

KIRGIZİSTAN SAğLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDITÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Özlem KARA

Ebru KURU

Hatice BULUT

Gülistan ŞANAL

Seyhan GÜNAYDIN

A. ERDAL SARGUTAN

KIRGIZİSTAN SAĞLIK SİSTEMİ

ÖZET	1630
I. ÜLKE TANITIMI	1633
I.1 Coğrafya	1633
I.2. Nüfus	1634
I.3. Tarih	1634
I.4. Ekonomi	1636
I.5. Siyasal Ve İdari Yapı	1636
II. SAĞLIK SİSTEMİ	1638
II.1. Genel Sağlık Durumu.	1638
II.2. Sağlık Sisteminin Yapısı	1639
II.3. Sağlık Sistemi Yönetimi	1641
II.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu.	1643
II.4.1. Birincil Sağlık Hizmetleri	1643
II.4.2. İkincil Sağlık Hizmetleri	1644
II.4.3. Üçüncül Sağlık Hizmetleri	1645
II.5. Sağlık Sisteminin Finansmanı	1646
II.5.1. Tek Ödeyici Sistemi	1647
II.5.2. Tamamlayıcı Finans Kaynakları	1640
II.6. Sağlık Harcamaları	1651
II.7. Finansal Kaynakların Dağılımı	1653
II.8. Sağlık Çalışanları	1654
II.9. Reformlar	1655
III. KIRGIZİSTAN VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	1658
KAYNAKLAR	1661

ÖZET

Kırgızistan Cumhuriyeti eski Sovyet cumhuriyetlerinin en fakir ülkesidir. Son on yıldaki ekonomik büyümeye rağmen yoksulluk düzeyi halen yüksektir. Nüfusun yarısı yoksulluk sınırının altında bulunmaktadır. Ayrıca bölgeler arası refah farklılıkları da önemli seviyededir.

Kırgızistan bağımsızlığını kazandıktan sonra sağlık alanında reformlar yapmıştır. Sağlık kurumlarının büyük kısmı kamuya aittir. Bunun yanında özel sektöre destek sağlanarak sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik artırılmaya çalışılmaktadır.

Sağlık sistemindeki kötüleşmeyi önlemek amacı ile 1996 yılında Manas Sağlık Reform Programı uygulanmaya başlandı. Programın temel amaçları sağlık sunum sistemindeki dengesizlikleri düzeltmek ve güçlendirmek, kaynak dağılımında eşitliği sağlamak ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği etkileyen olumsuz finansal ve diğer problemleri çözmektir.

Kırgızistan'da sağlık sistemi merkezi bir yapı içerisinde ve il düzeyinde örgütlenmiştir. Tüm sağlık sisteminin yönetimi dikey bir hiyerarşik modele sahiptir. Sağlık Bakanlığının düzenleyici ve yönetsel görevleri vardır.

Sağlık politikalarının belirlenmesi ve organizasyonu diğer sektör ve kurumlar ile işbirliği yaparak Sağlık Bakanlığı tarafından yapılır. Bunun yanında Ülke Refah Programı ve diğer planlı sağlık politikalarını uygular. Sağlık hizmetlerinin niteliği; tıbbi ürün ve donanım ile ilaçların kalite kontrolü, güvenliği ve etkinliği ile sorumludur. Bütün sağlık ile ilgili kurumları denetleme, bu kurumların politika ve programlarını onaylama rolünün yanı sıra Bişkek'teki az sayıda ihtisas hastahanesi ve üçüncül düzeydeki hastahaneler üzerinde doğrudan yönetsel sorumlulukları da vardır. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İzaresi Koordinasyon Komisyonu aracılığı ile bölgesel düzeydeki sağlık kurum ve kuruluşlarının kontrol ve koordinasyonunu sağlamaktadır. Bu çalışmalar yıllık olarak hükümete raporlanarak toplumun sağlık durumu hakkında bilgi verilmektedir.

Sağlık Hastalık Gözetim Bölümü Sağlık Bakanlığının bölümü olarak çalışır. Oblast düzeyinde koordinasyonu sağlar ve toplum sağlığı hizmetlerinin temel taşı olan koruyucu sağlık hizmetlerini idare etmektedir.

İlaç Ve Tıbbi Malzeme Tedarik Bölümü Sağlık Bakanlığının bir diğer bölümüdür. İlaç politikası ve ilaç kalitesinin izlenmesi, değerlendirilmesi ile görevlidir. Bunun yanı sıra üretilen ilaçların kaydedilmesi, ilaç perakendecisi ve üreticilerine lisans verilmesi işlemlerini de yaparlar.

Kırgızistan nüfusunun büyük kısmı kırsal kesimde yoğunlaşmıştır. Sağlık hizmetlerinin verilmesinde her ilde genel ve uzman hastahaneler, ilçelerde genel hastahaneler, kırsal kesimlerde de sağlık ocakları benzeri birimlerin yapıldığı görülmektedir.

Sağlık hizmetlerinin sunumu, birincil sağlık hizmetleri Feldşer-Obstetrik Noktaları, Aile Hekimlikleri, Aile Sağlık Merkezleri ve Seyyar / Ambülatör hizmetlerle verilirken, ikincil sağlık hizmetleri uzmanlaşmış ayakta tedavi ve genel hastahaneler düzeyinde sağlanır. Üçüncül sağlık hizmetleri ise cumhuriyet sağlık kurumları tarafından verilir.

Yerel yönetimler poliklinikler ile bölgesel ve il hastahanelerini de içeren birincil ve ikincil sağlık hizmetleri sağlayan tesislerin sahibidir. Yerel yönetimler kendi sorumluluk sahasındaki sağlık hizmetleri ile görevlidir.

Genel hastahaneler bünyesindeki Aile Sağlık Merkezleri ve Ayakta Tedavi Bölümleri uzmanlaşmış ayakta tedavi sağlayıcılarıdır. Genel yataklı tedavi tesisleri şehir ve rayon hastahaneleri, az sayıda kırsal mahalle hastahaneleri, çocuk hastahaneleri, doğumevi ve birleştirilmiş oblast hastahaneleridir.

Bölgesel Hastahaneler farklı dallarda çalışan uzmanlara, kapsamlı tıbbi teçhizat ve malzemeye sahiptir. Bünyelerinde Aile Sağlık Merkezi ve ambulans hizmetleri veren bölümler bulunmaktadır.

Kırgızistan'da kişi başına düşen sağlık harcamaları miktarı 100 US\$ civarındadır. Toplam sağlık harcamalarının GSMH'ye oranı %3'tür. Sağlığa ayrılan pay düşüktür. Bu durum ülkenin ekonomik sorunlarından kaynaklanmaktadır. Ülke sağlığı devletin en önemli sorumluluklarından biridir.

Ülkede arz ve arzın finansmanı ağırlıklı olarak devlet tarafından karşılanırken, talep ve talebin finansmanı ağırlıklı olarak kişisel doğrudan ödemelerle, bunun yanında kamu kaynakları ve zorunlu sağlık sigorta fonu harcamalarıyla karşılanır.

Ülkede özel sağlık sektörü 1990'lı yıllardan bu yana gelişmektedir. Özel sağlık kurumları kamu sektörüne sözleşme teklifleri yapabilmekte ve ülkenin sosyal refah programlarına katılabilmektedirler.

Ülkede zorunlu sağlık sigortası uygulaması vardır. Sosyal güvence karneleri aracılığı ile de güvencesi olmayan vatandaşlara sağlık hizmeti sağlanması söz konusudur. Zorunlu Sağlık Sigorta Fonu sağlık sektörü içerisindeki tek ödeyici kurumdur. Kuruma fonların havuza toplanması, sağlık hizmetlerinin satın alınması ve sağlık fonunun bütçelenmesi görevi verilmiştir. Kurum ayrıca kalite ve sağlık iletişim sistemlerinin geliştirilmesi rolünü de üstlenmiştir.

Çalışanların maaşlarından Zorunlu Sağlık Sigortası primi kesilmektedir. Sigorta yaygınlaşmamıştır. İhtiyaçlar genellikle doğrudan kişisel ödemelerle giderilmektedir.

