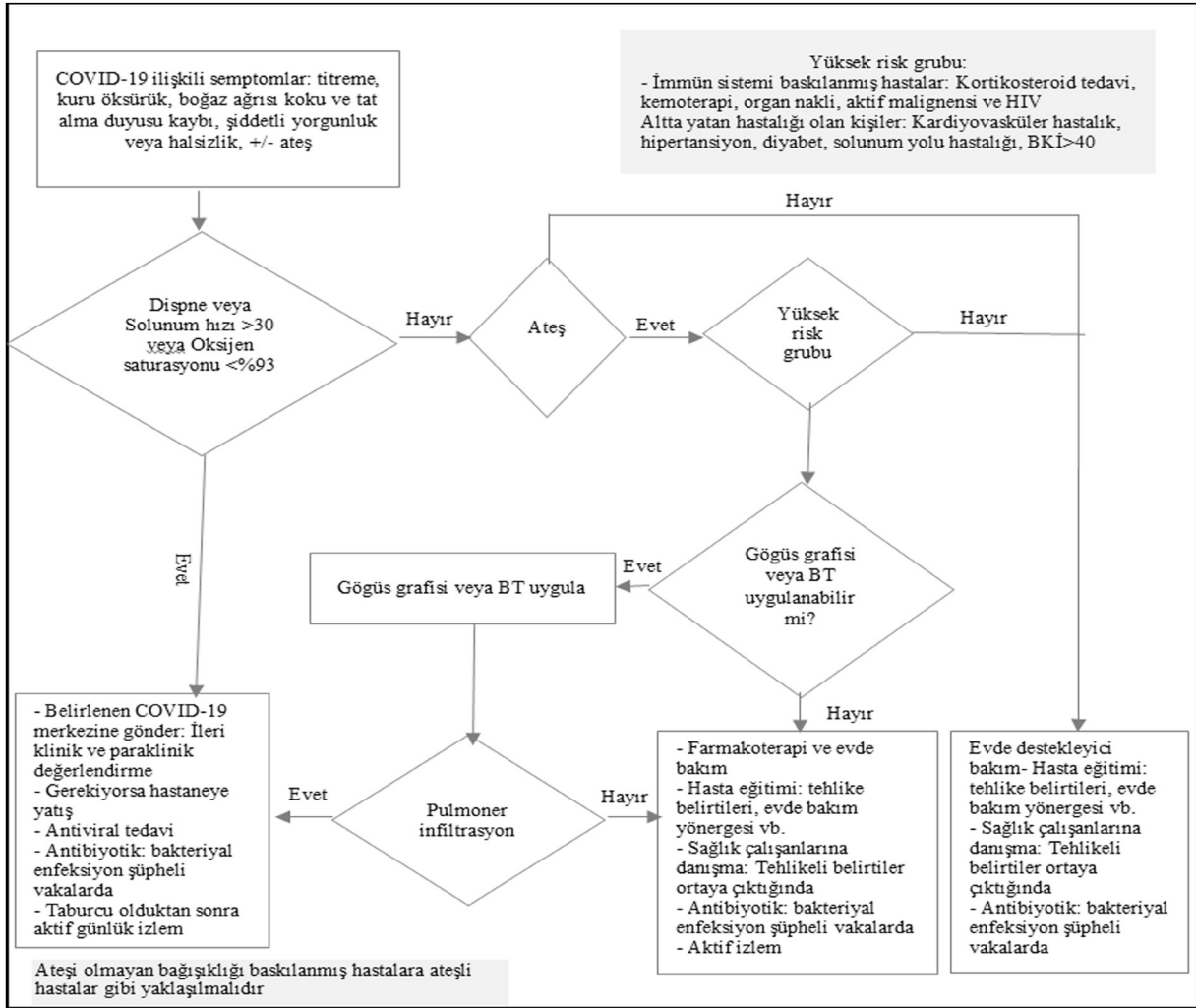
İran'da COVID-19 fatalite hızı özellikle salgının başladığı aylarda çok yüksek seyretmiştir. Fatalite hızının yüksekliğinin vaka sayılarının eksik bildirilmesinden kaynaklanabileceği belirtilmektedir. Başlangıçta virüsün virülansına ilişkin bilgi eksikliği, uygun tanı aktivitelerinin gerçekleştirilmemesi ve yetersiz uyarılar nedeniyle resmi makamlar tarafından ilk vakaların doğrulanmasından önce pek çok hastanın tanı almadan kaldığı tahmin edilmektedir. Hekimlerin resmi raporların yayımlanmasından önce

COVID-19'lu hastalarda gözlenen pnömoni ve bilgisayarlı tomografi bulguları olan hastalar ile karşılaştıklarını bildirmelerine rağmen, bu vakalara yönelik geriye dönük değerlendirme yapılmamıştır. Salgın ilanından sonra da tanı testlerinin yetersizliğine bağlı olarak hekimler fiziksel muayene veya bilgisayarlı tomografi sonuçlarına göre vakalarla ilgilenmeye devam etmiştir (Zargham ve ark., 2020). Ayrıca İran'da epidemiyologlar doğru zamanda salgın sürecine dahil edilmediği için hastalığın gerçek boyutunun anlayamadığı, fatalite ve mortalite hızlarının kuşkulu kaldığı belirtilmektedir (Rassouli ve ark., 2020). İran Tıp Konseyi'nden bir yetkilinin 24 Ekim'de yaptığı açıklamada Hükümetin COVID-19 ölümlerini eksik bildirdiği ve gerçek ölüm sayısının resmi açıklamalardan dört kat fazla olabileceği belirtilmiştir (Iran International). İran'da COVID-19 fatalite hızı 31 Mayıs 2021 itibarıyla %2,75'tir (Şekil 10).



