

# KAZAKİSTAN SAğLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ – EDİTÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Öztürk ARSLAN

Tayfun PAK

Hakan AYGÜN

Süleyman ÖZTÜRK

Kadir BÜTÜN

A. ERDAL SARGUTAN

**KAZAKİSTAN SAğLIK SİSTEMİ**

<b>ÖZET</b>	1570
<b>I. ÜLKE TANITIMI</b>	1573
I.1 Coğrafya	1573
I.2 Tarih	1574
I.3 Toplumsal Yapı	1575
I.4 Siyasal Ve İdari Yapı	1575
I.5 Ekonomi	1577
<b>II. SAğLIK SİSTEMİ</b>	1578
II.1. Genel Sağlık Durumu	1578
II.2. Sağlık Sisteminin Yapısı	1580
II.2.1. Merkez Teşkilatı	1580
II.2.2. Taşra Teşkilatı	1580
II.3. Sağlık Sistemi Reformu Ve Yerelleşme	1582
II.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	1583
II.4.1. Birincil Sağlık Hizmetleri	1583
II.4.2. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri	1584
II.5. Sağlık Sisteminin Finansmanı	1585
II.6. Sosyal Güvenlik Sistemi	1586
II.7. Sağlık Çalışanları Ve Sağlık Eğitimi	1588
II.8. Eczacılık Hizmetleri	1589
<b>III. KAZAKİSTAN VE TÜRKİYE SAğLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI</b>	1591
<b>KAYNAKLAR</b>	1593

## ÖZET

Kazakistan'da Sağlık hizmetleri genelde Sağlık, Eğitim Ve Spor Bakanlığı kapsamında verilmektedir. Bu bakanlık görevlerinden biri olan sağlık hizmetleri sunumunu Sağlık Dairesi (Komisyonu) eliyle yapmaktadır ve yerel birimlerce idare edilmektedir. Sağlık Dairesi (Komisyonu) ulusal bir sağlık stratejisi uygulamada güç ve kapasite yönünden eksiktir.

Ayrıca Savunma, İçişleri ve Ulaştırma bakanlıkları tarafından kendilerine bağlı olan kurumların çalışanlarına sağlık hizmeti verilmektedir.

Sağlık sisteminin hantallığını azaltmak için yerel idarlere bazı otonomiler verilmeye başlanmıştır. Ekonomik ve siyasi değişiklik içerisinde sağlık sektör reformları başlatılmıştır. Ancak dikey programların izlenmesi, denetlenmesi ve geliştirilmesi merkezi örgütlerin sorumluluğu altındadır.

Sağlık sistemi büyük çapta yerelleştirilmiş ve programların uygulama sorumluluğu Oblast adlı yerel yönetimlere verilmiştir. Sağlık hizmetleri oblast sağlık bölümleri (hastahaneler ve poliklinikler) tarafından idare edilmektedir. Oblast sağlık bölümlerinin hizmetler sunumunda özerklikleri vardır.

Kırsal ve kentsel alanlarda sağlık hizmetlerinin sunumu farklıdır.

Kırsal alanlardaki birincil sağlık hizmetleri feldşer noktaları, kırsal kesim klinikleri ve küçük kırsal kesim hastahaneleri tarafından sağlanmaktadır. Kırsal alanda sağlık ocakları, doğumevleri, kırsal doktor klinikleri vardır.

Şehirsel alanlarda birincil ve ikincil bakım ise poliklinikler, rayon hastahanelerinde, uzmanlaşmış bakım oblast veya şehir hastahanelerinde, polikliniklerde, üçüncül bakım ise ulusal ihtisas kuruluşlarında sağlanmaktadır. Bu sunum sistemi birincil sağlık hizmetlerinin aile hekimlikleri tarafından sunulacak şekilde değişmektedir. Bunun sonucu olarak küçük hastahaneler kapatılmıştır.

Özel sağlık hizmetleri uygulamalarına 1991 yılında izin verilmiştir. Ancak toplumun düşük satın alma gücü nedeniyle, özel sağlık uygulamaları şimdiye kadar eczahaneler ve özel muayene yapan doktorların dışına çıkamamıştır. Özel klinikler; aile danışmanlığı, özel tıbbi danışmanlık, rehabilitasyon merkezi şeklinde hizmet vermektedir.

Kazakistan halkı sağlık eğitimi açısından geridir. Koruyucu sağlık hizmetine ayrılan finansman kaynakları yeterli değildir. Daha çok tedavi edici hizmetlere yönelmiş, bu da kaynakları önemli ölçüde verimsizleştirmiştir.

Kazakistan ekonomisini henüz düzene koymamış gelişmekte olan bir ülkedir. Kazakistan bağımsızlığının ardından finansal olarak sürdürülebilir bir sağlık sistemi kurmayı amaçlamıştır. 1996 yılında zorunlu sağlık sigorta planı başlatılmıştır. 1999'dan itibaren, başarısızlığa uğrayan sigortaya dayalı sistemden, vergiye dayalı Kapsayıcı / Bütüncü / Tekçil sağlık sistemine geçilmiştir. 1999 yılında sağlık hizmetleri genel bütçe gelirlerinden fonlanmaya başlandı. Bunun sonucunda ülke sağlık hizmetlerini genel vergiler ile finanse eden sisteme geri dönmüştür. Kazakistan'da toplam sağlık harcamalarının GSMH'ya oranı 3-5 civarındadır. 2001 yılında kişi başına sağlık harcaması 29 ABD Doları iken, bugün 100 ABD Doları olarak gerçekteşmiştir.

Kazakistan'da Bugünkü haliyle sistem sıkı bir devlet kontrolündedir ve yetersizdir. Halk, sağlık hizmeti ihtiyaçlarını kendi imkânlarıyla sağlamaya çalışmaktadır.

Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı altında çalışan Emeklilik Merkezi emeklilik, özel yardımlar gibi birçok sosyal yardımı kontrol etmektedir. Günümüzde yerel bütçeler tarafından finanse edilen 9 sosyal yardım programı, devlet bütçesi tarafından finanse edilen 7 sosyal yardım programı vardır.

Ülkede istihdam edilen sağlık personellerinin genel bilgi ve uygulama eksiklikleri hat safhadadır. Reformların başarı kazanabilmesi için sağlık çalışanlarının yeniden eğitilmesine ihtiyaç duyulmaktadır.

A. ERDAL

A. ERDAL SARGUTAN

## KAZAKİSTAN SAĞLIK SİSTEMİ

### I. ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	: Kazakistan Cumhuriyeti
NÜFUSU	: 15.150.000 kişi
YÜZÖLÇÜMÜ	: 2.717.300 km <sup>2</sup>
RESMİ DİLİ	: Kazakça
DİNİ	: Müslüman %47, Rus Ortodoks %44, Protestan %2, Diğer %7
BAŞKENT	: Astana
SİYASAL REJİMİ	: Cumhuriyet
PARA BİRİMİ	: Tenge (10/1,2) (1 ABD\$ = 126 KZT, 26.03.2006)

#### I.1. Coğrafya

2.717.300 km<sup>2</sup> yüzölçümüne sahip olan Kazakistan, yüzölçümü açısından dünyanın dokuzuncu, eski Sovyetler Birliği ülkelerinin dördüncü en büyük ülkesidir. Türkiye'nin yaklaşık 3,5 katı büyüklüğündeki ülke, Orta Asya'da Çin'in kuzeybatısında, Ural Nehri'nin batısında yer almaktadır. Ülkenin sınır komşuları Çin (1.533 km), Kırgızistan (1.051 km), Rusya (6.846km), Türkmenistan (379 km) ve Özbekistan (2.203 km)'dir. Kazakistan'ın Aral Denizi'ne 1,070 km'lik ve Hazar Denizi'ne 1 894 km'lik sınırı da bulunmaktadır.

Doğudaki Altay Dağları, güneydoğusundaki Tien Şan diğer adıyla Tanrı Dağları ve onun uzantıları Jongar Alatau ve Saur-Tarbagatay ülkenin en büyük dağlarını oluşturmaktadır. İrtiş, Esil, Yayık, İli, Sırderya, Tobıl, Sarısu ülkenin en büyük nehirleridir. Irili ufaklı ve çoğu yaz aylarında kuruyan 7,000'den fazla akarsu bulunmaktadır. İrtiş, Esil ve Tobıl nehirleri Obi havzasına dahil olup Kuzey Buz Denizine, diğerleri ise ülke içindeki göllere dökülmektedir. İrtiş, Esil ve Yayık'ta gemi taşımacılığı yapılmaktadır. Ülkede irili ufaklı 48 bin göl bulunmaktadır. Hazar, Aral, Balkaş, Alagöi, Zaysan, Tengiz, Sıletı gölleri ülkenin belli başlı büyük gölleridir. Ülkenin güneybatısında bulunan Aral Gölü suyunun çekilmesi nedeni ile küçülmektedir. Göllerin önemli bir kısmı çok tuzlu olduğundan tuz üretimi yapılmaktadır. Balkaş ve Zaysan ise önemli tatlı su gölleridir. İrtiş'de iki, İle ve Sırderya'da birer olmak üzere ülkenin dört büyük barajı vardır.

Ülkede tam anlamıyla karasal iklim hakimdir. Bu nedenle çok soğuk kışlar ve çok sıcak yazlar yaşanmaktadır. Kuraklık süresi ve sıcaklık farkları büyüktür. Yazın ortalama hava sıcaklığı kuzey bölgelerinde 20°C, güney bölgelerinde ise 30°C'dir. Kışın ortalama hava sıcaklığı ise kuzey bölgelerinde -20 ila -22°C, güney bölgelerinde -4 ila -8 °C'dir. Astana'daki ortalama sıcaklıklar kışın -18°C, yazın 20°C'dir. Almatı'daki ortalama sıcaklıklar ise kışın -8°C, yazın 22°C olmaktadır. Metrekareye düşen yıllık yağış miktarı ortalama 250-350mm<sup>3</sup>tür.

Kazakistan'da tabii bitki örtüsü kuzeyden güneye gittikçe farklılaşmaktadır. Kuzeydeki küçük orman ve ağaçlıklarla kaplı bozkır sahası güneye inildikçe çöle dönüşmektedir. İrmak boyları ağaçlık ve çalılıktır.