Ayrıca Sağlık Bakanlığı dışında bakanlıklar ve kurumlar tarafından sağlanan benzer sağlık hizmetleri de ülkede varlığını sürdürmektedir.

Kırgızistan halen geçerli olan Özel Teşebbüs / Serbest Pazar tipinden, Özel Teşebbüs / Serbest Pazar tipindeki sağlık sistemine geçmeye çalışmaktadır.

Kırgızistan'da, Sovyet döneminden gelen yüksek personel sayısı sebebiyle, doktor başına düşen kişi sayısı 344'tür. Sağlık Bakanlığı 10.000 kişiye 25.7 doktor ve 10.000 kişiye 62.6 istihdam etmektedir. Sağlık sektörü içerisinde insan

kaynaklarının dağılımı düzensizdir. Ülkenin Kuzey bölgeleri Doğu bölgelerine göre daha çok sağlık personelin sahiptir. Buna ek olarak ülke genelinde şehirlerde doktor fazlalığı ve kırsal kesimlerde doktor eksikliği yaşanmaktadır.

İlaçların %97'si ithal edilmektedir. İthalatın ağırlıklı kısmı Bağımsız Devletler Topluluğu ülkelerinden yapılmaktadır. 1990'ların başında Kırgızistan kamu sektörünün sahip olduğu Kırgız İlaç Şirketi anonim şirkete dönüştürülmüştür. 1996 yılında perakende ilaç sektöründeki özelleştirmeler sonucunda belediyelere ait birkaç eczahane kamunun elinde bulunmaktadır.

A. ERDAL SARGUTIAN

KIRGIZİSTAN SAĞLIK SİSTEMİ

I. ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	: Kırgız Cumhuriyeti
NÜFUSU	: 4.822.938 (Haziran 2004 tahmini 5.092.000)
YÜZÖLÇÜMÜ	: 198.500 km ²
RESMİ DİLİ	: Kırgızca (Devlet Dili), Rusça (Resmi Dil olarak anayasal statü verilmiştir.)
DİNİ	: Müslüman %84, Rus Ortodoks %15, Diğer %1
BAŞKENT	: Bişkek (803.800)
SİYASAL REJİMİ	: Başkanlık tipi cumhuriyet
PARA BİRİMİ	: Kırgız Somu (1/3-6)

I.1. Coğrafya

71-80 Doğu Boylamı, 39-43 Kuzey Enlemi koordinatlarında bulunan, Pamir Altay dağlarının güneybatı ve Tien Şan (Tanrı) dağ sırasının kuzeydoğu sınırında yer alan, Orta Asya'nın kuzeydoğu ülkesi Kırgızistan'ın yüzölçümü, 198 500 km²'dir. %4,4'ü su olan Kırgızistan'ın yüzölçümünün, %5,3'ünü ormanlık alanlar, %54,1'ini tarımsal alanlar, %36,2'sini ise diğer araziler oluşturmaktadır.

Kuzeyinde Kazakistan, güneydoğu ve doğusunda Çin Halk Cumhuriyeti, batısında Özbekistan, güneybatısında Tacikistan ile komşu olan Kırgızistan'ın sınırlarının toplam uzunluğu 3.878 km'dir. Kırgızistan'ın Kazakistan ile sınır uzunluğu 1.051 km, Çin Halk Cumhuriyeti ile 858 km, Özbekistan ile 1 099 km ve Tacikistan ile 870 km'dir. Denize sınırı bulunmamaktadır. Kuzeyi ile güneyi arasındaki uzaklık 454 km, doğu ile batısı arasındaki uzaklık ise 925 km'dir.

Kırgızistan geniş çukur alanlara, derin vadilere ve yüksek dağ sıralarına sahiptir. Ortalama rakım 2.750 m'dir. En yüksek nokta (Pobeda Tepesi), deniz seviyesinden 7.439 m, en alçak nokta ise, deniz seviyesinden 132 m yükseklikteki Kara Dary'dir. Toplam alanın %94'ünden fazlasının deniz seviyesinden yüksekliği 1.000 m'yi aşar ve toplam yüzölçümünün yaklaşık %40'ı 3.000 m'den yüksektir. Kırgızistan'ın nüfusunun neredeyse tamamı 1.800 m'den daha yüksekte yaşamaktadır (1/12).

Kırgızistan'ın genel birki örtüsünü orman, makilikler, bozkır, step, çayır ve su bitkileri oluşturur. Bitki örtüsünde görülen başlıca türler çam, ceviz, fıstık, huş ağacı, akağaç ve kavaktır. Güneybatı Tien Şan'da bulunan ceviz ormanı özel bir öneme sahiptir.

Kırgızistan karasal iklime sahiptir. Deniz seviyesinden yüksekliği 2.000-2.500 m arasında olan bölgelerde kışlar soğuk ve kurudur. Kış mevsimindeki hava sıcaklıkları özellikle dağlar ve dağ vadilerinde oldukça düşüktür. Dağlık bölgelerde kış aylarında sıcaklık -40C'ye düşebilmektedir. Yaz aylarında özellikle güney bölgelerde sıcaklık 40C'ye ulaşmaktadır. Başkent Bişkek'in yıllık sıcaklık ortalaması 2C'dir (1/13).

I.2. Nüfus

Nisan 1999'da yapılan I. Milli Nüfus Sayımı'nın sonuçlarına göre, Kırgızistan'ın nüfusu, 4.822.900 olarak hesaplanmıştır. Nüfusun 2.380.400'ünü erkekler, 2.442.500'ünü ise kadınlar oluşturmaktadır. Kırgızistan nüfusunun 1.678.600'ü kentlerde, 3.144.300'ü ise kırsal bölgelerde yaşamaktadır. 1999 yılında yapılan nüfus sayımına göre, Kırgızistan nüfusu, 1989 yılında yapılan bir önceki nüfus sayımına oranla %13.3 artış göstermiştir (1/14).

Kırgızistan nüfusunun 2005 yılında, 6.2 milyon, 2025 yılında ise, 7.5 milyon civarında olacağı tahmin edilmektedir.

1999 yılında yerleşik nüfus içinde erkek nüfus %49,4, kadın nüfus ise, %50,6 olarak hesaplanmıştır. Şehirlerde erkek nüfus %47,9, kadın nüfus %52,1, kırsal kesimlerde ise, erkek nüfus %50,2, kadın nüfus %49,8 oranında yer almaktadır.

Kırgızistan nüfusunun ortalama yaşı 26,2'dir. Yaş ortalaması, kadınlarda 27,2, erkeklerde ise, 25,2 olarak hesaplanmaktadır. Nüfusun kırsal kesimde yaşayan kesiminin yaş ortalaması 25,0, şehirlerde yaşayan kesimi ise, 28,5'tir.

Kırgız Cumhuriyeti'nin resmi kaynaklarına göre, ülkede 80 civarında etnik grubun varlığından söz edilmektedir. Ülkede genel nüfus içinde, Kırgızlar, Özbekler ve Ruslar başlıca etnik gruplar olarak sayılabilir (1/16).

I.3. Tarih

Kırgızlar Orta Asya'daki en eski milletlerden biridir. Kırgızlar ile ilgili ilk yazılı belgelere, M.Ö.III. Yüzyıla ait Çin kaynaklarında rastlanmaktadır. Bu dönemde Hun yöneticisi Modu tarafından Kırgız toprakları zapt edilmiş ve Kırgızlar uzun asırlar boyunca bir çok göçebe imparatorlukta aktif bir şekilde yer almışlardır.

M.S.I. Asrın sonlarında Kırgızlar Uygur Kağanlığı'nı yıkarak güçlü bir devlet olan Kırgız Kağanlığı'nı kurmuşlardır. Kırgızların galibiyeti Tan İmparatorluğu, Tibet ve Orta Asya'nın ilgisini çekmiştir. Kırgızlar, daha sonraları askeri başarıları sayesinde Orta Asya'daki tarihi olayların akışına büyük bir etkide bulunmuşlardır.