Şekil 10. İran'da COVID-19 olgu fatalite hızı, 28 Şubat 2020-31 Mayıs 2021

Kaynak: Our World in Data, <https://ourworldindata.org/coronavirus/country/iran>



Şekil 11. İran'ın COVID-19'a klinik yaklaşım akış şeması

Kaynak: Rahmanzade ve ark, 2020

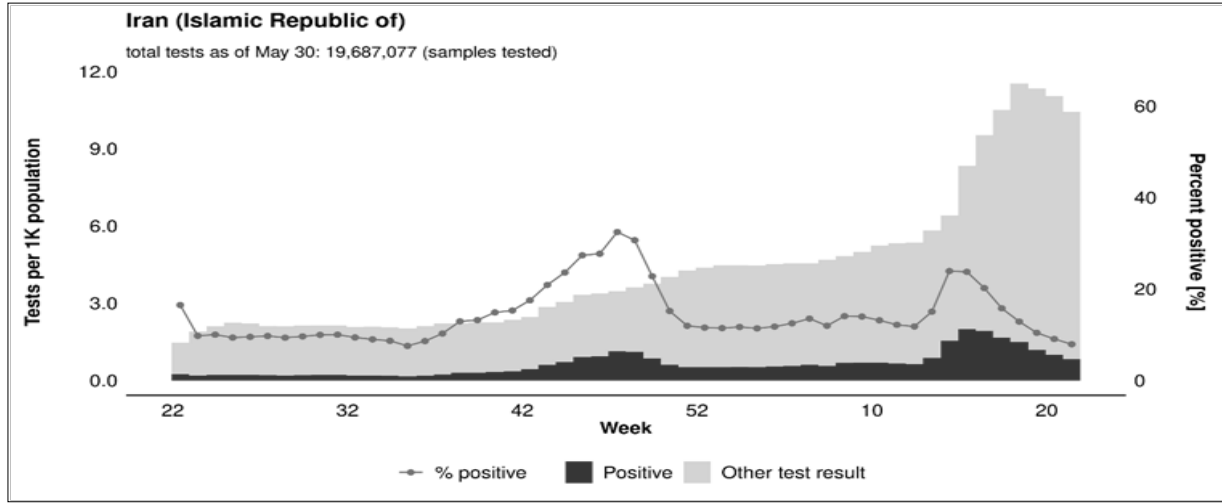
3.2. Klinik yaklaşım

İran'da ilk olarak, 25 Şubat'ta yayımlanan COVID-19'a klinik yaklaşım akış şeması, 6 Haziran'a kadar altı kez güncellenmiştir. Mevcut yaklaşımın temel dayanakları tercihen web sayfası veya telefon aracılığı ile aktif klinik tarama, sınırlı olan paraklinik kaynakların epidemiyolojik taramalar için değil, tanı araçları olarak kullanılması ve hafif ve orta şiddetli vakaların ayakta tedavi edilmesi yönündedir (Şekil 11) (Rahmanzade ve ark., 2020).

İran'da Revers-Transkriptaz Polimeraz Zincir Reaksiyonu (RT-PCR) testleri başlangıçta yalnızca semptomatik hastalara uygulanırken 2020 yılının son aylarında spesifik kriterleri karşılayanlara da uygulanmaya başlamıştır. 30 Mayıs itibarıyla toplam test sayısı 19.687.077'dir. Salgının 2021 yılı 21. haftasında 1.000 kişi başına test sayısı 10, pozitif test hızı %7,9'dur (Şekil 12) (WHO, 2020).

3.3. Salgına karşı alınan önlemler

Çin'den yayılan virüsün yarattığı tehlike açık olduğu halde, İranlı politik otoriteler karşı karşıya oldukları krizin büyüklüğünü kabul etmekte yavaş davranmış, salgına karşı verilen gelişigüzel yanıtlar hastalığın yayılmasını hızlandırmıştır. Dini Lider Ali Hamaney'in salgın karşısındaki ilk tepkisi politik ve ideolojik iken, Cumhurbaşkanı Ruhani'nin tutumu durumun hızla normale döneceği konusunda halka güvence vermek biçiminde olmuştur (Kamvara, 2020). Salgının resmi ilanından önce hükümet tarafından önlemler 1) Çin'den gelen yolcuların sağlık kontrolünden geçirilerek şüpheli vakaların belirlenen hastanelere nakledilmesi, 2) Çin'de eğitim gören İranlı öğrencilerin geri çağırılarak iki hafta karantinaya alınması ve 3) personel, ilaç, tıbbi ekipman için kaynak tahsisi ile sınırlı kaldı (Raofi ve ark., 2020).



Şekil 12. İran'da salgının 2020/22 ve 2021/21 haftaları arasında 1.000 kişi başına yapılan test sayısı ile test pozitiflik yüzdesi
Kaynak: WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard, <https://worldhealthorg.shinyapps.io/covid/>

Salgının ilanıyla birlikte paniğe kapılan halk maske, eldiven ve dezenfektan almak için mağazaları doldurdu. Bazı illerde ilk hafta içinde şüpheli vakalarının sayısındaki ani patlama, COVID-19 vakaları için ayrılmış olan hastaneleri hızla felç etti. İlaç ve koruyucu ekipman sıkıntısı ile karşılaşıldı ve kısa sürede koruyucu ekipmanlara yönelik karaborsa oluştu (**Salimi ve ark., 2020**). Resmi makamlar tarafından bildirilen vaka ve ölüm sayılarının gerçeği yansıtmadığı, kurbanlar için toplu mezar kazıldığı gibi sosyal medyada dolaşan haberler halkın endişesini ve paniğini artırdı (**Rassouli ve ark., 2020**). Buna karşın, Ruhani, vaka ve ölüm sayıları sürekli artarken bile olumlu konuşuyor, hükümetin aldığı önlemlerin Avrupa ve Çin'in önlemlerinden daha etkili olduğunu iddia ediyordu. Sağlık otoritelerinin değerlendirmeleri ise Ruhani'den bütünüyle farklıydı ve büyüyen salgının yarattığı tehditten kaygı duyuyorlardı (**Kamvara, 2020**).