Kumlu alanlarda saksavul ağaçları ve çalı türünden ılgınlar bulunmaktadır. Altay ve Tanrı Dağları ise çam ağaçları ile kaplıdır.

Ülkenin en yüksek noktası 6,994 metre yükseklikle Tanrı Dağları'ndaki (Tien-Şan) Han Tengri zirvesidir. En alçak yeri ise -132 metreyle Batı Kazakistan'daki Karakiya Çukuru'dur. Kazakistan'ın %7'sini ormanlar, %4'unu dağlar, %26'sını ekilebilir alanlar, %23'ünü bozkır, %40'nı da çöl görünümlü topraklar oluşturmaktadır (6/7,8).

## 1.2. Tarih

Kazaklar Türk ve Moğol göçebe boylarının karışımı olup, bugünkü Kazakistan'ın bulunduğu bölgeye 13. yüzyılda göç etmiştir. Kazakların tek bir ulus olarak birleşmeleri uzun zaman almıştır.

Modern Kazakistan'ın tarihi Rusya'nın tarihi ile bağlantılıdır. 1730 yılında üç Kazak aşiretinden birinin dış saldırılardan korunma amacı ile Rus korumasına başvurması Kazakların aşamalı olarak Rus İmparatorluğu güdümü altına girmesi sürecini başlatmıştır. Günümüz Kazakistan toprakları 18. Yüzyılda Ruslar tarafından fethedilmiş ve Kazakistan 1936 yılında bir Sovyet Cumhuriyeti olmuştur.

Komünizm genellikle göçebe olan Kazaklara çok ciddi zararlar vermiştir. Sovyet dönemi boyunca Kazak halkı yerleşik hayata geçişe zorlanmıştır. 1930'lu yıllar süresince Kazak nüfusu açlık, göç ve tasfiye nedeni ile 4 milyondan 3 milyona düşmüştür. Stalin dönemi boyunca Kazakistan toprakları istenmeyen etnik grupların sürüldüğü bir yer olmuştur. Bu dönem boyunca Kazakistan topraklarına Rus göçü de önemli ölçüde artmıştır. 1950'ler boyunca ülke hem siyasi açıdan hem de sayısal olarak Rus egemenliği altında kalmıştır. Ancak, Kazaklar Ruslara sadık kalmakla birlikte yerel siyasette ağırlıklarını artırmaya başlamıştır. Bunda özellikle Kazak Komünist Partisi birinci sekreteri Dinmuhamed Kunayev'in rolü olmuştur.

Kunayev yönetimi 1986 yılı Aralık ayında Sovyet lider Mihail Gorbaçov tarafından sonlandırılmıştır. Kunayev yerine yozlaşma ile mücadelede uzmanlaşmış Rus Genadi Kolbin göreve getirilmiştir. Kolbin'in göreve getirilmesi ile Rus güdümüne geri dönüşten korkan binlerce Kazak genci Almatı sokaklarında gösteriler yapmış, Sovyet yetkililerin şiddetli engellemeleri ile karşı karşıya kalmıştır.

Kolbin'in yerine 1989 yılında Kazak orijinli Nursultan Nazarbayev atanmıştır. Nazarbayev, geniş Rus azınlığın tepkisi ve ülkenin Rusya'ya ekonomik bağımlılığını göz önünde bulundurarak bağımsızlığa muhalefet etmiştir. Mart 1991'de gerçekleştirilen tartışmalı referandumda halkın büyük çoğunluğunun ülkenin Sovyetler Birliği'nin bir parçası olarak kalmasını tercih ettiği sonucu çıkmıştır. Ancak 3 Aralık 1991 tarihinde Rusya, Beyaz Rusya ve Ukrayna'nın Bağımsız Devletler Topluluğu'nu oluşturmak üzere SSCB'den kopması Kazakistan'ı gönülsüz de olsa bağımsızlık yönüne itmiştir. Kazakistan, 16 Aralık 1991 tarihinde Sovyetler Birliği'nden bağımsızlığını ilan eden son ülke olmuştur.

Kazakistan aynı zamanda Bağımsız Devletler Topluluğu ülkeleri içinde kendi yerel dilini resmi dil haline getiren en son ülke olma özelliğine de sahiptir.



Nazarbayev Aralık 1991'de yapılan ilk Cumhurbaşkanlığı seçiminde tek aday olmuş ve oyların %95'ini alarak Cumhurbaşkanı seçilmiştir (7/7).

### I.3. Toplumsal Yapı

Ülkenin 2003 yılı itibarı ile nüfusu yaklaşık 15 milyondur. 2000-01 yıllarında gözlenen iki yıllık düşüşün ardından 2002-03 döneminde nüfus %0,7 oranında artış göstermiştir. Kazakistan'da nüfus yoğunluğu kilometrekareye 5,5 kişidir. Nüfusun çoğunluğu, ülkenin kuzey ve güney doğusunda yaşamaktadır. Nüfus yoğunluğunun bu derece düşük olmasının başlıca nedeni ülkeden dışarıya olan göçlerdir. Doğal nüfus artış hızı, dışarıya olan göçe yetişmemektedir. 1989-1999 yılları arasında 1,5 milyon kişi Kazakistan dışına göç etmiştir. Bunların çoğu, Rusya'ya göç eden etnik Ruslardır. Etnik Alman nüfusunun da yarısı Almanya'ya gitmiştir. Nispeten yüksek doğum oranları ve azınlıkların göçü neticesinde 1920'lerden bu yana ilk defa Kazak nüfus çoğunluğu elde etmiştir. 2001 yılı itibarı ile etnik Kazakların toplam nüfustaki payı %53,4'tür. Kazak nüfusun yaş ortalaması 20'nin biraz üzerindeyken, bu rakam Ruslar için 45'tir (6/9).

Ülkenin başkenti Astana'dır. Önemli şehirler Karaganda, Öskemen, Pavlador, Simkent ve Taraz'dır (15/1).

Kazakça ve Rusça resmi dildir. Nüfusun %64,4'ü Kazakça konuşmaktadır ve resmi yazışma dili de Kazakçadır. Ayrıca nüfusun %95'i Rusça konuşabilmektedir.

Kazakistan'ın %47'si Müslüman, %44'ü Rus Ortodoks ve %2'si Protestandır. Kazakistan Müslümanları diğer İslam ülkelerinden kendi soyutladığı için bazı uygulamalarda büyük farklılıklar vardır. Örneğin Kuran öğretimi Kazakların din anlayışındaki yeri çok azdır.

Eğitim yedi ile on beş yaş arasındaki çocuklar için zorunludur. İlk öğretim dört yıldır ve ardından beş yıllık zorunlu orta öğretim başlamaktadır. Beş yıllık orta öğretim bittikten sonra seçinlik olarak iki yıllık özel orta öğretim okullarına devam edilebilmektedir. 1996 ve 2002 yılları arasında yüksek öğrenim gören öğrenci sayısı 281,000'den 515,000'e yükselmiştir.

Eğitim sistemi Sovyet Döneminden sonraki mali sıkıntı ile, Rus ve Alman eğitimcilerin göç etmesi nedeniyle gerilemiştir. Eğitim sisteminin yapılandırılmasına devam edilmektedir. 1996 ve 2001 yılları arasında özel eğitim kurumlarının sayısı iki kat artmıştır. Özel eğitim sektörü yüksek eğitim öğrencilerinin %7'sine eğitim sağlamaktadır. 1999 nüfus sayımına göre okuryazarlık oranı %97,5'tir (15/4,5).

### I.4. Siyasal Ve İdari Yapı

Kazakistan Cumhuriyeti'nin Anayasası parlamentoda 28 Ocak 1993 tarihinde kabul edilmiştir. Anayasa demokratik, laik ve üniter devlet yapısını öngörmektedir.

Vatandaşların medeni, siyasi ve ekonomik hak ve özgürlüklerden eşit şekilde yararlanacakları belirtilmekte, özel mülkiyet hakkı tanınmakta ve özel mülkiyetin dokunulmazlığı teminat altına alınmakta, örgütlenme ve örgütlere üye olma özgürlüğü tanınmaktadır. Meclisin adı "Yüksek Sovyet" olarak korunmuştur.

Anayasa ile Kazakça ülkenin resmi lisanı, Rusça da etnik gruplar arası iletişim lisanı olarak kabul edilmiştir. 30 Ağustos 1995 tarihinde yapılan referandumla yeni bir Anayasa %89 lehte oy ile kabul edilmiştir.

Bu yeni Anayasa demokratik, laik ve üniter devlet yapısı, Senato ve Meclisten oluşacak iki kanatlı Parlamento, güçlü bir Başkanlık sistemi ve Başbakanın Cumhurbaşkanı tarafından parlamentonun onayı alınarak atanmasını öngörmektedir.

Cumhurbaşkanına parlamentoyu feshetme ve bir yıla kadar yasama görevini üstlenme gibi ilave yetkiler verilmekte, bir Kazak vatandaşının aynı zamanda bir başka devletin vatandaşı olması yasaklanmakta, özel mülkiyet, örgütlenme ve örgütlere üye olma gibi haklar tanınmaktadır. Toprak ve yeraltı kaynaklarının devlete ait olması öngörülmektedir. Kazakça'nın devlet dili olması, Rusça'nın da merkezi ve yerel organlarda Kazakça ile birlikte kullanılması kabul edilmiştir. Ancak Kazakça'nın devlet dili olarak önceliği bulunacaktır. Cumhurbaşkanı'nın Kazakça'ya tam anlamı ile hâkim olması şartı konmuş, böylece bu makam esas itibariyle Kazaklara tahsis edilmiştir.

Yeni Anayasa ile cumhurbaşkanı hükümetten ayrılmış ve iktidar gücünün üç kolunun başında bu üçü arasındaki ihtilaflarda çözüm sağlayıcı olarak kendisine yeni bir görev verilmiştir (10/4).

Kazakistan Parlamentosu, Senato ve Meclis olmak üzere iki kanattan oluşmaktadır. Meclis kanadının üye sayısı 77'dir. Meclis'in görev süresi 5 yıl, Senato'nun görev süresi ise 6 yıldır. Senato, her eyalet ve eski başkent Almatı'dan yerel temsili organlar tarafından seçilen ikişer senatörden meydana gelmektedir. 7 senatör ise Cumhurbaşkanı Nursultan Abişevič Nazarbayev tarafından atanmaktadır (10/5).