Daha M.S.VI-VII Asırlarda Kırgız devletçiliği Yenisey kıyılarında büyük bir zülüm gerçekleştirmiştir. O dönemlerde Kırgızlar, Bizans ve Çin tarihçilerinin ilgi alanına girmiş ve bu tarihçiler daha sonraları, Kırgızların Yenisey devletinin ekonomik refahının nasıl arttığını anlatmışlardır. Bugün için atalarımızın devletlerinin kuruluşunu, yapısını, yönetici ve komutanlarını anlattıkları, tarihin Yenisey dönemine ait 120'den fazla Kırgız metni bilinmektedir.

1207 yılında Yenisey Kırgızları Moğol devletine bağlılıklarını bildirmişler, ancak belirli ölçüde bağımsızlıklarını sürdürmüşlerdir. Kırgızlar 13. Asır boyunca Moğol boyunduruğundan kurtulmaya çalışmışlardır. Bunda ancak 1273 yılında başarılı olmuşlar, 20 yıl sonra 1293 yılında Moğol orduları tekrar Kırgız ordularını mağlubiyete uğratmıştır. Yenisey Kırgızlarının devleti nihai olarak tasfiye edilmiş ve diğer Türk boylarına karışmıştır.

Yenisey Kırgızlarının zengin ve özgün orta çağ kültürünün ulaştığı seviye günümüze kadar Avrupalı, Rus ve Çinli Kırgızolog bilim adamlarının, tarihçilerin, arkeolog ve etnografyacıların ilgisini çekmeye devam etmektedir.

XV. Asırda Altay Kırgızlarının bir kısmı Tien-Şan'a göç etmiş ve daha sonraları gelen kabilelerle yerli akraba kabileler kaynaşmak suretiyle bugünkü Kırgız halkını oluşturmuşlardır.

Kırgızların kendi devletini kurma yolundaki gayretleri hem çok zorlu, hem de çok uzundur. Bugünkü toprakları içinde egemen Kırgız devletini oluşturma imkanının tohumu 1924 yılının Ekim ayında atıldı ve o tarihte Rusya Federatif Sovyet Sosyalist Cumhuriyeti bünyesinde Kara-Kırgız Özerk Bölgesi kuruldu. Daha sonra Şubat 1926'da, Bölge'nin adı Kırgız Özerk Sovyet Sosyalist Cumhuriyeti olarak değiştirildi. 1936 yılında Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği bünyesinde Kırgız Sovyet Sosyalist Cumhuriyeti oldu. Sovyetler Birliği'nin dağılmasıyla birlikte "Kırgızistan Sovyet Cumhuriyeti" de tarihe karışmıştır (1/10).

Kırgızistan Komünist Partisi'nin yönetimdeki etkisi, Ağustos 1991 sonrasında gittikçe azalmış, faaliyetleri askıya alınmış, ılımlı üyeler Cumhurbaşkanı Akayev'in liderliğini kabul eden Sosyal Demokratik Partisi'ni kurmuştur. 1991 yılı içinde Kırgız Cumhuriyeti'ndeki demokratik güçlerde etnik kutuplaşmalar görülmeye başlanmıştır. İlk tescil edilen siyasi hareket, Demokratik Kırgızistan Hareketi olmuştur.

Kırgızistan 15 Aralık 1990'da SSCB'den ayrılmış, 31 Ağustos 1991 tarihinde de bağımsızlığını ilan etmiştir. Kırgız Cumhuriyeti Anayasası 5 Mayıs 1993 tarihinde Parlamento'da oy birliğiyle kabul edilmiş, yine aynı tarihte Yüksek Şura Genel Kurul Toplantısı'nda alınan kararla, ülkenin resmi adı Kırgız Cumhuriyeti olmuştur.

Askar AKAYEV, Kırgızistan'ın bağımsızlığını kazanmasının ardından Cumhurbaşkanı seçilerek, 2005 yılına kadar bu görevini sürdürmüştür. Kırgızistan'da 13 Mart 2005'te gerçekleştirilen parlamento seçimlerini Devlet Başkanı AKAYEV yanlısı milletvekillerinin kazanması ülkede gerilimi tırmandırılmış, muhalefet seçimlerde hile yapıldığı iddiasıyla, AKAYEV'in istifasını talep eden bir ayaklanma hareketi başlatmıştır. Kırgızistan'ın güneyinde Fergana Bölgesi ve ülkenin ikinci büyük kenti olan Oş şehrinde başlayan ayaklanma hareketi, Oş ve Celal-Abad şehirlerinde hükümet binalarının ele geçirilmesiyle hızlanmıştır. Yaşanan olayların ardından Devlet Başkanı Askar AKAYEV'in muhalefetle görüşmeye hazır olduğunu bildirmesi ve Yüksek Seçim Komisyonu'na parlamento seçimlerinde usulsüzlük yapıldığı yönündeki iddiaları araştırması talimatı vermesine rağmen hareket devam etmiş, 24 Mart 2005 tarihinde ise Başkent Bişkek'te yaklaşık 10 bin civarındaki göstericinin Başkanlık Sarayına yürüyüşü ve Başkanlık Sarayı'nı ele geçirmesiyle son aşamasına gelmiştir.

24 Mart 2005 tarihinden sonra AKAYEV'in istifası, geçici Devlet Başkanlığı ve Başbakanlığa muhalefet lideri Kurmanbek BAKIYEV'in getirilmesi ve geçici hükümetin kurulması ile siyasi karışıklık ortamı yerini sessiz bir bekleyişe bırakmıştır. Kırgızistan Parlamentosu, başkanlık seçimi yapılmasını kararlaştırmıştır (1/11).

I.4. Ekonomi

Kırgızistan, 1991 yılında bağımsızlığını kazandıktan sonra, uzun vadeli ve kapsamlı bir ekonomik reform programını benimsemiştir. 1991-1994 yılları arasındaki dönemde hedef olarak genel liberalizasyon kabul edilmiştir. Bu dönemde, yerel para birimi Som tedavüle çıkarılmış ve serbest piyasa ekonomisinde geçerli olan işlemler deneyimden geçirilmiştir. 1994-1998 yılları arasındaki dönemde, hükümet, pazar ekonomisine geçişi hızlandırmak için kitlesel özelleştirmeler, devletin rolünün azaltılması, yeni bir vergi sistemi kurulması, Merkez Bankası'na daha fazla özerklik verilmesi ve daha başka önlemleri almıştır. 1998-2002 yıllarını kapsayan dönemde özelleştirmenin sonuçlanması ve istikrarlı bir ekonomik gelişme hedeflenmiştir. "Kırgız Cumhuriyeti Kapsamlı Kalkınma Çerçeve Stratejisi" adı verilen ve 2001-2010 yıllarını kapsayan 10 yıllık Kalkınma Planı, kabul edilerek yürürlüğe girmiştir. Kırgız Cumhuriyeti'nin başlıca sorunlarının artan yoksulluk ve dış borç yükünün ağırlaşması olduğuna dikkat çekilen Kalkınma Planı'nda bu sorunların giderilmesi amacıyla ülkenin insan ve doğal kaynaklarının kamu sektörü ve özel sektör ile uluslararası kuruluşlar arasında yapılacak işbirliği ile en etkili şekilde değerlendirilmesi yönünde çalışmalar yapılacağı kaydedilmektedir (1/40).

Kırgızistan ekonomisi bağımsızlıktan sonraki dönemde büyük ölçüde tarıma ve altın üretimine dayalıydı. Tarım sektörü sermayeden ve etkililikten yoksun bulunmaktaydı. 1998 yılında tarımda özelleştirmeye gidilerek, tarım sektörüne ve genel ekonomiye yabancı sermaye girmesi için engeller ortadan kaldırılmıştır.

Kırgızistan'da 1993 yılında kişi başına düşen gelir 150 ABD Doları iken bugün iki katını aşmış durumdadır. Para politikası ve bütçe kesintileri ile enflasyonu da kontrol altına almaya çalışılmaktadır. 1993 yılında %1500 olan enflasyon, Rusya'daki krizin baskısına rağmen 2000'de %18.7'ye gerilemiştir. 1998 yılı Mart-Eylül arası dönemde %160 devalüasyona uğrayan Ruble, Kırgız Somu'nun %34 oranında devalüasyonuna sebep olmuştur. Rekabet şansı az olan Kırgız malları için, Rusya ile ihracat-ithalat işlemleri azalmıştır. Ekonomik göstergelere göre ihracatı gelişme göstermektedir.