Şekil 13'te İran'ın 19 Şubat-9 Nisan 2020 arasında salgınla mücadeleye yönelik başlıca uygulamaları özetlenmiştir. İlk vakaların tespiti ile eş zamanlı olarak STEB bazı hastaneleri COVID-19 hastalarına tahsis etti. 23 Şubat 2020'de İçişleri Bakanlığı altında Korona ile Mücadele Ulusal Kurulu oluşturuldu (**Kamvara, 2020**). Sağlık Bakanı'nın başkanlığını yaptığı kurulun üyelerini bilim, içişleri, eğitim ve kültür bakanları, ulusal radyo ve televizyon kurumu başkanı, hükümet sözcüsü, silahlı kuvvetler komutanları oluşuyordu (**Abdi ve Mirzaei, 2020**). Ardından salgının toplumdaki yayılma hızının yavaşlatılması için fiziksel mesafeyi sağlamaya yönelik önlemler alınmaya başlandı. Bu önlemler

arasında parlamentonun kapatılması, okullarda uzaktan eğitime geçilmesi, dini mekanların kapatılması, cuma namazlarının iptali, spor ve diğer toplu etkinliklerin yasaklanması, kamu kuruluşlarında çalışma süresinin kısaltılması, bazı turistik merkezlerin, otellerin ve restoranların kapatılması gibi uygulamalar bulunuyordu. Ayrıca hükümet, yüz maskeleri ve dezenfektan stoklayan istifçilere yönelik cezai düzenlemeler getirdi. Bunların dışında seyahat ve işe gidip gelme konusunda kısıtlama yapılmadı. Halktan gönüllü olarak evlerinde kalmaları ve kendilerini karantinaya almaları isteniyordu (**Salimi ve ark., 2020**).

STEB, 25 Mart'ta başlattığı ulusal kampanya kapsamında medya aracılığı ile DSÖ tarafından önerilen korunma önlemleri konusunda halkı bilgilendirdi (**Abdi, 2020**). Kampanyada üç yöntem aracılığı ile klinik tarama yapıldı. 1) "salamat.gov.tr" web sitesi kurularak halka altı sorudan oluşan anketi doldurmaları için çağrı yapıldı. Pozitif semptom bildiren kişilere kısa mesaj gönderilerek en yakın sağlık merkezine yönlendirildi (**Rahmanzade ve ark., 2020**). Eş zamanlı olarak, kentsel toplum sağlığı çalışanlarına ve behvarzlara telefonla mesaj gönderilerek şüpheli hasta ve temaslı takibini yapmaları için talimat verildi (**Raeisi ve ark., 2020**) 2) On binden fazla hat içeren 190 ve 4030 numaralı ücretsiz telefon hatları kurularak iletişime geçen kişilerde semptomlar araştırıldı ve gerekiyorsa sağlık merkezine yönlendirildi. 3) Bazı sağlık kuruluşlarında tarama birimleri oluşturuldu. Bu üç yol aracılığı ile 5 Ağustos 2020'ye kadar İran nüfusunun %90'ından fazlası klinik olarak taranır iken 2.560.374 kişiye

RT-PCR testi uygulanabildi (**Rahmanzade ve ark., 2020**). Dünya Sağlık Örgütü tarafından salgına karşı küresel dayanışma amacıyla Mart ayı ortalarında test ve acil tıbbi malzeme yardımı yapılsa da (**WHO 2020b**) yaygın test uygulanamadı. Hafif semptomlu kişiler hastanelere ya da laboratuvarlara sevk edilemedi (**Ahmadi ve ark, 2020**). Şu anda 50 laboratuvar da tanı testleri uygulansa da tüm olası vakalar üzerinde test yapılması hâlâ mümkün değildir (**Rassouli ve ark., 2020**).

İran'da salgının kontrolüne yönelik dört tip ekip oluşturuldu. Bu ekiplerin bileşimi ve görevleri şu şekildedir (**Raeisi ve ark., 2020**):

1. Bakım ekipleri: iki-üç kişiden oluşur. Ekipte kent sel toplum sağlığı çalışanı, behvarz ve Basij gücü bulunur. Ekibin görevleri; korunma önlemleri konusunda sağlık eğitimi, temaslı takibi, evde tedavi gören hastaların izlemi, hane halkının eğitimi, evlerde sanitasyon önlemlerinin alınması, izlem formlarının doldurulup elektronik sağlık bilgi sistemine kaydedilmesi ve şüpheli vakaların belirli sağlık merkezlerine sevk edilmesidir.

2. Çevresel sanitasyon ekipleri: üç-beş kişiden oluşan ekipte işçi/çevre sağlığı teknisyeni, Basij gücü ve gönüllüler yer alır. Ekip, halka açık yerlerde ve gıda tedarik ve dağıtım merkezlerinde STEB protokollerine uygun hareket edilip edilmediğini denetler. Ekip ayrıca, kamusal alanların dezenfeksiyonundan ve kalabalıkların önlenmesinden sorumludur.

3. Kuruluş veya şirketlerin Basij ekipleri: Ekip iki-dört kişi içerir. Ekipte Basij gücü, sivil toplum kuruluşu çalışanı veya gönüllüler bulunur. Her şirket Basij gücünü kendisi eğitir. Ekibin görevleri; çalışanların eğitimi, giriş ve çıkış noktalarında vücut ısısı ölçümü ve işyerlerinde halka açık alanların dezenfekte edilmesidir.

4. Şehir girişi kontrol noktası ekipleri: Kızılay, polis, Basij gücü ve acil tıp çalışanı olmak üzere dört kişiden oluşur. Şehir giriş ve çıkış noktalarında konumlanan ekip, vücut ısısını ölçer, kontrol noktalarında yolcuları eğitir ve şüpheli vakaları belirli birimlere yönlendirir.

İran'da virüsün hızla yayılmasında bazı olayların ardı sıra gelmesi etkili oldu. İslam Devrimi'nin 41. yıldönümü kutlamaları (12 Şubat) ve parlamento seçimleri (21 Şubat) hiçbir kısıtlama olmadan gerçekleştirildi (**Kamvara, 2020**). Nevruz tatili ise salgının

kontrolden çıkmasına neden oldu. İran'da kullanılan Pers takvimine göre yeni yıl gece ve gündüz süresinin eşit olduğu Nevruz gününde (21 Mart) kutlanmaktadır. Yaklaşık 15 gün süren Nevruz tatilinde İran halkı memleketlerini ziyaret ya da tatil amacıyla seyahatler yapar. Nevruz tatilinde seyahatleri azaltmak için sıkı önlemler alınması beklenmesine karşın, herhangi bir kısıtlama uygulanmadı. Yalnızca, halka yeni yıl kutlamaları için toplamamaları ve seyahat etmemeleri yönünde önerilerde bulunuldu. Önceki yıllarla karşılaştırıldığında özel araçla yapılan seyahatlerin yanı sıra, demiryolu seyahati %94, otobüs yolculuğu %75, uçak yolculuğu %70 azalsa da pek çok insan şehir dışına çıktı. Yolcular, şehirlere giriş ve çıkış noktalarında termal tarayıcılarla tarandı ancak, bu önlem virüsün yayılmasına engel olmadı. Korona ile Mücadele Ulusal Kurulu, Nevruz tatilinden sonra vaka sayılarının patlaması üzerine, 25 Mart'ta daha katı önlemler almaya karar verdi. Önceki önlemlere ek olarak alışveriş merkezleri, süper marketler, spor alanları ve yüzme havuzları, parklar ve müzeler kapatıldı ve iller arası seyahat kısıtlamaları getirildi ve kısıtlamaların 4 Nisan 2020'ye kadar geçerli olması planlandı (**Salimi ve ark., 2020**).