Kazakistan'da Başbakan ve hükümet üyeleri doğrudan Cumhurbaşkanı tarafından atanmaktadır. Ancak, Başbakan, Başbakan Yardımcıları ve Dışişleri, İçişleri, Savunma, Maliye Bakanları ile Milli Güvenlik Kurulu (eski KGB) başkanının tayininde parlamentonun onayının alınması gerekmektedir. Yönetim fiilen tümüyle Cumhurbaşkanının elindedir. Başbakanlık daha ziyade ekonomik-teknik bir konumda ve Cumhurbaşkanı'na yardımcı niteliktedir.

Kazakistan'da yargı, Anayasa Kurulu tarafından belirlenmekte ve devletin siyasi gelişmelerine karışmamaktadır. Anayasa Kurulu yetki süreleri altı yıl olmak üzere yedi üyeden oluşmaktadır. Devlet eski başkanları Anayasa Kurulu'nun daimi üyeleridir. Tüm yargı organlarının denetlenmesi için Kazakistan Devlet Başkanı tarafından yürütülen Kazakistan Cumhuriyeti Yüksek Kurulu kurulmuştur.

Yüksek mahkeme başkanı, baroların başkanları ve Kazakistan yüksek mahkemesi yargıçları devlet başkanının Cumhuriyet Yüksek Hâkim Kurulu tavsiyelerine göre önerdiği kişiler arasından senato tarafından seçilir. Vilayet mahkemeleri ve bunlarla aynı statüdeki mahkemelerin başkanları Yüksek Hâkim Kurulunun tavsiyelerine göre Devlet Başkanı tarafından atanır (10/6).

Ülke, içinde Almatı'nın da yer aldığı bazı seçilmiş şehirler için ayrı yönetim yapılarına sahip 14 idari oblasta (vilayet, il) bölünmüştür. Yerel hükümet bütçesi yerel meclis tarafından onaylanmaktadır. Bölgesel temsilcilerin görev süresi beş yıldır. Bölgesel yönetimin (Akimat-Valilik) idarecisi olan Valiler, Cumhurbaşkanı tarafından atanmaktadır. Bölgesel hükümetlere sınırlı özerklik tanınmıştır. Ancak, Almatı'nın istisnai olarak kapsamlı otoritesi bulunmaktadır (6/3).

### 1.5. Ekonomi

Rusya Federasyonu'ndan sonra BDT ülkeleri arasında en büyük yüzölçümüne sahip olan Kazakistan, büyük petrol rezervlerine ve diğer mineral ve metal kaynaklarına sahiptir. Kazakistan'ın ayrıca tarım ve hayvancılık alanında da büyük potansiyeli mevcuttur.

Kazakistan ekonomisi 1980'li yıllarda istikrarlı bir büyüme göstermiş, ancak bu büyüme dönemi 1989 yılından itibaren duraklama ve gerileme dönemine girmiştir. Net maddi üretimdeki gerileme 1990'da %1.5, 1991'de %11.6'dır. Bu gerilemenin başlıca nedenleri ekonomik yapının yeniden inşası çalışmaları ve 1991'de yaşanan kuraklıktır.

Kazakistan'ın sanayisi petrol ve doğal kaynaklarının çıkartılması ile makine imalatına dayalıdır. Sovyetler Birliği'nin Aralık 1991'de dağılmasından sonra Kazakistan'da geleneksel ağır sanayi ürünlerine olan talebin bir anda daralması nedeniyle ekonomi bir küçülme dönemine girmiştir. 1992 yılında sanayinin GSYİH içindeki payı %31 iken bu oran dört yıl içinde %21'e inmiştir.

Ekonominin yeniden yapılandırılması ve 1993 yılında ulusal para birimi Tenge'nin tedavüle sürülmesiyle bağımsız bir ekonomik gelişme yolunda ilerleme çabaları 1996 yılından itibaren sonuç vermeye başlamış, Kazakistan bağımsızlık tarihinde ilk defa büyüme yaşamış, aynı yıl içerisinde enflasyon kontrol altına alınmaya başlanmıştır. 1997 yılında büyüme trendi devam etmiş ve GSYİH %1.6 artmıştır.

Bu amaç doğrultusunda 2003 yılında açıklanan ve 2003–2015 dönemini kapsayan "Endüstriyel Yenilenme ve Kalkınma Programı" ile Kazakistan GSYİH'sindeki büyümenin yıllık olarak %8'in üzerinde tutulması ve ekonominin çeşitlendirilmesi hedeflenmektedir. Ekonomide devletin ağırlığı büyük ölçüde devam etmektedir.

Ekonomik büyümede istikrar sağlanamamış, Rusya ve Güneydoğu Asya'da 1998 yılında yaşanan krizin olumsuz etkisi yüzünden GSYİH bir önceki yıla göre azalmıştır. Krizi takip eden dönemde Kazakistan, ulusal ekonomiyi güçlendirme amacıyla birtakım önlemlere başvurmuş olup bu süreç halen devam etmektedir. Ekonomi politikalarında müdahaleci stratejiler izleyen

Kazak hükümetinin temel amacı, petrol gelirlerini kullanarak ekonominin enerji dışındaki sektörlerini kalkındırmak, bu sayede ekonomide çeşitlilik sağlamak ve ekonominin petrole ve dolayısıyla dünya petrol fiyatlarına aşırı bağımlılığını kırmaktır (10/7,8).

## II. SAĞLIK SİSTEMİ

### II.1. Genel Sağlık Durumu

Kazakistan ve diğer eski Sovyetler Birliği Cumhuriyetleri ölüm ve ortalama yaşam süresi gibi göstergelerde benzer karakteristikler göstermektedir. 1992–1995 yıllarındaki geçiş dönemlerinde sosyoekonomik yapıya bağlı olarak genel sağlık durumu kötüleşmiştir.

2004 yılı Kazakistan ortalama yaşam süresi 66.14 yıldır. Bu oran kadınlarda 71.98, erkeklerde ise 60.57 yıldır.

70 yaş üzerindeki kadınlar ve erkeklerde ölüm oranı 2002 yılında erkeklerde 1,000 kişide 104,51 ve kadınlarda 79,98 olmuştur. Kardiyovasküler ve onkoloji hastalıkları ile travma başlıca ölüm sebepleri arasında yer almıştır.

2003 yılında hastalık görülme oranı artmış ve 100,000 kişide 56,413.9'a yükselmiştir (1999 yılında 47,972.8 idi).

Hastalıkların dağılımında ise en yüksek pay solunum yolu hastalarına aittir (100,000 kişinin 22,160.6'sı). Yaralanma ve zehirlenmeler 4,003.7'lik oran ile ikinci, ürolojik hastalıklar 3,948 ile üçüncü, deri ve doku hastalıkları 3,847 ile dördüncü sırada gelmektedir. Sindirim sistemi hastalıkları (3,688), göz hastalıkları (2,748), parazit hastalıkları (2,482) görülen diğer hastalıklardır (3/2).

Kazakistan Besin Araştırma Akademisi'nin 2002 yılında yaptığı bir çalışmaya göre 6 ile 60 aylık arası bebeklerin %28.6'sında A vitamini eksikliği bulunmaktadır. Yetersiz beslenme nedeniyle ortaya çıkan anemi hastalığı da ülkenin başlıca sağlık problemleri arasındadır (9/17).

Yenidoğan ölüm oranı 1993 yılını kadar süren artışının ardından düşmeye başlamış, 2001 yılında ‰ 19.4, 2003 yılında ‰ 15.3'e düşmüştür.

**Tablo 1: Yenidoğan Ölüm Oranı (1,000 Canlı Doğumda)**

1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
27.4	26.2	28.0	27.1	27.0	25.4	24.2	21.4	20.2	19.6	19.4	17.0	15.3

**Kaynak:** (9) UNDP (2005) Milenium Development Goals in Kazakhstan, s:41

1990 yılından 2004 yılına kadar geçen sürede anne ölüm oranlarını 100,000 canlı doğumda 55'ten 36.9'a düşürmüştür. Ancak bu azalma büyük çapta doğum oranının düşmesine bağlıdır. Doğumlardaki ölümlerin ağırlıklı olarak nedeni doğumların kalifiye personeller tarafından yaptırılmamasıdır (9/52).

1 Nisan 2004 tarihine kadar rapor edilen HIV vakaları 4174 ve AIDS vakaları 168'dir. Enfekte olanların çoğunluğunu erkekler oluşturmaktadır. Sadece 207 kadında HIV tespit edilmiş, 101 bebek de HIV(+) annelerden dünyaya gelmiştir. Vakaların en çok görüldüğü oblastlar Karaganda ve Pavlador'dur. Bu iki oblastta rapor edilen vakaların oranı %70'dir (10/2).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) raporuna göre tüberküloz vakalarında Kazakistan Bağımsız Devletler Topluluğu (BDT) içerisinde en yüksek orana sahiptir.

Oran 1998 yılında 100,000 kişi başına 1,118 iken 2004 yılında 154.3'e düşmüştür. 2004 ve 2006 yılları için Anti-Tüberküloz Faaliyetlerini Güçlendirme programı geliştirilmiştir. 2004 yılında bu yana pilot program olarak uygulanmaktadır (3/3).

Kazakistan'daki ilaç bağımlılarının sayısı, özellikle kadınlar arasında artmaktadır. Birleşmiş Milletler İlaç Kontrol Ve Suç Önleme Ofisi tarafından yapılan bir çalışmaya göre en az 170,000 Kazak düzenli olarak bağımlılık yapıcı madde kullanmaktadır. Kullanıcıların çoğunluğunu 35 yaşın altındaki nüfus grubu oluşturmaktadır (8/3).