Kırgızistan'ın en önemli ihracat ürünleri altın, kömür, elektrik enerjisi, yiyecek ürünleri, pamuk ve yün ürünleri, makine ve ekipmandan oluşmaktadır. En büyük ihracat pazarı BDT ülkeleri, Çin ve ABD'dir. Yeni ihracat pazarı olarak Almanya ve diğer Batı Avrupa ülkelerine yönelinmiştir. Kırgızistan'ın en önemli ithalat ürünleri ise genelde Rusya, Özbekistan, Kazakistan, Türkiye, Almanya, ABD ve Çin'den ithal edilen makine, teçhizat, yiyecek ve ilaç gibi ürünlerinden oluşmaktadır (1/41).

I.5 Siyasal Ve İdari Yapı

Kırgız Cumhuriyeti Anayasası 5 Mayıs 1993 tarihinde Parlamento'da oy birliğiyle kabul edilmiş, yine aynı tarihte Yüksek Şura Genel Kurul Toplantısı'nda alınan kararla, ülkenin resmi adı Kırgız Cumhuriyeti olmuştur.

Kırgız Cumhuriyeti Anayasası'na göre, Kırgız Cumhuriyeti bağımsız, hukuki ve laik devlet esaslarında kurulan demokratik bir cumhuriyettir.

Kırgız Cumhuriyeti'nin devlet yapısını Cumhurbaşkanı, Yasama Meclisi ve Halk Temsilcileri Meclisi'nden oluşan Jogorku Keneş, Hükümet, Yerel Yönetim Organları ve Kırgız Cumhuriyeti Mahkemeleri oluşturur.

Ülkenin en yüksek yasama organı Jogorku Keneş'in (Parlamento) iki kanadı vardır ve 105 milletvekili bulunmaktadır. Ülkenin en yüksek icra organı Hükümet, en yüksek yargı erki ise, Anayasa Mahkemesi'dir (1/29).

Kırgızistan 7 idari bölgeye ayrılmıştır. Bu bölgeler Çuy, Issık-Kul, Narın, Talas, Calal-Abad ve Oş, Batken'dir. Kırgızistan'ın güneybatısında yer alan ve daha önce Oş Bölgesi'nde bulunan Batken'e, 12 Ekim 1999 tarihinde alınan kararla Bölge statüsü verilmiştir. Başkent Bişkek özel bir konuma sahip olduğundan, yukarıdaki 7 bölge içerisinde yer almaz (1/37).

Kırgızistan'daki yerel yönetim organları üç seviyededir. Üst iki seviye eski Sovyet Birliği'nden kalan rayonlar (şehir) ve oblastlar (il veya bölge düzeyinde) üzerine oluşturulmuştur. 1996 tarihinden başlayarak, en alt seviyeyi temsil eden köy belediyeleri "ayıl ökmötü" (Ail okomotu) düzenlenmeye başlanmıştır (1/39).

* Oblast şehirleri içine alan büyük yerleşim yerlerine verilen addır. Kırgızistan'daki en büyük idari bölgedir. Kırgızistan'da 7 tane oblast vardır.

* Rayon oblastların içindeki şehirlere rayon denir. Oblastların alt birimleridir.

II. SAĞLIK SİSTEMİ

II.1. Genel Sağlık Durumu

Kırgızistan Cumhuriyeti Kişi Başına 440 ABD Doları Gayri Safi Yurt İçi Hasılası ile eski Sovyet cumhuriyetlerinin en fakir ülkesidir. Son on yıldaki ekonomik büyümeye rağmen yoksulluk düzeyi halen yüksektir. 2003 yılı verileriyle nüfusun yarısı yoksulluk sınırının altında bulunmaktadır. Ayrıca bölgeler arası refah farklılıkları da önemli seviyededir. Kentsel alanlarla karşılaştırıldığında kırsal alanlarda yoksulluk oranı daha yüksektir ve benzer farklılıklar oblastlar arasında da görülmektedir. Su, enerji, yol gibi altyapı hizmetlerine ulaşım bakımından da yoksul ve yoksul olmayan arasında önemli boşluklar vardır. Sağlık göstergeleri kötüdür. Resmi istatistik raporlarına göre yenidoğan ölüm oranı 1,000 canlı doğumda 25.7, 5 yaş altı çocuklarda ölüm oranı 1,000 canlı doğumda 31.8, anne ölüm oranı 100,000 canlı doğumda 46.4'dür. 2003 yılı ortalarında canlı doğum rakamlarının uluslararası olarak belirlenmeye başlaması söz konusu oranlar daha da yükseltmiştir. Kayıt altına alınamayan raporlar ve denetim yetersizliği nedeniyle gerçek rakamlara ulaşmak çok zordur (3/27).

Ortalama yaşam süresi 1995 yılından beri az da olsa artma yönündedir. Tablo 1'de Kırgızistan'daki ölüm nedenleri 100,000 kişi başına ve toplam ölüm oranları olarak gösterilmiştir. Enfeksiyon hastalıkları nedeniyle ölüm oranı azalırken, kardiyovasküler sistem hastalıklarından ölümlerde önemli bir artış olmuştur (3/28).

Tablo 1: Başlıca Ölüm Nedenleri

	1999		2000		2001		2002		2003	
	Kişi 100Bin	% toplam ölüm	Kişi 100Bin	% toplam ölüm	Kişi 100Bin	% toplam ölüm	Kişi 100Bin	% toplam ölüm	Kişi 100Bin	% toplam ölüm
Kardiyovasküler Hastalıklar	286.7	43.0	313.0	45.2	307.9	46.7	335.4	47.9	337.9	47.2
Solunum Sistemi	97.7	14.6	90.0	13.0	75.0	11.4	80.8	11.5	90.7	12.6
Sakatlanma ve Zehirlenmeler	74.0	11.0	69.0	10.1	65.8	10.0	67.8	9.7	72.8	10.1
Neoplazm	60.2	9.0	60.0	8.9	59.3	9.0	61.1	8.7	62.1	8.7
Sindirim Sis. Hastalıkları	36.2	5.0	38.7	5.6	37.8	5.7	41.4	5.9	42.0	5.9
Enfeksiyon Hastalıkları	32.9	5.0	33.8	4.9	33.8	5.1	27.8	4.0	25.5	3.6

Kaynak: (3) WB (2005) Health and Social Protection Project, s:29

Tüberküloz Kırgızistan'ın temel sağlık problemlerden biri olarak varlığını sürdürmektedir. 1995 yılından bu yana tüberküloz görülme oranları artmış ancak ölüm oranları azalmıştır (3/29).

Kötü yaşam koşulları, güvenli olmayan içme suyu, ev ve okulların sağlığa uygun olmaması nedeniyle bulaşıcı hastalıklarda artış vardır.

Ailelerin tamamına yakınına elektrik sağlanırken, %75'i uygun sağlık koşullarında yaşamamakta ve ailelerin 1,6'sı (çoğu kırsal bölümlerde) temiz içme suyuna ulaşmamaktadır.

Sosyal çevrenin etkilerine bağlı olarak ilaç bağımlılığı gibi hastalıklarda artış olmuştur. HIV/AIDS'i de içeren cinsel yolla bulaşan hastalıklarda da artış vardır. Kırgızistan'daki ilaç bağımlılarının sayısı 80.000 ile 100.000 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Bu sayı ülke nüfusunun %2'sini oluşturur.

Kadınların maruz kaldıkları hastalıklarda oransız bir yapı vardır. Üreme sağlığı düzeyi düşüktür ve doğumların ancak %40'ı komplikasyonsuz gerçekleşmektedir. Sağlık altyapısının kötüleşmesiyle gözetim dışında doğumların sayısı artmaktadır (5/15,16).