Dini Lider Ayetullah Ali Hamaney, son 10 yıl içinde, özellikle de Ahmedinejad'ın tartışmalı olarak ikinci dönem cumhurbaşkanı seçilmesinden sonra Pasdaran'ın üst düzey komutanları ile yakın siyasi ve ideolojik ittifak oluşturmuştur (**Kamvara, 2020**). Hamaney, salgının başında İran'ın düşmanlarının tehdidi abarttığı yönünde suçlamalarda bulunuyor ve virüsün ABD imalatı biyolojik silah olduğu yönünde açıklamalar yapıyordu (**BBC**). Pandemi, kaygı veren boyuta ulaştığı zaman Hamaney'in bu yaklaşımına paralel olarak salgın, biyolojik savunma tatabikati olarak ele alındı ve Pasdaran salgınla mücadeleye dahil edildi. 12 Mart'ta silahlı kuvvetler bünyesinde COVID-19 Kumanda Karargâhı kuruldu (**Reza ve Fate-meh, 2020**). Hükümet adına STEB'in başlattığı ulusal kampanya ile eş zamanlı olarak askeri müdahaleye liderlik etmek üzere Silahlı Kuvvetler Genelkurmay Başkanı görevlendirildi. Pasdaran'ın sorumluluk üstlenmesinden kısa süre sonra, Tahran'da 24 saat içinde 2.000 yataklı sahra hastanesi kuruldu, başkentteki askeri hastanelerden biri 1.000 COVID-19 hastasını tedavi edebilecek şekilde hazırlandı ve şehirlerin sokaklarını dezenfekte etmek için yüz binlerce Basij milisi seferber edildi. Ayrıca, mobil koronavirüs test laboratuvarı inşa edildi, Savunma Bakanlığı'nın üretim tesisleri test kitleri ve kişisel koruyucu ekipman üretimi için kullanılmaya başlandı ve 85 bin mahkûm izinli olarak serbest bırakıldı (**Kamvara, 2020**).

İran'da yönetim sistemi içinde derin iç bölünmeler vardır. Örgütlü siyasi partiler etkin olmadığı için siyasi sistemde hizipçilik yaygındır ve farklı hizipler rakiplerini zayıflatmak için sık sık kurumsal ve politik araçlar kullanır. Hizipçilik, politika felci ve siyasi işlevsizlik ile kendini gösterir. İran'ın mevcut yönetsel sorunları salgına yaklaşımda da kendini göstermiştir. Hükümet, salgın sürecini ABD yaptırımlarının kaldırılması ya da hafifletilmesi açısından fırsat olarak görürken, Hamaney, ABD'yi suçlayan tavır sergilemiştir. Karantina veya salgından fazla etkilenen bölgelerde getirilen kısıtlamalar hakkında da çelişkili bilgiler yer almış, pandemi ile mücadele politikalarının koordine edilmesinde devletin hangi kurumunun sorumlu olduğu konusunda fikir birliğine varılamadığı zamanlar yaşanmıştır. Örneğin ülkenin en çok etkilenen bölgelerinden biri olan Gilan'da, STEB temsilcisi şehirleri karantinaya almaktan sorumlu ana organ olarak Korona ile Mücadele Ulusal Kurulu'nu işaret ederken, kurul üyesi bir milletvekili karantina uygulamasına karar verme yetkisinin yalnızca Pasdaran'a ait olduğunu söylüyordu (**Kamvara, 2020**).

İran'ın salgın ile etkin mücadelesini etkileyen iç sorunlarının yanı sıra, ABD'nin İran'a karşı uyguladığı yaptırımlar salgına bağlı zararları artırmıştır (**Behzadifar ve ark., 2020**). 1979'daki İslam devriminden sonra yaşanan rehine krizinden bu yana ABD, AB ve BM Güvenlik Konseyi tarafından İran'a karşı ekonomik ve siyasi yaptırımlar uygulanmaktadır (**Berber, 2013**). BM Güvenlik Konseyi'nin beş daimi üyesi (ABD, Rusya, Çin, İngiltere, Fransa) ve Almanya ile İran arasında 2015'te imzalanan ve İran'ın nükleer faaliyetlerini sınırlandırmayı kabul ettiği, Kapsamlı Ortak Eylem Planı'ndan sonra bu yaptırımlardan bir kısmı aşamalı olarak kaldırılmıştır. Ancak, ABD'nin anlaşmadan çekilmesi ile 2018'de yaptırımlar şiddetini artırarak yeniden uygulamaya başlanmıştır (**Danaei ve ark., 2019**). İlaç ve tıbbi ekipman yaptırım rejiminden muaf gibi görünse de pek çok ülke ABD ile ters düşmekten çekindiği için ticari ve mali alışverişte güçlük çıkarmakta ve İran'ın koruyucu ekipmanlara, laboratuvar malzemelerine, test kitlerine, ilaca, solunum cihazına erişimi kısıtlanmaktadır (**Rassouli ve ark., 2020; Behzadifar ve ark., 2020**). İranlı bilim insanları, politik amaçlar uğruna zorlu salgın koşullarında halkların sağlığının tehlikeye atılmasının savaş suçuna eşdeğer olduğuna inanıyor ve bu yaptırımları uygulayanların hesap vermesini talep ediyor (**Takian ve ark., 2020**). Yaptırımların gölgesinde İran'ın salgınla mücadelesi "elleri bağlı yüzmek" şeklinde tanımlanmaktadır (**Reza ve Fatemeh, 2020**).