Kazak halkının sağlığını etkileyen çeşitli çevresel problemler mevcuttur. Eski savunma sanayiine bağlı radyoaktif ve kimyasal atıklar ve test araçları, hayvanlar ve insanlar için sağlık riskleri içermektedir. Endüstriye bağlı kirlilik bazı şehirlerde ciddi boyutlara ulaşmıştır. Aral denizine ulaşan iki önemli akarsu yataklarının sulama amacıyla değiştirilmesi sonucu kurumaya başlaması ve kimyasal atıklar ve tuzdan oluşan bir katman bırakması, Hazar bölgesinde tarım ilaçlarının yüksek miktarda kullanılmasına bağlı olarak toprak kirliliği, yanlış sulama tekniklerine bağlı aşırı tuzlanma gibi çevresel problemler söz konusudur. Çevresel kirlilik, ülkede kanser vakalarının artmasına, doğum kusurları ve solunum ile ilgili ciddi problemlere neden olmaktadır (13/73).

**Tablo 2 : Kazakistan Sağlık Sektörünün İstatistikî Görünümü**

Sağlık Verileri	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Ortalama Ömür (Yıl)	65.5	65.8	66.0	65.8	66.1	66.6	66.9
Ortalama Ömür (Erkek) (Yıl)	60.2	60.5	60.7	60.5	60.7	61.2	61.6
Ortalama Ömür (Kadın) (Yıl)	71.1	71.3	71.5	71.5	71.7	72.2	72.5
Bebek ölüm oranı (Her 1000 doğumda)	18.9	19.3	17.0	16.3	15.5	14.9	14.4
Sağlık harcamaları (Milyar Tenge)	93.0	130.0	158.6	191.3	238.9	286.8	326.9
Sağlık harcamaları (GSMH içindeki % payı)	3.7	4.0	4.2	4.3	4.4	4.5	4.6
Sağlık harcamaları (Milyar ABD \$)	1	1	1	1	2	2	3
Sağlık harcamaları kişi başına düşen ABD \$)	44.0	59.7	69.6	85.6	116.8	148.4	168.5
Sağlık personeli (1000 kişi başına düşen)	3.3	3.5	3.6	3.6	3.6	3.6	3.6

**Kaynak:** (13) İhracatı Geliştirme Etüd Merkezi (2004), Kazakistan Cumhuriyeti, s:73

Sovyet döneminden sonra Kazakistan'da sağlık sistemi yeterli ilgiyi görmemiş ve bu nedenle de gelişmemiştir. Özellikle kırsal kesimler bundan çok etkilenmiştir.

Halen nüfusun sadece 2/3 si gerekli ilaçları temin edebilmektedir. Sektöre yapılan yatırımlar da yetersiz kalmıştır. 2003 yılında nüfusun ancak % 1'inin sağlık sigortası mevcuttur (13/73).

## II.2. Sağlık Sisteminin Yapısı

Sağlık hizmetleri genelde Sağlık Eğitim Ve Spor Bakanlığı kapsamında verilmektedir. Ancak Savunma, İçişleri ve Ulaştırma Bakanlıkları tarafından kendilerine bağlı olan kurumların çalışanlarına sağlık hizmeti verilmektedir. Özel klinikler aile danışmanlığı, özel tıbbi danışmanlık, rehabilitasyon merkezi şeklinde hizmet vermektedir (13/74)

### II.2.1. Merkez Teşkilatı

#### Sağlık Eğitim Ve Spor Bakanlığı

Sağlık Eğitim Ve Spor Bakanlığı bünyesindeki Sağlık Dairesi ülke düzeyinde sağlık kurumları ile hastahanelerinin işletilmesi ve politikaların oluşturulmasından sorumludur. Merkezi olarak hazırlanan kurallara göre 14 oblast idaresi sağlık hizmetlerini işletmektedir. Sağlık tesislerinin çoğu hala devlete aittir. Sağlık Dairesi üniversite hastahaneleri, araştırma enstitüleri ve kanser, tüberküloz hastahaneleri gibi ulusal düzeydeki tesisleri idaresini de yapmaktadır. Ayrıca Hastalık Sağlık Gözetim Merkezi (HSGM) aracılığıyla toplum ve çevre sağlığını izlemektir. Bunların dışında kalan sağlık kuruluşlarını oblast ve şehir yönetimleri tarafından idare edilmektedir. Son zamanlarda bu kuruluşların çoğu kamu sağlık teşebbüslerine dönüşmeye başlamışlardır (14/199).

### II.2.2. Taşra Teşkilatı

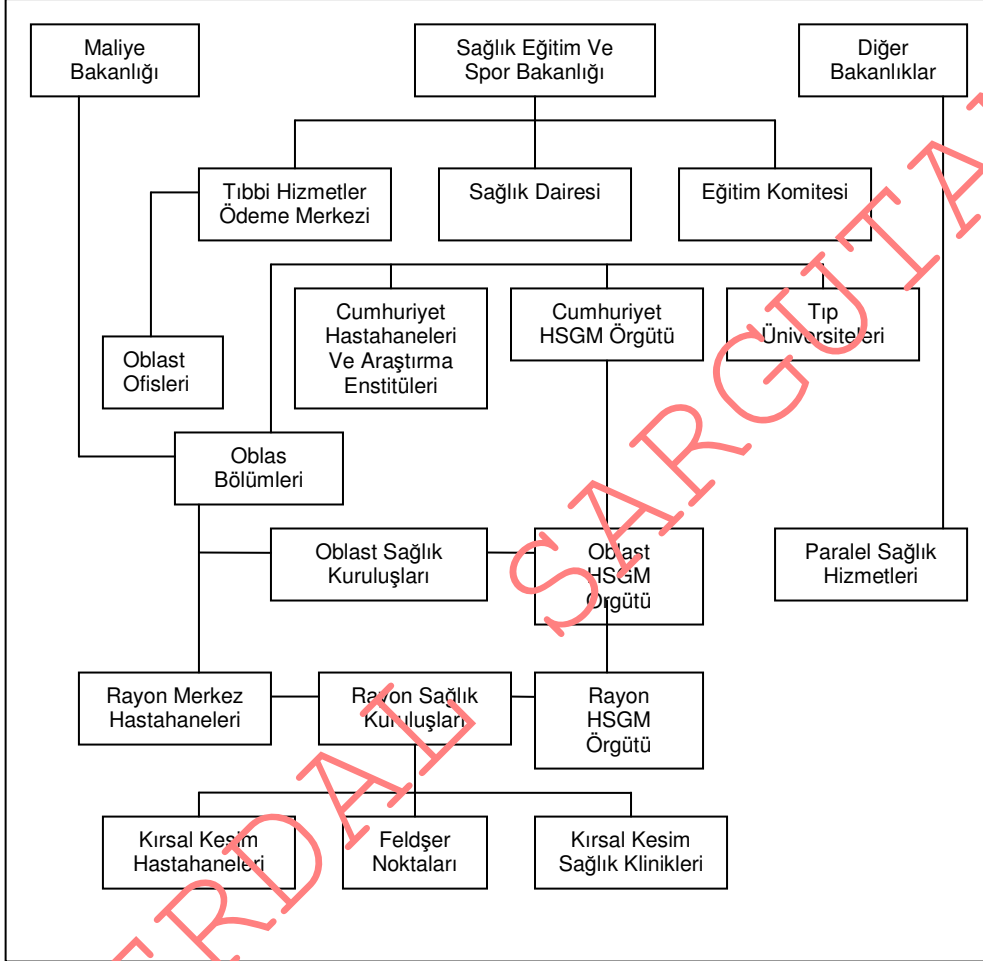
Taşra sağlık hizmetleri oblast sağlık bölümleri (hastahaneler ve poliklinikler) tarafından idare edilmektedir. Oblast<sup>1</sup> sağlık bölümlerinin hizmetler sunumunda özerklikler vardır. Kırsal ve şehirsal alanlarda sağlık hizmetlerinin sunumu farklıdır. Kırsal alanlardaki birincil sağlık hizmetleri feldşer<sup>2</sup> noktaları, kırsal kesim klinikleri ve küçük kırsal kesim hastahaneleri tarafından sağlanmaktadır. Şehirsal alanlardaki birincil ve ikincil bakım ise polikliniklerde, rayon<sup>3</sup> hastahanelerinde, uzmanlaşmış bakım oblast veya şehir hastahanelerinde, üçüncül bakım ise ulusal ihtisas kuruluşlarında sağlanmaktadır. Bu hizmet sunum sistemi, birincil sağlık hizmetlerinin aile hekimlikleri tarafından sunulacak şekilde değişmektedir. Bunun sonucu olarak küçük hastahaneler kapatılmıştır (4/9).

<sup>1</sup> Kazakistan'da vilayete tekabül eden bir idari yapılanma şekli

<sup>2</sup> Feldşerler, hemşire ve doktorların arasındaki geleneksel rolleri üstlenen sağlık çalışanlarıdır. Tıbbi hizmetin yeterli olmadığı bazı kırsal kesimlerde, hemşireler ve "feldşer"ler bütün Birincil Sağlık Hizmetlerini sunmaktadırlar. Bunların önemli ölçüde bağımsızlıkları vardır ve koruyucu hizmetlerle, tanı ve tedavi görevlerini yapmaktadırlar. Kırsal alanlarda "feldşerler", ABD'deki pratisyen hemşirelere benzer olarak personeli yönetmekte ve bütün Birincil Sağlık Hizmetlerini sunmaktadırlar. Bunların, bazı kentsel alanlarda, acil (ambulans hizmetleri de dahil olmak üzere) ve/veya koruyucu ve halk sağlığına yönelik hizmetlerde görevlendirilmeleri söz konusu olabilmekteyken, bazı kırsal alanlarda ebelik hizmeti sunmaktadırlar.

<sup>3</sup> İlçeye tekabül eden idari yapılanma şekli

Şema 1: Sağlık Hizmet Organizasyonu



HSGM: Hastalık Sağlık Gözetim Merkezi

**Kaynak:** (4) Asian Development Bank (2002) Kazakhstan and Kyrgyz Republic National Immunization Program, s:16

Bazı kamu hastahaneleri, büyük poliklinikler ve birincil bakım grupları gibi sağlık hizmeti kuruluşları hükmi şahsiyet girişimleri olarak kendi işlerini kendileri idare edebilmektedirler. Oblast yönetimleri hangi kuruluşların kendi başlarına hareket edebileceklerine, hangilerinin devlet tarafından sağlanan fonlarla çalışmaya devam edeceklerine karar verirler. Bazı bakanlıklar ve devlet kurumlarının kendi sağlık hizmeti kurumları vardır. Bunların oranı sağlık sistemindeki tüm kurumların %7'sini oluşturmaktadır.