Son yıllarda iyot yetersizliği ve demir eksikliği anemisinin çocuklarda görülme oranında artış olmuştur. 3 yaş altı çocukların yarısında ve kadınların %60'ında demir eksikliği anemisi olduğu tahmin edilmektedir. İyot eksikliği ülkenin güneyindeki çocuk nüfusunun %85'ini etkilemektedir ve çocukların fiziksel ve zihinsel gelişimlerini ciddi şekilde etkilemektedir. Genel iyotlu tuz kullanımı ve erişimi ile ilgili yasal düzenleme olmasına rağmen, nüfusun sadece %20'si iyotlu tuz kullanmaktadır. 2002 ve 2003 yılları arasında UNICEF'in Oş ve Narin Oblastlarına yaptığı bir çalışmada 5 yaş altı çocukların %32,9'unda A vitamini eksikliği olduğunu göstermiştir. A vitamini eksikliği kısmen ya da tamamen görme bozukluklarına, bağışıklık sisteminin zayıflamasına, enfeksiyon hastalıklarından ölümlerin artmasına, fiziksel ve zihinsel gelişme bozuklarına neden olmaktadır (5/16).

II.2. Sağlık Sisteminin Yapısı

Kırgızistan bağımsızlığını kazanmadan önce sağlık sistemi bir hayli merkezi olmuştur ve Moskova tarafından idare edilmiştir. SSCB Sağlık Bakanlığı Sovyet Cumhuriyetlerinin ana planlama ve yönetsel yapısını oluşturmuştur. 15 Sovyet Sosyalist Cumhuriyeti sağlık hizmetleri Cumhuriyet Sağlık Bakanlıkları tarafından yönetilmiştir. Fakat rolleri SSCB Sağlık Bakanlığının yönergeleri ile sınırlı olmuştur. Bu yapı cumhuriyetler düzeyinde de aynı idi. Oblast, şehir ve rayon düzeyindeki sağlık imkanları Cumhuriyet Sağlık Bakanlıklarının emirleri ve direktiflerini uygulamak zorunda idi. Bir çelişki olarak bu durum SSCB tarafından yerelleşmenin bir elemanı olarak görüldü ve 1990ların sonunda Kırgızistan sağlık idaresinin karşı karşıya kaldığı başlıca problemlerden biri olarak ortaya çıktı.

Günümüzde hükümetin sağlık sektörü ile ilgili sorumlulukları vardır. Parlamentonun onaylamasından sonra bir sağlık politikası ve sağlık politikasının uygulanması için bir aksiyon planı ile sağlık hizmetlerinin gelişimini sağlama için bir strateji kabul edilir. Ayrıca ülke sağlık sisteminin gelişimi, koruyucu sağlık programlarının bölgesel ve ulusal düzeyde uygulanması, kontrolü ve finansmanı kabul edilir. Hükümet toplumun sağlık durumu ve sağlık bütçesinin uygulanması hakkında parlamentoya yıllık olarak rapor verir (2/16).

Sağlık Bakanlığı diğer sektör ve kurumlar ile işbirliği yaparak sağlık politikasını uygular ve geliştirir. Ayrıca bir Ülke Refah Programı ve diğer planlı sağlık politikalarını uygular.

Sağlık hizmetlerinin niteliği; tıbbi ürün ve donanım ile ilaçların kalite kontrolü, güvenliği ve etkililiği ile sorumludur. Bütün sağlık ile ilgili kurumları denetleme, bu kurumların politika ve programlarını onaylama rolünün yanı sıra Bişkek'teki az sayıda ihtisas hastahanesi ve üçüncül düzeydeki hastahaneler üzerinde doğrudan yönetsel sorumlulukları da vardır. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İdaresi Koordinasyon Komisyonu aracılığı ile bölgesel düzeydeki sağlık kurum ve kuruluşlarının kontrol ve koordinasyonunu sağlamaktadır. Bu çalışmalar yıllık olarak hükümete raporlanarak toplumun sağlık durumu hakkında bilgi verilmektedir.

Sağlık Hastalık Gözetim Bölümü Sağlık Bakanlığının bölümü olarak çalışır. Oblast düzeyinde koordinasyonu sağlar ve toplum sağlığı hizmetlerinin temel taşı olan koruyucu sağlık hizmetlerini idare etmektedir.

İlaç Ve Tıbbi Malzeme Tedarik Bölümü Sağlık Bakanlığının bir diğer bölümüdür. İlaç politikası ve ilaç kalitesinin izlenmesi, değerlendirilmesi ile görevlidir. Bunun yanı sıra üretilen ilaçların kaydedilmesi, ilaç perakendecisi ve üreticilerine lisans verilmesi işlemlerini de yaparlar (12/2).

Zorunlu Sağlık Sigorta Fonu (ZSSF) sağlık sektörü içerisindeki tek ödeyici kurumdur. Kuruma fonların havuza toplanması, sağlık hizmetlerinin satın alınması ve sağlık fonun bütçelenmesi görevi verilmiştir. Kurum ayrıca kalite ve sağlık iletişim sistemlerin geliştirilmesi rolünü de üstlenmiştir (12/3).

Yerel yönetimler poliklinikler ile bölgesel ve il hastahanelerini de içeren birincil ve ikincil sağlık hizmetleri sağlayan tesislerin sahibidir. Yerel yönetimler kendi sorumluluk sahasındaki sağlık hizmetleri ile görevlidir. Bünyelerindeki Sağlık İdaresi Koordinasyon Komisyonları aracılığıyla ulusal sağlık politikasının uygulanması, bölgesel sağlık programlarının tatbiki ve geliştirilmesi çalışmalarını yapmaktadır. Komisyonlar sağlık bütçesinin hazırlanması, bütçenin uygulanmasını sağlamak ve sağlık personelinin çalışma koşullarının iyileştirilmesi ile sorumludur. Yerel yönetimler Lokal Keneş (Konsey) nüfusun sağlığı ile ilgili yıllık rapor vermektedir.

Sağlık Bakanlığı dışındaki bakanlıklar ve kurumlar tarafından sağlanan benzer sağlık hizmetleri de ülkede varlığını sürdürmektedir. Yedi bakanlık, devlet girişimi olan beş büyük anonim şirket ile kısmen devlet tarafından finanse edilen girişimler söz konusu sağlık hizmetlerini sağlamaktadırlar. Bu sağlık hizmetlerini veren kuruluşlar kendi bağılı oldukları kurumlara karşı sorumludurlar ve Cumhuriyet bütçesi tarafından fonları sağlanmaktadır.

Özel sağlık sektörü 1990'lı yıllardan bu yana gelişmektedir. Özel sektör önceleri eczacılık faaliyetleri ile başlamış ve sonraları sağlık hizmetlerinin sağlanmasını içerecek şekilde genişlemiştir. Özel sağlık kurumları kamu sektörlerine sözleşme teklifleri yapabilmekte ve ülke refah programlarına katılabilmektedirler. Şimdiye kadar devletin özel sektörden aldığı hizmetler ilaç tedariki şeklinde olmuştur. Ayrıca devlet özel sektörden sağlık hizmeti satın almaya da başlamıştır. Örneğin Zorunlu Sağlık Sigorta Fonu bir özel göz hastahanesi ile sözleşme yapmıştır.

Sivil toplum örgütleri sağlık sektörü içinde meslek odaları olarak ortaya çıkmışlardır. Söz konusu dernekler hekim, eczacı, yardımcı sağlık personeli, kardiyolog, diyabet hastaları, kan bağışçıları dernekleri olarak örgütlenmişlerdir. 1997 yılında aile hekimleri ve hastahane dernekleri kurulmuştur. Bu dernekler sağlık reformları konusunda Sağlık Bakanlığı ile yakın ilişki içerisinde çalışmaktadır (2/17-20).

II.3. Sağlık Sistemi Yönetimi

Sovyetler Birliği döneminde planlama, düzenleme ve yönetim Sovyet devletinin merkezi kontrolü altındaydı. Bağımsızlık sonrası Kırgızistan Sağlık Bakanlığı bu görevleri üstlendi. Ancak günümüzde Sağlık Bakanlığı görevlerinin bir kısmını kademeli olarak yerelleştirmeye başlamıştır.