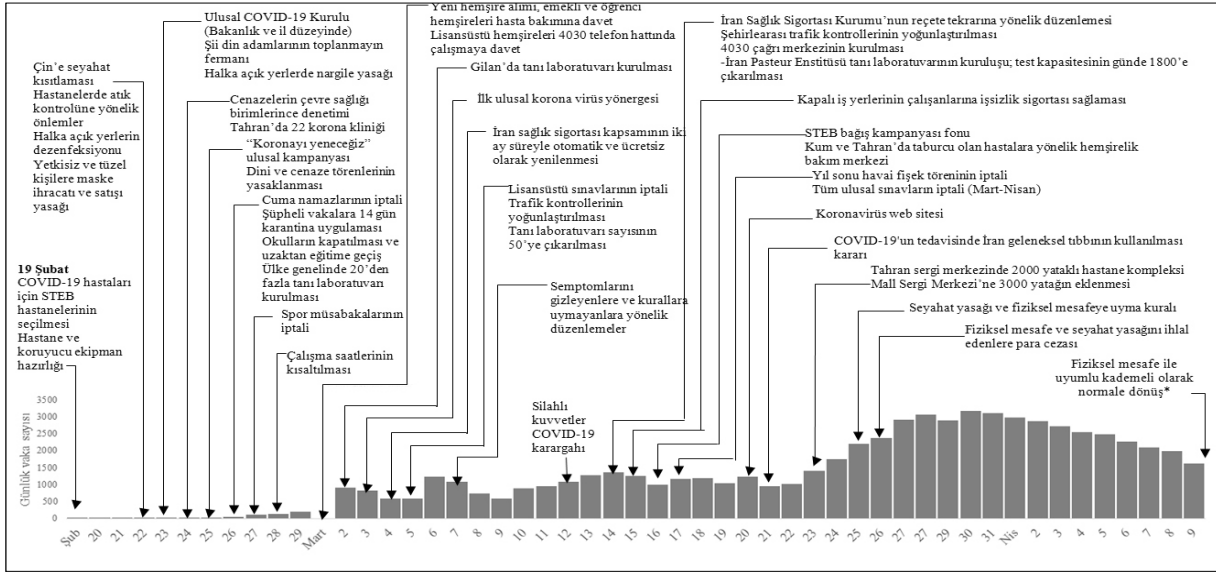
Hükümet yetkilileri ve askeri komutanlar, İran'da tüm şehirleri ve hatta şehirler içindeki belli mahalleleri bile karantina altına almanın olanaksız olduğunu ve Avrupa'nın bazı bölgelerinde ve Çin'de uygulanan karantina şeklinin İran'da uygulanamayacağını erken fark etmiştir (**Kamvara, 2020**). Uluslararası yaptırımların yanı sıra, petrol fiyatlarının düşmesi ile kötüleşen ekonomik sorunlara salgın sırasında yükselen işsizlik sorunu eklenmiştir ve Hükümet insanlara evde kalın dediği takdirde en yoksul gruplara bile mali destek sağlayacak durumda değildir. Hükümet ayrıca, ekonomik faaliyetleri kısıtlama konusunda da isteksizdir. Nisan ayı başında toplumun kademeli olarak normale dönmesine yönelik fiziksel mesafe ile uyumlu akıllı mesafe uygulaması yaşama geçirilmiş ve pek çok iş kolunda kademeli olarak yeniden faaliyetlere başlanmıştır (**Salimi et al.2020**). Ancak, yaz aylarından sonra vaka sayılarının artışa geçmesi ile kısıtlamalar yeniden gündeme gelmiştir. Halkın kısıtlamalara uyumunu sağlamak için yine Pasdaran ve Basij milislerinin kullanılması planlanmaktadır (**Iran International**).

Şekil 14'te günlük vaka sayılarına göre İran'ın Oxford Kısıtlılık Endeksi puanı sunulmuştur. Hükümetlerin salgına karşı yanıtını değerlendirmek amacıyla geliştirilen Oxford Kısıtlılık Endeksi toplam 18 kriter içermektedir. Değerlendirme kriterlerinden sekizi okulların ve iş yerlerinin kapanması, insan hareketliliğinin sınırlandırılması gibi kısıtlamalar, dördü gelir desteği gibi ekonomi politikaları, altısı test stratejisi ve sağlık hizmetlerine ilişkin politikalar ile ilgilidir (**Oxford COVID-19 Government Response Tracker**). İran'ın 2021 yılının Mayıs ayı sonu itibarıyla Oxford Kısıtlılık Endeksi puanı 72'dir (Şekil 14) (**WHO, 2020**).

İran'da COVID-19'a karşı aşılama programının kapsayıcılığı çok düşük seyretmektedir. Ülkede 24 Mayıs 2021 itibarıyla nüfusun %0,5'ine (n= 403.073) iki doz, %2,8'ine (2,34 milyon) yalnızca bir doz aşı uygulanabilmiştir (**Our World in Data, 2021**). İran'da kullanımı onaylanan dört aşı (Oxford/AstraZeneca AZD1222, Sputnik V, Sinoharm BBIBP-CorV, Bharat Biotech Covaxin) vardır (**COVID19 Vaccine Tracker, 2021**). Yerli aşı (COV-Iran Barekat) geliştirme çalışmaları Faz-III aşamasındadır.

3.4. Salgın sırasında İran sağlık sistemi

İran sağlık sistemi, yıllar içinde ciddi gelişim kaydetmekle birlikte önemli yapısal sorunlara sahiptir. Birinci basamak sağlık sistemi toplumun değişen sağlık sorunlarına göre revize edilemediği gibi kent- sel alanlarda işlemeyen bir sistem söz konusudur.



Şekil 13. İran'da 19-Şubat-9 Nisan 2020 tarihleri arasında COVID-19 salgınına karşı alınan başlıca önlemler