Bulaşıcı hastalıkların kontrolü için kapsamlı bir Hastalık Sağlık Gözetim Merkezleri (HSGM) sistemi geliştirilmiştir. 1998 yılı itibari ile ülke çapında 57 Hastalık Sağlık Gözetim Merkezi bulunmaktadır. Ulusal düzeyde izlenmek ve yönetilmekle birlikte, HSGM doktorları kendi sağlık tesislerinde eğitim görmektedirler. Ancak son zamanlarda personel sayısı azalmıştır, bir çok HSGM laboratuvarları kötü koşulda ve eski teçhizatlarla çalışmaktadır.

HSGM, rayon sağlık bölümleri ile birlikte ülke çapında aşılama programları ile sorumludur (4/9,10).

### II.3. Sağlık Sistemi Reformu Ve Yerelleşme

Yönetimsel reformlar sağlık kurumlarına bütçe ve yönetimsel özerklik vermek amacıyla yönetimin ademi merkeziliyetinin sağlanması yönünde olmuştur. Ayrıca bu uygulamayı destekleyici hizmet sunucularla müşteriler arasında sözleşmelerin yapılabilmesi sağlanmıştır.

Sağlık sistemi büyük çapta yerelleştirilmiş ve programların uygulama sorumluluğu Oblast yönetimlerine verilmiştir. Ancak dikey programların izlenmesi, denetlenmesi ve geliştirilmesi merkezi örgütlerin sorumluluğu altındadır (4/8).

Özel sağlık hizmetleri uygulamalarına 1991 yılında izin verilmiştir. Ancak toplum düşük satın alma gücü nedeniyle şimdiye kadar özel sağlık uygulamaları eczahaneler ve özel muayene yapan doktorların dışına çıkamamıştır (14/199).

Sağlık idaresini iyileştirmek için düzenleyici görev yapısından ekonomik teşvik sistemine geçiş yapılacaktır. Bu amaçla görevler merkezi ve yerel sağlık yönetim organları arasında paylaştırılacak, yerel sağlık yönetim birimlerine daha çok özerklik verilecektir.

Merkezi idarenin yetkileri..

- Ulusal sağlık politikasını uygulama görevi
- Yönetimsel görevler (sağlık hizmetlerine eşit ulaşımın sağlanmasına yönelik faaliyetlerin uygulanması, hizmetlerin uygulanmasında standardizasyon sağlanması, yasal düzenlemelerinin geliştirilmesi)
- Düzenleyici görevler (sağlık politika uygulamalarının kontrolü, sektör programları, sağlık kurumlarının akreditasyonu) olacaktır.

Yerel düzeydeki görevler ise; doğrudan sağlanan hizmetlerin kontrolünün yanı sıra bazı sağlık ve eczacılık faaliyetlerinin lisanslanması, ilaç dağıtımı ile ilgili faaliyetlerin idare edilmesi olacaktır.

Birçok görevin yerelleşmesi nedeniyle, sağlanan hizmetlerin kalitesinde düşme olmaması için ek fonlar sağlanacaktır. Etkili bir kaynak kullanım sisteminin oluşturulmasının ardından yerel idareler tarafından ayrılan kaynakların serbest bir şekilde kullanılması sağlanacaktır.

Oblast düzeyinde sağlık bütçelerini birleştirilmesiyle toplum sağlığını hizmetleri ile ilişkili tüm düzeylerdeki yönetimsel organların sorumluluklarını arttıracaktır.



Toplum sağlığının korunmasını sağlamak amacı ile yerel sağlık idarelerinin ilaç kalitesi ve temini ile ilgili düzenlemeler yapmalarına olanak sağlanacaktır.

2006 yılında birincil sağlık hizmetlerinin yataklı tedavi kurumlarından yönetsel ve finansal olarak ayrılacaktır. Bu düzenleme düzgün bir bütçe akımı sağlayacak ve gereksiz hastahane yatışlarını azaltacaktır (1/34).

#### II.4.Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Ülke sağlık sistemi içerisindeki sağlık kurumları 886 hastahane ve 3463 ayakta tedavi merkezleri ile polikliniklerdir.

Ülke sağlık sistemi içerisinde toplam 3.000 büyük ve çeşitli küçük çaplı sağlık klinikleri mevcuttur. 1.029 hastahane ve 114.800 yatak kapasitesi vardır. Sağlık Bakanlığına bağlı 825 hastahane, diğer bakanlıklara ait 35 hastahane mevcuttur. Geri kalanlar ise küçük kliniklerdir. Özel sektör tarafından işletilen hastahaneler ve sağlık merkezleri de bulunmaktadır (13/74).

Sağlık hizmetlerinin sunumu bölgelere göre farklılık göstermektedir. Bu farklılıklar:

- Finansman ve yönetimin sağlamlık düzeyi,
- Güvence altına alınmış hizmetlere fon sağlayan kaynakların miktarı,
- Kullanılan tedarikçi (sağlayıcı) ve ödeme metodu,
- Birincil sağlık hizmeti tesisleri,
- Sağlık kurumlarının türleri,
- Kalite kontrol miktarıdır.

Bu farklılıklar toplumun her kesimine sağlık hizmeti sağlamak amacıyla oluşturulan ulusal sağlık politikalarının uygulanmasını engellemektedir.

Toplam 54,600 doktor ve 115,000 yardımcı sağlık personeli vardır. Doktor oranı 10,000 kişiye 36.5 ve yardımcı sağlık personeli oranı 76.9'dur. Sağlık personeli ve yatak sayılarındaki yüksek orana rağmen özellikle birincil sağlık hizmeti düzeyinde sağlık sistemi etkin ve etkili bir şekilde işleyememektedir (1/12).

Kazakistan'ın eski başkenti olan Almatı'da bulunan ve kamuya ait olan Teşhis Merkezi en büyük ve en kapsamlı sağlık hizmetini verebilen merkezlerden biridir. İyi hizmet veren, tanınmış diğer sağlık merkezlerinden biri de İsrail Tıp Merkezi'dir. İsrail kliniğinin yanı sıra ülkede faaliyet gösteren birkaç yabancı sahipli klinik daha bulunmaktadır. Bunların en tanınmış ise Asya Acil Yardım Kliniği'dir (13/74).

Sağlık tesislerini etkili bir biçimde kullanma politikası ciddi bir şekilde hastahane ve yatak sayılarında azalmaya neden olmuştur. Hastahanelerin bölge hastahaneleri bünyesinde birleştirilmesi kırsal kesim hastahanelerinin sayısında önemli azalmalar olmasına neden olmuştur (14/200).

##### II.4.1. Birincil Sağlık Hizmeti

Birincil sağlık hizmetleri Feldşer Merkezleri ve Feldşer-Ebe Noktaları, Kırsal Muayenehaneler ve Poliklinikler aracılığıyla verilmektedir.

Son zamanlarda Feldşer Merkezleri (FM) ve Feldşer-Ebe merkezlerinde değişimler gerçekleştirilmeye çalışılmıştır. Birincil sağlık hizmetinin geliştirilmesi ve güçlendirilmesine gereken ilgi gösterilmemiştir.

Günümüzde birincil sağlık hizmeti tesisleri kalifiye personele sahip değildir. Kırsal bölgelerdeki koruyucu ve tedavi edici sağlık tesisleri teknik ve tıbbi malzemeler bakımında kötü durumdadır. Bazı bölgelerde ayakta tedavi merkezleri ve polikliniklerin iş yükü standardın 1,5 katına kadar çıkmaktadır (1/12,13).

Birincil bakım kırsal kesim hizmet şebekesi olan Feldşer Merkezleri, Feldşer-Ebe Noktaları ve Muayenehaneler fon yoksulu nedeniyle çok kötüleşmiştir. Birincil bakımda aile hekimliği, aile grup uygulamaları ile yeniden örgütlenme çabası içerisindeyiz.

Poliklinikler yetişkinler, kadın ve çocuk klinikleri sağlığı için ayrı olan klinikler birleştirilerek yeniden örgütlenmektedir. Ayrıca birincil sağlık hizmeti ile ikincil sağlık hizmeti arasındaki ayırım belirginleştirilmiştir (14/200).

#### II.4.2. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri

Sağlık tesislerini etkili bir biçimde kullanma politikası ciddi bir şekilde hastahane ve yatak sayılarında azalmaya neden olmuştur. Hastahanelerin bölge hastahaneleri bünyesinde birleştirilmesi kırsal kesim hastahanelerinin sayısında önemli azalmalar olmasına neden olmuştur (14/200). Ancak 2001 yılında hastahane sayıları yeniden artmaya başlamamıştır. 2001 yılında 845 hastahane varken, 2002 yılında bu hastahane sayısı 860'a yükselmiştir.

Toplam yatak sayısı 114,782 ve 10,000 kişi başına yatak sayısı 76.8'dir. bu oran WHO'nun 73.3 olarak belirlediği Avrupa ortalamasının biraz üzerindedir (1/12).

Yerel bütçeden yatakta tedavi için yapılan kaynak tahsisi birincil sağlık hizmeti harcamalarının üç katından daha fazladır. Bu durum sağlık sunum sistemini fazlasıyla yatakta tedavi merkezli kalmasına sebep olmaktadır.

Aşırı hastahane kabullerinin sonucu olarak 2000 yılında bu yana ortalama hastahane yatış sürelerinde artış olmaktadır. Ayakta tedavi düzeyinde ilaç sağlanması ve birincil sağlık hizmeti düzeyinde verilen hizmet kalitesinin düşük olması nedeniyle kişiler yatakta tedaviyi tercih etmektedir. Cumhuriyet sağlık tesisleri haricindeki yataklı tedavi kurumları henüz standardize edilmemişlerdir ve kalite değerlendirme sistemleri yetersizdir.

Yatakta tedavi hizmetlerinin kalitesini iyileştirmek için kapsamlı bir hareket planının hazırlanması gerekmektedir. Söz konusu plan hekim ve yardımcı sağlık personelinin geliştirilmesi, sağlık tesislerin teknik ve teçhizat bakımından iyileştirilmesi, yatakta tedavi ile ilgili güvence altına alınmış sosyal yardımların düzenlenmesi ve sağlık hizmetlerinin standardizasyonun sağlanmasını içermelidir (1/14).