Tüm sağlık sisteminin yönetimi hâlâ dikey bir hiyerarşik modele sahiptir. Yasalar, genelgeler ve diğer düzenlemeler parlamento tarafından kabul edilir. Sağlık Bakanlığı bütün devlet sağlık kurumlarında zorunlu olarak uygulanmak üzere emirleri yayınlar. Sağlık kurumu yöneticileri de bu görev ve sorumlulukların uygulanmasını ve izlenmesini yaparak Sağlık Bakanlığına sonuçları rapor eder (12/3).

Sağlık Bakanlığının diğer yönetsel görevleri Bilimsel Araştırmalar Enstitüsü ve Ulusal Merkezler gibi sağlık kuruluşlarını doğrudan yönetmek, Kırgız Tıp Akademisi'nin yönetmek, İl sağlık müdürlerini atamaktır.

Sağlık Bakanlığının düzenleyici görevleri ise sağlık hizmeti sağlayıcıların uymak zorunda olduğu yönetmeliklerin geliştirilmesi, sağlık hizmeti sağlayıcılarına lisans verilmesi, kalite kontrol işlemlerinin düzenlenmesi, bağışların ve insani yardımların dağıtılmasının koordine edilmesi gibi işlemlerdir. Ayrıca kamu sektöründeki sağlık kuruluşlarının ihtiyacı olan ilaç ve tıbbi teçhizatın merkezden dağıtılması da düzenleyici görevleri arasında sayılabilir (2/20).

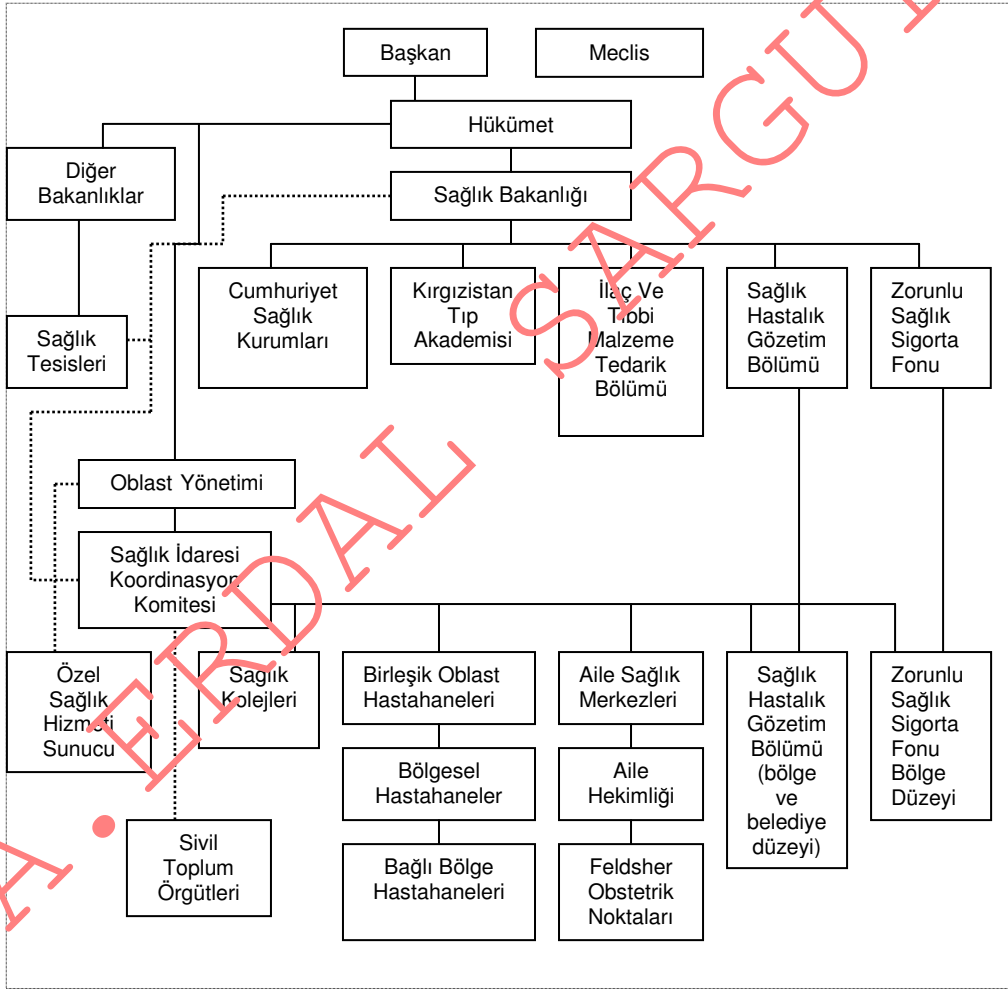
Sağlık Bakanlığı finansal planlama ve bütçe yönetimi ile de sorumludur. Ulusal sağlık politikaları ve tahmini sağlık hizmeti gelirlerine göre sağlık bütçesinin geliştirilmesini sağlamaktadır. Bütçelerin geliştirilmesi toplumun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerinin türü ve kapsamının planlanması ve bu hizmetlerin sağlanması için gerekli finansal kaynakların belirlenmesi şeklinde olmaktadır.

Yerel düzeyde, mahalli idareler yaptıkları sağlık plan ve düzenlemelerden sorumludur. 2000 yılındaki kapsamlı mahalli idareler reformundan önce bu görev oblast sağlık bölümü tarafından yapılmaktaydı. Oblast sağlık bölümünün lağvedilmesinden sonra bu görev birleştirilmiş oblast hastahanelerine devredildi. Daha sonra sağlık idaresi denetim konseyleri tarafından yapılmaya başlandı. 2003 yılında söz konusu konseyler sağlık idaresi koordinasyon komisyonları haline geldiler.

Sağlık İdaresi Koordinasyon Komisyonu birleşik bir yapıya sahiptir. Merkezi idarenin taşra teşkilatı temsilcileri, keneş (konsey) temsilcileri, yerel sağlık ve sosyal güvenlik kurumları, oblast finans bölümü, eğitim kuruluşları, veterinerlik hizmetleri, işçi sendikaları ve sivil toplum örgütlerinden oluşmaktadır.

Bir koordinasyon komisyonuna oblast yöneticisi (Bişkek ve Oş şehrinde belediye başkanı) başkanlık eder. Başkan komisyonu oluşturur ve üyelerini atar. Komisyon başkanının bir oblast sağlık kurumunun yöneticisi ve zorunlu sağlık sigorta fonu taşra teşkilatı yöneticisi olmak üzere 2 yardımcısı vardır. Komisyon ihtiyaç halinde toplanır. Fakat toplanma süresi 3 ay içerisinde bir defadan az olamaz. Koordinasyon komisyonunun bütün kararları bütün sağlık kurumları için uyulması zorunlu kararlardır. Koordinasyon kurumları Sağlık Bakanlığı ve oblast yönetimine karşı sorumludur.

Şema 1: Sağlık Sisteminin Örgüt Yapısı



Kaynak: (2) WHO (2005) Health Care System in Transition – Kyrgyzstan s:19

Sağlık kurumu düzeyindeki planlama, düzenleme ve yönetim yetkisi finansal ve yönetsel otonomisi olan idarelere verilmiştir. Kurumun başındaki idarecinin sağlık, ekonomi ya da kamu yönetimi alanında yüksek eğitim almış olması ve sağlık idarecisi olarak onaylanmış olması gerekmektedir.

Geleneksel şifacıları da kapsayan özel sağlık hizmeti sağlayıcıları lisans alma esasına faaliyet göstermektedir. Özel sağlık hizmeti sağlayıcıları zorunlu olan evrak ve istatistikleri tutmak ve bunları teslim etme zorundadırlar. Özel ve kamu sağlık hizmeti sağlayıcıları arasındaki ilişki sözleşme esasına göre olmaktadır.

Vatandaşların sağlık planlarına katılımları sınırlı kalmaktadır. Ancak bazı pilot bölgeler seçilerek buradaki nüfustan geri bildirimler alınarak gelecek planlar için kullanılmaktadır (2/20–22).

II.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Birincil ve ikincil sağlık hizmetlerinin sunumu ile oblast ve rayon sağlık kurumları görevlendirilmiştir. Bu kuruluşların sağlık hizmetinin uygulanmasında geniş yönetsel otonomileri vardır. Oblast düzeyindeki denetimleri Sağlık Hizmeti Koordinasyon Komisyonu tarafından yapılmaktadır (3/37).