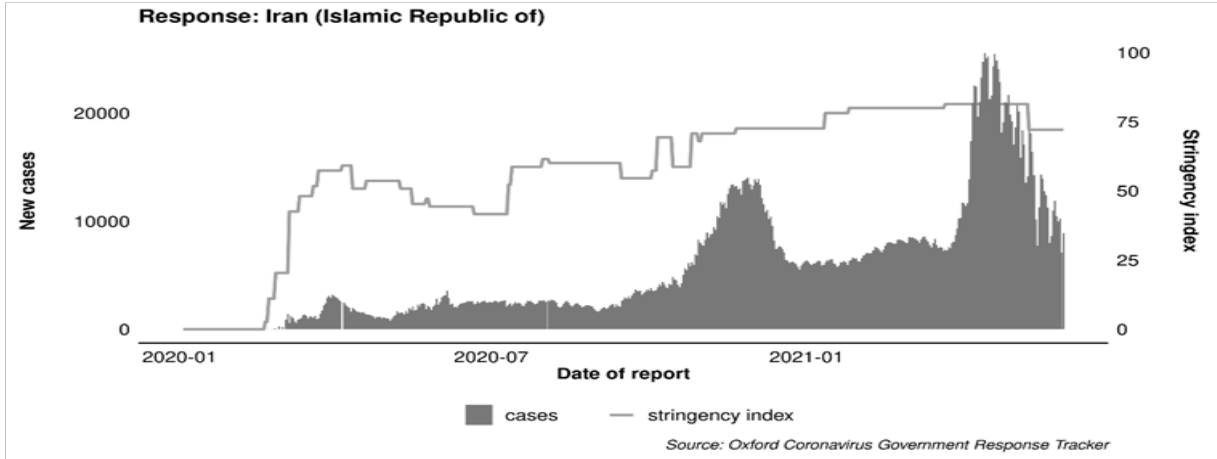
Kaynak: Raofi ve ark., 2020 *Salimi ve ark., 2020

Hastane ve yatak sayısı zaman içinde artsa da gereksinimi karşılayacak düzeye erişememiştir. Bunun yanı sıra, sağlık hizmetinin finansmanından ve sunumundan sorumlu çok sayıda kuruluşun bulunması, STEB düzeyindeki kurumsal yetersizlikler, sağlığın belirleyicilerinin bütüncül olarak ele alınmaması, kanıta dayalı politikaların yokluğu, denetim yetersizliği, kurumsal atalet gibi sorunlar sistemin işleyişini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu tür yapısal sorunlara ABD yaptırımları eklenince İran sağlık sisteminin salgından gördüğü zararlar artmıştır (Kamvara, 2020).

Salgının başında sağlık sisteminin hasta akını ile yüzleşecek bir hazırlığı bulunmuyordu. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın başlatılmasından sonra genel hastane yatağı ve yoğun bakım ünitesi yatağı sayısında artış gerçekleşse de yeterli değildir. Mevcut sekiz bin yoğun bakım ünitesi yatağının yaklaşık iki katı (15 bin) yatağa gereksinim olduğu belirtilmektedir (Behzadifar ve ark., 2020). Salgın ilanının ardından STEB, dokuz binden fazla yatak kapasitesi olan 750 hastaneyi COVID-19 hastalarına tahsis etti (Dodangeh ve Dodangeh, 2020). Ancak virüsün hızla yayılmasına bağlı olarak bu hastanelerde aşırı yığılma ve hasta yatağı sıkıntısı ortaya çıktı. STEB, tüm kamu ve özel hastanelerde 29 Şubat 2020'den itibaren elektif kabullerin ve işlemlerin iptal edilmesine yönelik kararname çıkardı. Ayrıca tek bir alanda uzmanlık hizmeti veren üçüncü basamak sağlık merkezleri dışındaki tüm hastanelerin ve kliniklerin genel birimlerine veya yoğun bakım ünitelerine COVID-19 hastalarını kabul etmeleri zorunluluğu getirildi (Ahmadi ve ark., 2020). Tüm illerde yaşanan hasta yatağı yetersizliği sorunu hastaları ayaktan tedaviye alındıktan sonra kurulan bakım

merkezlerine yönlendirilmesi ve yatan hastaların erken taburcu edilmesi ile aşılmaya çalışıldı. Bakım merkezleri, 12 Mart'ta, silahlı kuvvetlerde COVID-19 Komuta Karargâhının faaliyete geçmesinden sonra kurulmuş olup, akut dönemi atlattıktan sonra eve gönderilemeyecek durumda olan ve hafif hastaların izlendiği merkezlerdir. Askeri personel, gönüllüler ve hastane çalışanlarının yer aldığı merkezlerde hastane personelinin işyerinden ayrılmasını önlemek için silahlı kuvvetler tarafından yönetildiği belirtilmektedir (Rassouli ve ark., 2020). COVID-19 hastaları için yoğun bakım yatağı sıkıntısı çekilirken sosyal medyada yayılan alkol içmenin virüse karşı koruyucu olduğu haberlerine inanıp alkol içen pek çok kişinin alkol zehirlenmesi ile hastaneye başvurması sağlık sisteminin sorunlarını ikiye katladı (Reza ve Fatemeh, 2020). Üç binden fazla alkol zehirlenmesi ve 700'den fazla ölüm gerçekleşti (Salimi ve ark., 2020).

Sağlık sisteminin karşılaştığı bir başka önemli sorun, kişisel koruyucu ekipmanların yetersizliğidir. Koruyucu ekipmanlara ulaşamayan sağlık çalışanları arasında da vaka sayısı hızla arttı. Bildirilen ilk sağlık çalışanı ölümü, salgınının resmi duyurusundan yalnızca bir hafta sonra gerçekleşti. Ölen genç bir hemşire idi (Reza ve Fatemeh, 2020). Salgın iki ayını doldurduğunda 110 sağlık çalışanının öldüğü bildirilirken (Ahmadi ve ark., 2020), 22 Ağustos itibarıyla, enfekte olan sağlık çalışanı sayısı 12 bine ve yaşamını kaybedenlerin sayısı 164'e ulaştı (The National News). Ölen sağlık çalışanı sayısı, 2021 yılının ilk aylarında en az 533 olarak bildirilmektedir. COVID-19 nedeniyle ölen sağlık çalışanları şehit ve ulusal kahraman olarak adlandırıldı (Reza ve Fatemeh, 2020).