Günümüzde, en sık görülen hastalıkların teşhis ve tedavisi ile alakalı tıbbi ve ekonomik tanı kılavuzları çıkarılmaya başlanmıştır. Bu sistemin sağladığı faydalar:

- Teşhis ve tedavide standardizasyon sağlamak

- Bütçe programlarının maliyetlerini hesaplamayı saptamak
- Tıbbi hizmetlerin kalite kontrolünün yapılabilmesi (2/3)

## II.5. Sağlık Sisteminin Finansmanı

Kazakistan bağımsızlığının ardından finansal olarak sürdürülebilir bir sağlık sistemi kurmayı amaçlamıştır. 1996 yılında zorunlu sağlık sigorta planı başlatıldı. Ancak sigorta primleri ve vergilerin toplanmasındaki problemler, işsizlik gibi nedenlerden dolayı sigorta planı açıklar vermeye başladı. 1999 yılında sağlık hizmetleri genel bütçe gelirlerinden fonlanmaya başladı. Bunun sonucunda ülke sağlık hizmetlerini genel vergiler ile finanse eden sisteme geri dönmüş oldu. Bütçeleme sürecinde de değişiklikler oldu. Oblastlara sağlanan nüfus esasına göre yapılan fon transferlerinin yerini faaliyet esasına göre yapılan ödemeler aldı (14/199).

Geçtiğimiz yıllarda sağlık sektörü için bütçeden ayrılan paylarda artış olmuştur. 2004 yılında bütçeden ayrılan pay GSYİH'nın %2.65'ini oluşturmuştur (2001 %1.97, 2002 %1.93, 2003 %2.08). Kişi başına sağlık harcamalarında da artış kaydedilmiştir. 2001 yılında kişi başına sağlık harcaması 29 ABD Doları iken, bu oran 2002'de 32 ABD Doları, 2003'te 41 ABD Doları ve 2004 yılında 63.6 ABD Doları olarak gerçekleşmiştir.

Finansmandaki bu artışa rağmen istenilen sonuçlara ulaşılamamıştır. Sadece hastahanedeki tedavi edilen kişi sayısı 2002 ve 2003 yıllarında %5-7 oranında artış göstermiştir. Sağlık personelinin gelirlerinde yapılan artışa rağmen halen ücretleri ülke ortalamasının yarısı düzeyindedir.

Güvence altına alınmış sosyal yardımlara yeterince fon sağlanamamaktadır. Ücretsiz tıbbi bakım yararlanıcıları ile ücretli olarak sağlık hizmeti alanlar arasında net bir ayırım olmaması nedeni ile sağlık personellerine yapılan yasal olmayan ödemeler yüksektir. Güvence altına alınmış sosyal yardımlar tarafında sağlanan sağlık hizmetlerinin kayıt altına alınamaması gayri resmi ödemeleri arttırmaktadır (1/19).

Kazakistan sağlık durumu analiz edildiğinde finansman ile ilgili başlıca problemleri:

- Tanımlanmış fonların olmaması nedeniyle mevcut bütçeden sağlık hizmeti finanse edilmesinin nüfusun ihtiyaçlarını karşılayamaması, güvence altına alınmış ücretsiz bakım alanı oluşturulamaması,
- Nüfusun çoğunluğunun sağlık hizmetine ulaşımında ve sağlanan hizmetlerin kalitesinde azalma,
- Güvence altına alınmış alan ile kişisel doğrudan harcamalarla sağlanan tıbbi hizmetlerin arasında açık bir ayırım olmaması nedeniyle, hizmetlere yapılan ödemelerde usulsüzlükler,
- Sağlık Hizmeti satın alanlar (ödeme yapanlar) ile hizmet sağlayıcılarının (sağlık örgütleri) aynı kurumlar olmaları,
- Vatandaşların ikamet ettikleri yer dışında ücretsiz tıbbi bakımdan faydalanamamaları,
- Sağlık hizmeti sağlayıcıları için tek bir ücret tarifesi politikasının olmayışıdır.

Bu problemleri çözmek amacı ile 2002 yılında bir yasa ile sağlık hizmeti finansmanının iyileştirilmesi programı ilan edilmiştir.

Bu program aşağıdaki konuların uygulanmasını sağlamıştır:

- Üç düzeyli bir fonlama sistemi oluşturulmuştur:
  - Güvence altına alınmış ücretsiz bakım alanı
  - Zorunlu sağlık sigortası
  - Gönüllü sağlık sigortası ve ücretli hizmetler
- Hastalıkların teşhis ve tedavisindeki tıbbi ve ekonomik kriterler geliştirilmiştir.
- Vatandaşların ikamet ettikleri yere bakmasızın tıbbi bakıma ulaşabilmelerinin sağlanmaya çalışılmıştır. Güvence altına alınmış ücretsiz bakım alanının kalite kontrolünün yapılması planlanmıştır. Ücretsiz tıbbi bakım için yapılan harcamaların denkleştirilmesi, birleştirilmiş sağlık bilgi sistemi projesinin uygulanması ve geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Yeni Kazak Zorunlu Sağlık Sigorta modeli gelişme aşamasındadır ve aktüaryal hesaplamalar yapılmaktadır. Birinci hedef olarak Zorunlu Sağlık Sigortası sadece çalışan nüfusu kapsayacaktır. Zorunlu Sağlık Sigorta programının güvence altına alınmış tıbbi bakımın ötesinde tıbbi destek ve hizmeti de kapsamaması beklenmektedir. Devlet sigorta kurumlarının yanı sıra özel sigorta kurumlarının da zorunlu sağlık sigortasına katılımları söz konusu olacaktır.

Birinci safhada (2005–2007) işverenler sigorta yaptıracak veya sigorta primlerini ödeyeceklerdir. 2008'den sonraki aşamada çalışanlar sigorta primlerini kendileri ödeyeceklerdir.

Sigorta primlerinde yasal sabit oranlar uygulanacaktır. Sigorta kurumu seçimi işveren tarafında yapılacaktır. Sigorta şirketi şubesi bulunmayan yerlerde zorunlu sağlık sistemine ulaşım bankalar gibi finansal piyasa varlıkları aracılığıyla sağlanacaktır (2/1,2)

## II.6. Sosyal Güvence Sistemi

Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı altında çalışan Emeklilik Merkezi emeklilik özel yardımlar gibi birçok sosyal yardımı kontrol etmektedir. Günümüzde yerel bütçeler tarafından finanse edilen 9 sosyal yardım programı, devlet bütçesi tarafından finanse edilen 7 sosyal yardım programı vardır (7/7).

### Emeklilik Planı

Kazakistan Hükümeti yılı yılına ödeme (pay-as-you-go, PAYG) sigorta tekniğinden, finansman kaynaklı emeklilik sistemine geçmek için büyük bir emeklilik sistemi reformu başlatmıştır. Bu amaçla kabul edilen kanun 1998 yılı Ocak ayında yürürlüğe girmiştir. Kanunun temel amacı bütçe yükünü azaltmak, PAYG sisteminin olumsuz etkilerini ortadan kaldırmaktır.

Esasında Kazak emeklilik sistemi PAYG sistemi ve finansman kaynaklı emeklilik sistemi olmak üzere iki temelden oluşmaktadır.

Ancak isteğe bağlı emeklilik sistemi de bazen sistemin üçüncü ayağı olarak görülmektedir. PAYG sistemi 1998 yılından bu yana yeni üye kabul etmemektedir. Ancak gelecek yirmi otuz yıl 1998 yılı öncesi PAYG sisteminde kayıtlı kişiler bu sistemden faydalanmaya devam edecektir. 1998 yılı sonrası kayıtlı olanlar ise finansman kaynaklı emeklilik sisteminden faydalanmaktadırlar. Finansman kaynaklı emeklilik sisteminde çalışanlar maaşlarının %10'u oranında sisteme katılım payı ödemeleri gerekmektedir. Bu miktarlar doğrudan çalışanların maaşlarında kesilmekte ve kişisel hesaplarına konmaktadır. Serbest meslek sahipleri de sisteme katılmak zorundadır.

Günümüzdeki PAYG sistemi işveren tarafından çalışan ücretinin %21'ini gelir vergisi olarak verilmesi ile finanse edilir. Bu sisteme göre gelir vergileri doğrudan bütçeye transfer edilmektedir. Sosyal Sigorta Fonu (SSF) işlemeye başladığı zaman, gelir vergilerinin %18'i devlet bütçesine, %3'ü Sosyal Sigorta Fonuna transfer edilecektir. PAYG sistemine göre emekliliğe hak kazanmak için erkeklerde 63 yaş ve 25 yıl katkı, kadınlarda 58 yaş ve 20 yıl katkı yapmış olmak gerekmektedir.

Kazak emeklilik sisteminin 2040 yılında tamamen finansman kaynaklı emeklilik sistemine geçmesi beklenmektedir. Söz konusu sistemin gelirin %10'u üzerinden sağlanan katkılarla emekli maaşını garanti edilmesi zor görünmektedir (7/7).

### **Diğer Sosyal Sigorta Yardımları**

Sosyal Sigorta Fonu (SSF) dul ve yetim aylığı, işsizlik yardımı ve iş kazası yardımlarını kapsayacaktır. İyi işleyen bir sosyal sigorta planı sağlamak en acil konulardan birisi olarak görülmektedir. Sağlık Bakanlığı sağlık sigortası ile ilgili kanun taslağını üzerinde çalışmaktadır. Sağlık sigortası başlangıç döneminde Emeklilik Merkezi tarafından sağlanacaktır. Bu görev daha sonra Sosyal Sigorta Fonuna devredilecektir. Doğum yardımı uygulaması Ocak 2003'te başlamıştır. (7/8).

### **Odaklı Sosyal Yardım Planı**

Sosyal Yardım Planı yoksul ailelere sosyal yardım vermek amacıyla 2000 yılında faaliyetlerine başlamıştır. Odaklı Sosyal Yardım Planı (OSY) varolan Sosyal Yardım Planını iyileştirmek amacıyla 2002 yılının Ocak ayında uygulanmaya başlamıştır. Odaklı Sosyal Yardım kanunu, Kazakistan yoksulluğu önleme programının bir parçası olarak görülmüştür ve yoksullara odaklı sosyal yardımın sağlanması düzenlenmemiştir.