II.4.1. Birincil Sağlık Hizmeti

Birincil sağlık hizmeti rayon ve rayondan daha alt düzeydeki sağlık kurumları tarafından verilmektedir. 2004 yılı itibari ile 862 Feldşer* -Obstetrik Noktası (FON), 60 Feldşer-Ambulans İstasyonu, 31 özerk Aile Hekimliği ve Aile Hekimliklerine bağlı 672 Aile Sağlık Merkezi (ASM) ve 85 Aile Sağlık Merkezi birincil sağlık hizmetlerini yerine getirmektedir (3/37).

Feldşer-Obstetrik Noktaları (FON)

Feldşer-Obstetrik Noktaları kırsal alanlardaki hastaların sağlık hizmet sistemi ile temas kurdukları ilk kuruluşlardır. FON'lar küçük köylere ve nüfusu 500-2.000 aralığında olan uzak bölgelere hizmet sunmak amacı ile Sovyet döneminde kurulmuştur. FON'ların bünyesinde feldşer adı verilen en az bir sağlık çalışanı bulunur. Daha büyük olan köylerde ayrıca ebe ve hemşire de bulunmaktadır. FON'lar tarafından sunulan hizmetler temel tedavi, doğum öncesi ve sonrası bakım, aşılama ve sağlık seviyesinin yükseltilmesi faaliyetleri ile sınırlıdır. Hastaların sevkleri en yakındaki hastahanelere yapılmaktadır. FON'lar çalışmalarını hakkındaki raporlarını bağlı oldukları rayondaki Aile Hekimliklerine ya da Aile Sağlık Merkezlerine yapmaktadır (3/37).

*Feldşerler, hemşire ve doktorların arasındaki geleneksel rolleri üstlenen sağlık çalışanlarıdır. Tıbbi hizmetin yeterli olmadığı bazı kırsal kesimlerde, hemşireler ve "feldşer"ler bütün Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini sunmaktadırlar. Bunların önemli ölçüde bağımsızlıkları vardır ve koruyucu hizmetlerle, tanı ve tedavi görevlerini yapmaktadırlar. Kırsal alanlarda "felherler", ABD'deki pratisyen hemşirelere benzer olarak personeli yönetmekte ve bütün Birinci Basamak 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.

Aile Hekimlikleri

Son yıllarda Aile Hekimlikleri varolan sağlık kurumları bünyesinde oluşturulmaktadır. Bünyesinde en az bir hekim ile hemşire ve ebeler bulunmaktadır. Nüfusu 2.000'den fazla olan köylerde hizmet vermektedirler. Personel sayısı hizmet verilen bölgenin büyüklüğü ve nüfusuna göre değişmektedir (3/37).

Aile Sağlık Merkezleri (ASM)

Aile Sağlık Merkezleri birincil sağlık hizmeti düzeyinde ayakta tedavi sağlayan en büyük sağlık kuruluşlarıdır. Rayon içerisinde örgütlenmekte ve hizmet vermektedir. Merkezler birincil sağlık hizmeti ve ayakta tedavi hizmetlerini birleştirmektedir. ASM'lerde verilen ikincil bakım ile ilgili hizmetler genel sağlık hizmetleri, ihtisas hizmetleri ile ultrason ve röntgeni içeren teşhis edici hizmetleri içermektedir. Ayrıca ASM'ler çocuk bakımı, ufak cerrahi müdahaleler, rehabilitasyon, aile planlaması, obstetrik bakım, perinatal bakım, ilk yardım, ilaç reçete etmek, ev ziyaretleri ile koruyucu ve sağlığı yükseltici hizmetler sağlamaktadır. ASM'ler bünyesinde genellikle 10–20 uzman hekim bulunmaktadır. Her rayonda bir ASM kurulmuştur. Bağımsız hukuki varlıklar olan 31 adet özerk Aile Hekimlikleri dışında kalan bütün Aile Hekimlikleri ve Feldşer-Obstetrik Noktaları da ASM'lerin sorumluluğu altındadır. Bazen ASM'lerin değeri sorgulanmaktadır. Bölgesel Hastahanelere yakın olunmasına rağmen ASM'lerde ihtisas hizmetlerine yakın hizmetlerin verilmesi ülke kaynaklarının verimsiz kullanıldığı görüşünü haklı çıkarmaktadır (3/37).

Seyyar / Ambülator Hizmetler

Ambulans ve acil servis hizmetleri Feldşer Obstetrik Noktalarında çalışan Feldşerler veya 60 kırsal ambulans istasyonları tarafında sağlanmaktadır. 2004 yılında ambulans hizmetleri Aile Hekimlikleri ile birleştirildi. Ambulans personeli olarak çalışan Feldşerler eğitim ve bilgi donanımı bakımından yetersiz oldukları için 2005 yılında temel acil bakım kursu verilmeye başlanmıştır. 2006 yılında da bu eğitimler verilmeye devam edecektir. Ancak acil durumlardaki hazırlık ve sorumlulukları bakımından ambulans takımlarının rolü hâlâ belirlenmeyi beklemektedir (3/37).

II.4.2 İkincil Sağlık Hizmeti

İkincil sağlık hizmeti uzmanlaşmış ayakta tedavi ve genel hastahaneler düzeyinde sağlanmaktadır. Genel hastahaneler bünyesindeki Aile Sağlık Merkezleri ve Ayakta Tedavi Bölümleri uzmanlaşmış ayakta tedavi sağlayıcılarıdır. Genel ayakta tedavi tesisleri şehir ve rayon hastahaneleri, az sayıda kırsal mahalle hastahaneleri, çocuk hastahaneleri, doğumevi ve birleştirilmiş oblast hastahaneleridir. 2004 sonu itibari ile 45 tane rayon düzeyinde Bölgesel hastahane, 19 tanesi Calal-Abad'ta bulunmak üzere 21 Kırsal Hastahane ve 14 Bölgesel Şehir Hastahanesi bulunmaktadır.

Bölgesel Hastahaneler farklı dallarda çalışan uzmanlara, kapsamlı tıbbi teçhizat ve malzemeye sahiptir. Bünyesinde Aile Sağlık Merkezi ve ambulans hizmetleri veren bölümler bulunmaktadır.

Kırsal Bölge Hastahanelerinin Bölgesel Hastahaneler bağlı olacak şekilde yeniden yapılandırılması tasarlanmıştır. Şehir hastahaneleri yetişkin, çocuk ve kadın hastalıkları ile doğum hastahanelerini içeren kuruluşlardır. Şehirlerdeki genel hastahane hizmetlerini sağlamaktadırlar. Bu hastahaneler poliklinik işletmemektedirler. Günümüzde şehir hastahaneleri birleştirilmiş sağlık tesisleri temelli olarak yapılanan Bölgesel (Şehir) Hastahanelerine dönüştürülmektedir.

Yedi Birleştirilmiş Oblast Hastahanesi ve bir Ulusal Hastahane oblast düzeyinde ve Bişkek'te faaliyet göstermektedir. Bu hastahaneler genel, uzmanlaşmış ayakta ve yatakta tedavi veren kuruluşlardır. 2000 yılında Oblast sağlık bölümleri kaldırılmış ve geçici bir önlem olarak yönetsel faaliyetleri Birleştirilmiş Oblast Hastahanelerine verilmiştir. Bu gelişme Birleştirilmiş Oblast Hastahanelerinin yeniden yapılanması ihtiyacını doğurmuştur. Manas Talimi Programına göre yeniden yapılanma planı dispanser ve uzmanlık hastahanelerinin Birleştirilmiş Oblast Hastahaneleri bünyesinde toplanması şeklinde tasarlanmıştır (3/37–38).