Şekil 14. İran'da yeni vaka sayısına göre kısıtlılık endeksi puanı

Kaynak: WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard, <https://worldhealthorg.shinyapps.io/covid/>

Sonuç

Pek çok medeniyete ev sahipliği yapmış olan İran platosu, güçlü devlet geleneğinin yerleştiği ve zengin kültürel birikimi olan bir coğrafyadır. İran halkı, monarşik yönetimin ardından politik tuzaklarla daha baskıcı teokratik yönetimin kucağına düşse de değişim yaratma gücüne sahip dirençli bir halk olduğunu ispatlamıştır. İslam Devrimi'nden sonra Humeyni'nin ölümüne kadar İslami refah devleti modeli çerçevesinde, sağlıkta kamunun sorumluluk aldığı bir süreç yaşanmıştır. Humeyni'den sonra ekonomide serbest piyasa yaklaşımını benimseyen hükümetler, sağlık alanında da reform uygulamalarını yaşama geçirmeye çalışmaktadır. İran'da resmi makamlar tarafından doğrulanan ilk COVID-19 vakaları 19 Şubat 2020'de ortaya çıkmıştır. Politik otoriteler, salgınının başlangıcında kriz yönetimi konusunda kararsız davranmıştır. İran Hükümeti'nin bu yaklaşımı siyasi meşruiyet ve ekonomik kaygıları olan ülkelerin tutumu ile benzerdir. Ruhani, salgın halkı kırıp geçirirken uzun süre koşulların normalliğini vurgulama eğiliminde olmuştur. Devrimin yıldönümü kutlamalarında, parlamento seçimlerinde ve yeni yıl tatilinde hiçbir kısıtlama getirilmemesine bağlı olarak, iki hafta içinde 31 ilin tamamına virüs yayılmıştır. Politik otoritelerin durumun ciddiyetinin farkına varmasının ardından, 26 Mart 2020'den itibaren kısıtlamalar getirilmeye başlanmıştır. Salgın sürecinde Dini Lider'in emriyle Pasdaran ve Basij milislerinin salgın kontrolünün merkezinde yer alması dikkat çekicidir. Salgının İran'ın ekonomik sorunlarının ve ABD yaptırımlarının şiddetinin arttığı zamana rastlaması ülkeyi ve sağlık sistemini zora sokmuş, pek çok sağlık çalışanı enfekte olmuş

ve pek çoğu ölmüştür. Görevi başında ölen sağlık çalışanlarına şehit unvanı verilerek ölümleri kutsanmıştır. Dünya, pandemi sürecini atlatacaktır. Ancak pandemiden geriye siyasilerin tercihleri nedeni ile daha fazla hastalanan, daha fazla ölen, daha fazla yoksullaşan halklar kalacak gibi görünmektedir.

Kaynaklar

- Abdi, M.** (2020) Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in Iran: Actions and Problems. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 1-2 Erişim Tarihi 10 Ekim 2020 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7137533/pdf/S0899823X20000860a.pdf>
- Abdi M., Mirzaei, R.** (2020) Iran Without Mandatory Quarantine and with Social Distancing Strategy Against Coronavirus Disease (COVID-19), *Health Security*, 18(3).
- Abrahamian, E.** (2019) *Modern İran Tarihi*, Çev. Şendil D. İş Bankası Kültür Yayınları, 6. Baskı. İstanbul.
- Ahmadi Z.H., Mousavizadeh, M., Nikpajouh, A., Bahsir, M., Hosseini, S.** (2020). COVID-19: A perspective from Iran, *J Card Surg*, 1-5.
- Alinia, C., Lahijan J.D.** (2019). Moving Toward Universal Health Coverage: Four Decades of Experience from the Iranian Health System. *ClinicoEconomics and Outcomes Research*, 11: 651-7
- Bahramitash, R.** (2004) Market Fundamentalism Versus Religious Fundamentalism: Women's Employment in Iran, *Critique: Critical Middle Eastern Studies*, 13(1): 33-46
- BBC web sayfası** Erişim Tarihi 25 Ekim 2020 <https://www.bbc.com/turkce/haberler-dunya-51981018>
- Behzadifar, M., Ghanbari, M.K., Bakhtiari, A., Behzadifar, M., Bragazzi, N.L.** (2020) Ensuring Adequate Health Financing to Prevent and Control the COVID-19 in Iran, *International Journal for Equity in Health*, 19:61
- Berber, S.** (2013) İran'ın Ekonomi Politikası, Yaptırımların Etkisi ve İkilemleri. *Bilge Strateji*, 5(9): 61-84
- CIA (Central Intelligence Agency) web sayfası** Erişim Tarihi 14 Ekim, *The World Factbook*. 2020, <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ir.html>
- CoronaTracker web sayfası** (2020) Erişim Tarihi 31 Ekim 2020 <https://www.coronatracker.com/country/iran/>
- Council on Foreign Relations web sitesi** Erişim Tarihi 18 Ekim 2020 <https://www.cfr.org/article/islamic-republics-power-centers>
- COVID19 Vaccine Tracker** (2021). Erişim Tarihi 2 Haziran