Odaklı Sosyal Yardım Planının örgütlenmesi ve hizmet sunumu ile yerel idareler sorumludurlar. Yerel idareler bünyesindeki bölge komisyonları Odaklı Sosyal Yardımdan faydalanacak aileleri belirlemekle sorumludur (7/3).

Yoksulluk sınırı altında olan aileler Odaklı Sosyal Yardım alırlar. Yoksulluluk sınırı asgari geçim düzeyinin %40'ı olarak belirlenmiştir. Asgari Geçim Düzeyi ile ilgili kanunun 2000 yılında uygulanmaya başlamıştır. Asgari geçim düzeyi hesaplanırken Kazakistan Besin Enstitüsü tarafından bir gıda sepeti ve sepet içerisindeki her bir gıdanın tüketim oranı ve normları belirlenir. Daha sonra asgari geçim düzeyi bölgelere göre ve ulusal seviyede hesaplanır.

2000 yılına kadar standart tek bir asgari geçim düzeyi hesaplanıyordu. Mevcut sistemde ise her bölge perakende fiyatlar üzerinden kendi asgari geçim düzeylerini hesaplayabilmektedir. Odaklı sosyal yardım alan ailenin reisi eğer üç iş önerisini de kabul etmezse, odaklı sosyal yardım verilmesi durdurulur (7/4).

2002 yılında yapılan bir araştırmaya göre 1,3 milyon kişi yoksulluk sınırının altında yaşamaktadır. Söz konusu rakam 2001 yılında 1,5 milyon kişi olarak gerçekleşmiştir (7/5).

Kazakistan Hükümeti yoksulluğu azaltma faaliyetleri çerçevesinde bir emek piyasası politikası uygulamaya başlamıştır. İşsiz kişiler bayındır işlerinde çalıştırılarak sosyal çalışma alanları kurulmaya çalışılmaktadır. Emek piyasası politikaları uygulayarak odaklı sosyal yardım alanların sayısını azaltmak temel amaç olmaktadır. Yeni çalışma alanları sağlayan işverenlere ve gayri resmi olarak çalışan işyerlerini resmileştirenlere devlet finansal yardımlar vermektedir.

Uygun istihdam stratejileri oluşturmak için emek arz ve talebinin kısa, orta ve uzun dönemde göz önüne alınıp hesaplanmasına ihtiyaç vardır. Buradaki güçlük emek arzının tam olarak öngörülememesi ve farklı sektörlerdeki işsizlik oranlarının tam olarak bilinmemesidir. Bütün ulusal ve bölgesel kalkınma programları istihdam ve yoksulluk azaltımı ile ilgili olmalıdır (7/6).

## II.7. Sağlık Çalışanları Ve Sağlık Eğitimi

Kazakistan sağlık personeli eğitim sistemi Sovyet döneminden miras kalmıştır ve geçen yıllarda bu alanda temel bir değişim olmamıştır.

2003 yılında bu yana eğitim sisteminin bir parçası olarak sağlık eğitiminde yeni zorunlu ulusal standartlar uygulanmaktadır. Bunun amacı tıp ve eczacılık eğitiminde sürekliliği sağlamaktır. Günümüzde tıp ve eczacılık eğitim sisteminde kalifiye eğitim personeli bulunmaktadır. Uzun vadede sağlık sektörünün talebini karşılayacak, toplum sağlığını koruyacak ve iyileştirecek yüksek eğitim ve tıbbi eğitim sisteminin kurulması amaçlanmaktadır.

Ülkede iyi eğitim görmemiş sağlık personelleri vardır ve yetersiz düzeyde bilimsel araştırma yapılmaktadır. Okullara giriş, eğitim ve eğitimin kalitesi ile ilgili yasal düzenlemelerin yetersizliği sağlık eğitim sistemini etkileyen temel nedenlerdendir.

Eğitimin kalitesi ve bilimsel araştırmaların düzeyi sağlık eğitim kurumlarının teknik ve malzeme olarak yetersizliğini yansıtmaktadır.

Eğitim kurumlarına sağlanan fonlardaki yetersizlik bu kurumların fon açıklarını ücretli öğrenci kabulleri ile kapatmaya itmiştir. Tıp Fakültesine devlet bursu ile giriş için ortalama 80 puan yeterli iken, ücretli olarak okuyacak olan öğrencilerde bu oran 40 puan olarak belirlenmiştir.

Eğitim için öğrencilerin yapmış oldukları harcamaların oranındaki artış kaygı vericidir. 1999 yılında okul ücreti olarak 1059 kişisel ödeme yapılmışken (1245 kişi devlet bursu alıyor), 2001 yılında bu oran neredeyse iki katına çıkmıştır (1345 burslu, 2190 kişisel ödeme). Söz konusu oranlardaki artış eğitim kalite düzeyinin azalmasına en açık örnektir.

Özellikle uzak bölgelerde ve kırsal kesimlerdeki birincil sağlık hizmeti kurumlarına kalifiye sağlık personeli sağlanması problem teşkil etmektedir. Bunun temel nedeni sağlık personeli açığıdır ve sağlık eğitim kurumları bu açığı kapayamamaktadır.

Sağlık personelinin yanı sıra sağlık idaresi ve sağlık işletmeciliği alanında da personel açığı bulunmaktadır (1/17,18).

Sağlık çalışanlarını motive etmek amacıyla, ücret rejimi iyileştirilecek, ürüne (hizmet çıktısına) göre ücret farklılaşması sağlanacak, kalite ve yapılan işin miktarı göz önünde bulundurularak düzenleme yapılacaktır (1/35).

## II.8.Eczacılık Hizmetleri

2003 yılı Kazakistan Sağlık Eğitim Ve Spor Bakanlığı verilerine göre, toplam ilaç pazarının hacmi 310 milyon ABD Dolarıdır. İlaç ithalatı 269 milyon ABD Doları ve yerli ilaç üretimi 28 milyon ABD Dolarıdır.

Kazakistan'daki kişi başına ilaç tüketimi yıllık 18.82 ABD Dolarıdır. Bu oran bölgelere göre çeşitlilikler arz etmektedir. Almaata'da kişi başına ilaç tüketimi 39.4 ABD Doları iken Karaganda Oblastında 20.31 ABD Doları düzeyindedir.

Sağlık Eğitim Ve Spor Bakanlığı verilerine göre 2004 yılı başında lisanslı olarak faaliyet gösteren eczahane sayısı 6,379'tür. Bunun dışında 2,358 adet ilaç satımı yapan yer, 115 farmakolojik ürün, 45 optik ürün ve medikal ürün satan yer bulunmaktadır. Eczahanelerin %97'si özel sektör tarafında işletilmektedir. Az sayıdaki ilaç firmaları (tütancı, ilaç depoları, ilaç üreticileri) Almaata şehrinde toplanmıştır.

Kazakistan'da 58 ülkeden 1,500'ü aşkın kayıtlı farmakolojik ürün bulunmaktadır. 2004 yılı itibari ile 6,379 lisanslı ilaç mevcuttur. Bu ürünlerin 1,549'u (%22.6) ülke içerisinde, 3,916'sı (%61.4) başka ülkelerde, 958'i (%15) Bağımsız Devletler Topluluğu (BDT) ülkelerinde üretilmektedir.

1993 yılında ilaç sektöründe kayıtlı bulunan ilaçların miktarı sadece 161 idi (5/3).

Kazakistan bağımsızlığını kazanmasından sonraki dönemde farmakolojik ve medikal üretim yapacak kaynakları yoktu. Tıbbi malzemeler eski Sovyetler Birliği dönemindeki diğer cumhuriyetlerden geliyordu.

1997 yılında bir kararname ile ilaç ve medikal endüstrinin geliştirilmesi için ulusal program yürürlüğe girdi. Bu uygulama Kazakistan ilaç pazarında özel sektörün hızla gelişmesini sağladı. 2004 yılında kamu ilaç sektörünün yurt içi üretimindeki payı %3 iken özel sektörün payı %97 oldu.

1993 yılında Kazakistan'da üretilen ilaç miktarı yurt içi talebin %3'ünü sağlıyordu. Piyasa ekonomisine geçilmesiyle var olan ilaç sektörü üretimlerinde büyük düşüşler oldu. Teçhizat ve teknolojilerinin düşük olması ve ekonomik krizler nedeniyle üretimleri iki kattan fazla azaldı.

1997 yılında ilaç sektöründe özelleştirmeler yapıldı ve 18 adet özel ilaç firması kuruldu. 1997 yılında ilaç üretimindeki çıktı düzeyi 1993 yılı düzeyine ulaştı (9 milyon ABD Doları).

Sağlık Eğitim Ve Spor Bakanlığı verilerine göre ilaç üretim düzeyi 1999 yılında 11.5 milyon ABD Doları, 2000 yılında 15.7 milyon ABD Dolarına yükseldi. 2003 yılında ilaç üretim düzeyi 26.9 milyon ABD Dolarına yükseldi (2002 yılında göre %21.8 büyüme). Söz konusu üretim kapasitesi Kırgızistan'da tüketilen toplam ilaç miktarının yaklaşık %10'unu oluşturmaktadır.

1997 yılında sadece 18 tane şirket ilaç üretimi yapıyorken, 2002 yılında bu sayı 40'a, 2003 yılında 66'ya yükselmiştir (5/4,5).

Kazakistan'daki ilaç şirketleri üç gruba ayrılabilir:

- Khimpharm Anonim Şirketi, yıllık üretim miktarı 2003 yılı rakamları ile 10 milyon ABD Dolarından fazladır ve yurt içi ilaç üretiminin yaklaşık %37'sini oluşturmaktadır.
- Yıllık ilaç üretimleri ortalama 1 milyon ABD Doları civarında olan limitet şirketler.
- Yıllık üretim miktarları 300 bin ABD Doları civarında olan küçük işletmeler. Yaklaşık 35 işletme faaliyet göstermektedir.

Kayıtlı yapılmış ilaç miktarı artmaktadır. İlk yerli ilaç 1994 yılında kayıt altına alınmıştır. 1997 yılında kayıt altına alınmış yerli ilaç sayısı 132'ye, 1998 yılında 238'e yükselmiştir. 2003 yılında 1549 adet ilaç kayıt altına alınmıştır (5/6).



### III. KAZAKİSTAN VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

**Tablo 2: Kazakistan Ve Türkiye Sağlık Göstergeleri**

Gösterge	Kazakistan*	Türkiye**
Toplam Nüfus (000), 2003	15,433	71,325
Yıllık Ortalama Nüfus Artış oranı (%), 1993- 2003	-0,8	1,6
Bağımlı Nüfus Hızı (%), 2003	49	56
60 Yaş Üzeri Nüfus Yüzdesi (%), 2003	11,5	8,2
Kaba Doğurganlık Hızı, 2003	1,9	2,4
Ortalama Yaşam Süresi (yıl), 2003	61	70
Erkek Çocuk Ölüm Hızı (5 yaş altı) (%), (2003)	33	40
Kız Çocuk Ölüm Hızı (5 yaş altı) (%), (2003)	32	38
Erkek Kaba Ölüm Hızı (15-59 yaş arası) (%), (2003)	419	176
Kadın Kaba Ölüm Hızı (15-59 yaş arası) (%), (2003)	187	111
Erkek Ortalama Sağlıklı Yaşam Süresi (yıl) (2002)	52,6	61,2
Kadın Ortalama Sağlıklı Yaşam Süresi (yıl) (2002)	59,3	62,8
Kişi Başına Düşen GSMH, (2002)	7,363	6,448
Gayri Safi Milli Hasıladaki Sağlık Harcamalarının Yüzdesi (%), (2002)	3,5	6,5
Toplam Sağlık Harcamaları içerisindeki Devlet Harcamalarının Yüzdesi (%) (2002)	53,2	65,8
Toplam Sağlık Harcamaları içerisindeki Özel Sektör Harcamalarının Yüzdesi (%) (2002)	46,8	34,2

**Kaynak:** (11) WHO (2006) Country Health Indicators Kazakhstan, s:1-3

\*\*.(12) WHO (2006) Country Health Indicators Turkey, s:1-3

Kazakistan Sovyet yönetimi sonrası oluşan bağımsız cumhuriyetlerden biridir. Sovyet döneminde birlik içerisindeki cumhuriyetler tek bir devlet olarak değil bir devletin parçaları olarak düşünüldüğü için cumhuriyetlerin üretim yapısında farklılıklar vardı. Kazakistan'da belli sektörlerde gelişmiş ve üretim yapısı şekillenmişti. Bağımsız bir devlet olarak ortaya çıkmasından sonra bu yapı problemlere neden olmuştur.

1990'lı yıllarda Kazakistan sosyal ve ekonomik sorunlarla yüz yüze kalması ve halkın büyük kısmının yoksulluk ve açlık sınırında yaşaması genel sağlık durumunu kötüleştirmiştir.

Kazakistan bu problemleri çözmek amacıyla idari ve mali tüm kurumlarına yeniden yapılanma ve reform sürecine girmiştir. Bu çerçevede birçok kurumun yapısında değişiklikler olmuştur.

Sağlık sistemi de baskın Sovyet sisteminin ve bağımsızlık sonrası yaşanan krizlerin etkisi altında kalmıştır. GSMH'daki düşüş kamu harcamalarını ve dolayısıyla sağlık harcamalarında da düşüşü beraberinde getirmiştir. Eski sağlık kurumlarının rehabilitasyonu ve yenilerinin kurulması için gerek finansman sağlanamamaktadır. Uluslararası örgütlerin teknik ve finansal yardımları ile sağlık sisteminde birtakım değişiklikler yapılmaya çalışılmaktadır. Ancak uluslararası yardımlar da arzulan seviyede olmadığından sağlık sisteminde istenilen değişiklikler yapılamamaktadır.

Sağlık hizmetleri Sağlık Eğitim Ve Spor Bakanlığı'na bağlı olarak yürütülmektedir ve sistemin en üst otoritesidir. Merkez ve taşra olarak örgütlenmiştir. Bakanlık Sağlık Dairesi politika belirlemek, stratejiler geliştirmek, yasal düzenlemeleri hazırlamak gibi görevleri yürütür. Taşra hastahane ve poliklinikleri oblastların sağlık bölümlerince yönetilir. Türkiye'de Sağlık bakanlığı aynı konumdadır. Hizmetleri merkez ve büyük bir taşra sağlık birimleri ağıyla yürütür.

Kazakistan'da genel olarak sağlık hizmetinin sunucusu da ödeyicisi de devlettir. Çoğunlukla kişisel doğrudan ödemeler görülür. Refah seviyesi artmadıkça ya da ek finansal kaynaklar bulunmadığı sürece hizmetteki problemlerin çözülmesi zor görünmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanında Kazakistan'da devlet sektörünün ağırlığı söz konusudur. Türkiye'de sağlık sigortası yaygındır. Kazakistan sağlık sigorta sistemi kurma çabasında başarısızlığa uğrayarak, daha önce uyguladığı ve kaynağı genel vergilerden sağlanan Kapsayıcı / Bütüncü / Tekçil hizmet tipi sağlık sistemine dönme çabasıdadır. Türkiye'de Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemi uygulanmaktadır.

Türkiye ile Kazakistan sağlık göstergeleri ile karşılaştırıldıklarında Türkiye'nin daha iyi bir seviyede olduğu rahatlıkla söylenebilir. 2002 yılı rakamları ile Kazakistan GSYİH içerisindeki sağlık harcamalarının payı %3,5 iken bu oran Türkiye'de %6,5'tir. WHO'nun tavsiye ettiği en az oran ise GSYİH'nin %4'üdür. Kazakistan'da toplam sağlık harcamalarının %46,8 gibi büyük bir kısmının özel sektör tarafından yapılması devletin bu konuda yetersiz kaldığının veya parası olanın daha iyi sağlık hizmet aldığı bir göstergesi olduğu söylenebilir.

Kazakistan'da 10,000 kişiye 36,5, Türkiye'de ye 15 kadar doktor düştüğü hesaplanmaktadır. Kazakistan'da sağlık personeli ve yatak sayısı yüksek olmasına rağmen sağlık hizmet düzeyinde etkin ve etkili işleyememektedir.

Kazakistan'da birincil sağlık hizmetleri Felşer Noktaları, Kırsal Muayenehaneler ve poliklinikler aracılığıyla verilmektedir. Genel olarak birincil sağlık hizmet kurumları teçhizat ve teknik olarak çok geride kalmıştır. Sağlık personeline gayri resmi ödemeler yaygındır.

Hekimlerin ülke içerisinde coğrafik olarak dağılımında her iki ülkede de dengesizlikler vardır. Genel olarak kırsal kesim doktor sayısının yetersizliği sağlık durumunu olumsuz etkilemektedir.

**KAYNAKLAR**

1. Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan (2004) National Program of Health Sector Reform and Development in the Republic of Kazakhstan for 2005-2010.  
<http://www.minzdrav.kz>
2. The World Bank (2003) Improvement of Healthcare Financing System in Kazakhstan  
[http://siteresources.worldbank.org/INTKAZAKHSTAN/Resources/Budget\\_Financing\\_for\\_Healthcare\\_Eng.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTKAZAKHSTAN/Resources/Budget_Financing_for_Healthcare_Eng.pdf)
3. Alibekova, R. (2005) Capacity Strengthening for Health Research in Public Health Training to Improve Population in Kazakhstan  
<http://www.globalforumhealth.org/filesupld/forum9/CD%20Forum%209/papers/Alibekova%20R.pdf>
4. Asian Development Bank (2002) Kazakhstan and Kyrgyz Republic National Immunization Program.  
[http://www.adb.org/Documents/Books/Natl\\_Immunization/KAZ\\_KGZ/kaz\\_kgz.pdf](http://www.adb.org/Documents/Books/Natl_Immunization/KAZ_KGZ/kaz_kgz.pdf)
5. Interbational Trade Center (2004) Kazakhstan Demand Survey on Pharmaceutical Products.  
<http://www.intracen.org/sstp/doc/kazakhstan%20final%20survey.pdf>
6. İhracatı Geliştirme Etüd Merkezi (2004) Kazakistan Ülke Raporu  
<http://www.igeme.org.tr/tur/yerinde/kazakistan/kazak1.pdf>
7. ILO-UNDP (2003) The Republic of Kazakhstan Inception Report on Targeted Social Assistance Scheme.  
<http://www.ilo.org/public/english/bureau/dwpp/download/kazakhstan/kazsocioassist.pdf>
8. Drug Policy Alliance (2002) Drug Policy and Health in Kazakhstan,  
<http://www.drugpolicy.org/docUploads/kazakhstanpolicy.pdf>
9. UNDP (2005) Millennium Development Goals in Kazakhstan,  
[http://www.undp.kz/library\\_of\\_publications/files/5582-27707.pdf](http://www.undp.kz/library_of_publications/files/5582-27707.pdf)
10. TİKA (2005) Kazakistan Cumhuriyeti, TC. Başbakanlık Türk İşbirliği Ve Kalkınma İdaresi Başkanlığı, Ankara.  
[http://www.tika.gov.tr/ulke\\_profilleri.asp](http://www.tika.gov.tr/ulke_profilleri.asp)
11. WHO (2006) Country Health Indicators Kazakhstan, World Health Organization,  
<http://www3.who.int/whosis/country/indicators.cfm?country=kaz>
12. WHO (2006) Country Health Indicators Turkey, World Health Organization,  
<http://www3.who.int/whosis/country/indicators.cfm?country=tur>
13. İhracatı Geliştirme Etüd Merkezi (2004), Kazakistan Sanayi Ürünleri Pazarı,  
<http://www.igeme.gov.tr/tur/yerinde/kazakistan/kazak3.pdf>

14. WHO (2002) Health Care in Central Asia, World Health Organization,  
<http://www.euro.who.int/document/e74484.pdf>
15. FRD (2005) Kazakhstan Country Profile Federal Research Division,  
<http://lcweb2.loc.gov/frd/cs/profiles/Kazakhstan.pdf>

A. ERDAL SARGUTIAN

A. ERDAL SARGUTAN