- 2021 <https://covid19.trackvaccines.org/country/iran-islamic-republic-of/>
- Danaei, G., Farzadfar, F., Kelishadi, R., Rashidian, A., Rouhani, O.M., Ahmadnia, S., Ahmadvand, A., Arabi, M., et al** (2019) Iran in Transition, *Lancet*, 393: 1984-2005
- Dodangeh, M., Dodangeh, M.** (2020) Iranian healthcare system against COVID-19, *Germes* 10(2):112-4
- Doshmangir, L., Bazayr, M., Majdzadeh, R., Takian A.** (2019) So Near, So Far: Four Decades of Health Policy Reforms in Iran, Achievements and Challenges, *Arch Iran Med*, 22(10):592-605
- Doshmangir, L., Moshiri, E., Farzadfar, F.** (2020a) Seven Decades of Primary Healthcare during Various Development Plans in Iran: A Historical Review, *Arch Iran Med*, 23(5):338-52
- Doshmangir, L., Rashidian, A., Kouhi, F., Gordeev, V.S.** (2020b) Setting Health Care Services Tariffs in Iran: Half a Century Quest for a Window of Opportunity. *International Journal for Equity in Health*, 19:112
- Hazir, A.** (2018) Beyond Religion: Ulama and Politics in Pre-revolutionary Iran. *Iran Çalışmaları Dergisi*, 1(2): 39-57
- Iran International web sayfası** Erişim Tarihi 2 Kasım 2020 <https://iranintl.com/en/iran/iran-reports-highest-daily-covid-death-toll-restrictions-are-imposed>
- Kamvara, M.** (2020) The COVID-19 Pandemic in Iran: Health and Policy Implications, Arab Center for Research and Policy Studies. Series: Policy Analysis, Erişim Tarihi 1 Kasım 2020 <https://www.dohainstitute.org/en/Lists/ACRPS-PDFDocumentLibrary/The-Covid-19-Pandemic-in-Iran.pdf>
- Khayat-zadeh-Mahani A, Takian A.** (2014) Family Physician Program in Iran: Considerations for Adapting the Policy in Urban Settings. *Arch Iran Med*, 17(11): 776-8
- Kuduoğlu, A.** (2019) İranda Musaddık Dönemi: 1951-1953. *Iran Çalışmaları Dergisi*, 2(2): 37-62
- Majbourni, M., Fesharaki, S.** (2019) Iran's Multi-ethnic Mosaic: A 23-Year Perspective. *Soc Indic Res* 145:831-59
- Marshall, P.** İranda Devrim ve Karşı-Devrim, Erişim Tarihi 5 Ekim 2020, <http://iwist.org/wp-content/uploads/2015/03/iran.pdf>
- Mehrdad, R.** (2009) Health System in Iran, *JMAJ*, 52(1): 69-73
- Our World in Data (2021)**, Erişim Tarihi 2 Haziran 2021, <https://ourworldindata.org/coronavirus/country/iran>
- Oxford COVID-19 Government Response Tracker** Erişim Tarihi 31 Ekim 2020 <https://covidtracker.bsg.ox.ac.uk/>
- Raeisi, A., Tabrizi, J.S., Gouya, M.M.** (2020). IR of Iran National Mobilization against COVID-19 Epidemic, *Arch Iran Med*, 23(4):216-9
- Rafiei, M., Ezzatian, R., Farshad, A., Sokooti, M., Tabibi, R., Colosio, C.** (2015) Occupational Health Services Integrated in Primary Health Care in Iran. *Annals of Global Health*, 81(4): 561-7
- Rahmanzade, R., Rahmanzadeh, R., Hashemian, S.M.R., Tabarsi P.** (2020) Iran's Approach to COVID-19: Evolving Treatment Protocols and Ongoing Clinical Trials, *Front Public Health*, 8:551889
- Raiesifar, A., Firouzkouhi, M., Fooladi, M., Parvizy S.** (2016) Sociopolitical Development of the Nursing Profession in Iran: A Historical Review, *J Med Ethics Hist Med*, 5:9:13.
- Raofi, A., Takian, A., Sari, A.A., Olyaeemaneh, A., Haghghi, H., Aarabi, M.** (2020) COVID-19 Pandemic and Comparative Health Policy Learning in Iran *Arch Iran Med*, 23(4):220-34
- Rashidvash, V.** (2012) The Qajar Dynasty in Iran: The Most Important Occurrence Evented in the Qajars Monarchy. *International Journal of Business and Social Science* 3(12):181-87
- Rassouli, M., Ashrafzadeh, H., Shirinabadi Farahani, A., Akbari, M.E.** (2020) COVID-19 Management in Iran as One of the Most Affected Countries in the World: Advantages and Weaknesses. *Front. Public Health* 8:510
- Reza, G., Fatemeh H.** (2020) COVID-19 and Iran: Swimming with Hands Tied! *Swiss Med Wkly*, 150:w20242
- Salimi, R., Gomar, R., Heshmati, B.** (2020) The COVID-19 Outbreak in Iran. *Journal of Global Health*, Erişim Tarihi 1 Kasım 2020 <http://www.jogh.org/documents/issue202001/jogh-10-010365.htm>
- Takian, A.** (2009) Implementing Family Medicine in Iran Identification of Facilitators and Obstacles. PhD thesis, London School of Hygiene & Tropical Medicine. Erişim Tarihi 20 Ekim 2020, <https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/878723/1/536859.pdf>
- Takian, A., Raofi, A., Kazempour-Ardebil, S.** (2020) COVID-19 Battle during the Toughest Sanctions against Iran. *The Lancet*, 395(10229):1035-6
- Takian, A., Rashidian, A., Kabir, M.J.** (2011) Expediency and Coincidence in Re-Engineering a Health System: An Interpretive Approach to Formation of Family Medicine in Iran, *Health Policy and Planning*, 26:163-73
- The National News** Erişim Tarihi 2 Kasım 2020 <https://www.thenationalnews.com/world/mena/coronavirus-164-healthcare-workers-among-iran-s-dead-1.1067310>
- Tudeh Party of Iran web sitesi** Erişim Tarihi 20 Eylül 2020, Brief History of The Tudeh Party of Iran, <https://www.tudehpartyiran.org/en/1993/03/31/brief-history-of-the-tudeh-party-of-iran/>
- UNICEF Data Warehouse** Erişim Tarihi 5 Ekim 2020 https://data.unicef.org/resources/data_explorer/unicef_f/?ag=UNICEF&df=CME&ver=1.0&dq=IRN.&startPeriod=1970&endPeriod=2020
- United Nations web sayfası** Erişim Tarihi 20 Eylül 2020, United Nations Development Programme Human Development Reports, Iran (Islamic Republic of). <http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/IRN>
- Vaghefi, S.** (2017) 20. yüzyılda İranda sosyalist hareketler ve sol partiler. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Avrasya Araştırmaları Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Verulava, T.** (2006) Health Care System in the Islamic Republic of Iran. Insurance, Health Policy & Management. Erişim Tarihi 10 Ekim 2020 https://www.researchgate.net/publication/270646645_Health_Care_System_in_the_Islamic_Republic_of_Iran
- WHO.** (2016). Regional Office for the Eastern Mediterranean Islamic Republic of Iran health profile 2015 / World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean, WHO-EM/HST/235/E
- WHO.** (2019). Regional Office for the Eastern Mediterranean. Eastern Mediterranean Region: framework for health information systems and core indicators for monitoring health situation and health system performance 2018, WHO-EM/HST/244/E
- WHO Global Health Expenditure Database** Erişim Tarihi 2 Ekim 2020 https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en
- WHO web sayfası** Erişim Tarihi 31 Ekim 2020 <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/who-ships-emergency-medical-supplies-to-the-islamic-republic-of-iran>
- WHO** (2020) WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. Erişim Tarihi 31 Ekim 2020 <https://covid19.who.int/>
- World Bank. (2008b)** Islamic Republic of Iran Health Sector Review Volume I: Main Report, Report No: 39970-IR
- World Bank. (2008a)** Islamic Republic of Iran Health Sector Review Volume II: Background Sections, Report No: 39970-IR
- World Bank web sayfası** Erişim Tarihi 2 Ekim 2020, <https://worldbank.org/>
- Worldometer web sayfası** Erişim Tarihi 12 Ekim, Iran Demographics, <https://www.worldometers.info>