Tablo 2: Bölgeler Göre Yatak Sayısı Ve 10,000 Kişi Başına Yatak Sayısı

Yeri	Yatak Sayısı							
	Toplam Yatak Sayısı				10.000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı			
	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003
Kırgız Cumhuriyeti	34,412	30,312	27,447	26,484	70.4	61.9	55.3	52.9
Batken Oblastı	2,511	2,426	2,247	2,024	64.3	61.3	56.0	49.8
Calal-Abad Oblastı	5,457	4,940	4,319	4,178	62.2	54.8	47.3	45.7
Issık-Kul Oblastı	2,243	1,513	1,335	1,257	53.8	36.1	31.8	29.9
Narin Oblastı	1,515	1,480	891	819	59.9	57.8	34.3	31.6
Oş Oblastı	7,236	6,854	6,469	5,386	60.2	56.2	52.2	53.2
Talas Oblastı	1,192	1,113	8,27	805	58.8	55.8	40.0	27.3
Çuy Oblastı	4,318	2,658	2,440	2,357	56.2	34.9	32.3	31.4
Cumhuriyet Tesisleri	7,681	7,114	6,829	6,658	0.7681	0.7114	0.6829	0.6658
Bişkek Şehri	2,259	2,215	2,090	2,105	29.5	28.8	27.1	26.4
* Oş Şehri				895				365

Oş Şehri 2003 yılında bağımsız yönetsel bölge olmuştur.

Kaynak: (4) DFID (2003) Health System Performance Monitoring Indicators, s:14

II.4.3. Üçüncül Sağlık Hizmeti:

Üçüncül sağlık hizmetleri ulusal düzeyde Cumhuriyet sağlık kurumları (ulusal hastahaneler, ulusal merkezler, bilimsel araştırma kuruluşları) tarafından sağlanmaktadır. Ayrıca ihtisas hastahaneleri ve dispanserleri aracılığı ile bölgesel düzeyde de üçüncül hizmet sağlanmaktadır. Genellikle Cumhuriyet sağlık kurumları sektör içerisindeki en iyi imkan ve uzmanlara sahip kurumlardır. Bu tarzdaki cumhuriyet kurumlarının çoğu da araştırma ve eğitim hastahaneleri olarak hizmet vermektedir. Üçüncül düzeydeki sağlık kurumlarında çalışan doktor sayısı 1.89'dur. Bu oran ülkede çalışan 10.737 doktorun %18'ini oluşturmaktadır. Cumhuriyet sağlık kurumlarının tamamına yakınının Bişkek'te bulunmaktadır. Bu kurumlar bütün nüfusa tersiyer sağlık hizmeti vermeyi amaçlamaktadırlar, ancak uygulamada bunlardan faydalanan hastaların büyük bir çoğunluğu Chui oblasti ve Bişkek'e yaşayan kişilerdir. Bunun sonucu olarak ülke genelinde verilen hizmetler üçüncül bakım ile sınırlı kalmaktadır (3/38).

Kırgız Cumhuriyetindeki yatak sayıları 2000-2003 döneminde bütün bölgelerde azalma eğilimi göstermiştir. Bütün ülkedeki yatak sayıları (34,412 yatak 2000 - 26,484 yatak 2003) %23 oranında azalmıştır (4/14).

Sosyal Bakım

Kırgızistan'da sosyal hizmetler Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının sorumluluğu altındadır. Bakanlık toplumun risk grupları için ilaç ödemesi ve sosyal yardım sağlamaktadır.

Kazakistan'daki Net sosyal güvenlik metodu Sovyet Döneminden miras kalmış iyi tasarlanmış ancak etkinliği olmayan bir metot idi. Dünya Bankası ve diğer yardım kuruluşları hedefli sosyal güvenlik sistemini yerleştirmeye çalışmaktadırlar. Uluslararası ve yerel gönüllü örgütler evde sosyal bakımın geliştirilmesi için destek vermektedirler (12/5).

İlaç Hizmetleri

1991 yılında Sovyetler Birliğinin parçalanması ile Kırgızistan ilaç arzında sıkıntılarla karşılaşmış ve ülke ilaç yokluğu ile karşı karşıya kalmıştır. Bu durum ilaç sektöründe özelleştirmelerle bir nebze iyileştirilmiştir.

1990'ların başında Kırgızistan kamu sektörünün sahip olduğu Kırgız İlaç Şirketi anonim şirkete dönüştürülmüştür. 1996 yılında perakende ilaç sektöründeki özelleştirmeler sonucunda belediyelere ait birkaç eczahane kamunun elinde bulunmaktadır.

İlaçların %97'si ithal edilmektedir. İthalatın ağırlıklı kısmı Bağımsız Devletler Topluluğu ülkelerinden yapılmaktadır. 1996 yılında ilk Temel İlaç Listeleme çalışmaları yapılmıştır. 1998 yılında da Ulusal İlaç Politikası kabul edilmiştir.

2000 yılında Zorunlu Sağlık Sigorta Fonu Bişkek'teki üç poliklinik ve Çuy oblastının Alamudun rayonunda pilot olarak Tamamlayıcı İlaç Paketi uygulaması başlatmıştır. Günümüzde bu uygulama Devlet Yardım Paketi adı altında ülke genelinde uygulanmaktadır (12/5,6).

II.5. Sağlık Sisteminin Finansmanı

Sovyet döneminde sağlık planlama ve finansmanı oldukça merkezi olmuş, sağlık hizmetlerinin etkililiği ve kalitesinden ziyade, var olan sağlık kurumları ağının bakımı ve genişletilmesine ağırlık verilmiştir. Sovyet planlaması beş yıllık planlar şeklinde yapılmıştır (2/25).

Sovyetler Birliği bütçesi Birleşik Bütçe ve Cumhuriyetler Bütçesinden oluşmaktaydı. Cumhuriyet bütçeleri ulusal ve yerel (oblast, şehir, rayon ve köy) bütçelerden oluşmakta idi. Bütçe sınıflandırması çok önemliydi ve harcamalar bütçenin bölüm, paragraf ve kısımlarındaki tanımlamalarla sıkı sıkıya bağlı idi (2/26).

Günümüzde Kırgız sağlık sektörünün temel fon kaynakları:

- Genel bütçe gelirleri,
- Zorunlu Sağlık Sigorta Fonunun (ZSSF) katkı payları,
- Kamu Yatırımı Programı,
- Kişisel Doğrudan (Cepten) ödemelerdir.

Dünya Bankasının 2004 Kamu Harcamaları incelemelerine göre kişisel doğrudan (cepten) ödemeler toplam sağlık finansmanının temel kaynağı olmuştur. Genel bütçe gelirleri (cumhuriyet ve yerel idareler) %4'ü oluşturmaktadır. Dünya Bankası ve Asya Kalkınma Bankası tarafından finanse edilen Kamu Yatırım Programı sağlık finansmanının %0,9'unu, sosyal sigorta katkı payları %4'ünü oluşturmaktadır (12/3).

1997 yılından bu yana yerel idareler fonu temel sağlık ve eğitim hizmetlerini sağlamak için cumhuriyet bütçesinden oblastlara "kesin ödenekler" vermektedir. Her bir bölgeye dağıtılacak kesin ödeneklerin miktarı kişi başına ödeme esas alınarak yapılmaktadır. Ancak günümüze kadar yapıla gelen uygulamalarda yerel bütçelerin açıklarını kapatmak için kullanılmıştır (2/27).

Dünya Bankasına göre Hükümet, sağlık sektörünün hizmet sunumunda daha etkili sonuçlar elde etmesine izin vermeli ve özellikle sektör için ayrılan fonların istikrarını sağlama gayretini gösterilmelidir. Yerel fonlar, hastalar tarafından yapılan gayri resmi ödemelerin yasallaştırılması sürecinde azaltılmamalıdır. Resmi yardımlar (kaynak aktarmaları) yerel fonların yerine geçmektense tamamlayıcı kaynak olarak kabul edilmelidir. Yerel fonların azalması durumunda (ve bu durum Sosyal Fonun, Tıbbi Sağlık Sigorta Fonuna aktarılanların dışında kalan bölümü kapsar) fon kaynaklarının karışımı daha gerilemiş bir hal alır. Hizmetin kullanıldığı an yapılan (peşin) ödemeler yoksul kesime en çok zararı verir ve aynı zamanda hizmete erişime en büyük mali engeli yaratır. Tbc ve HIV virüsleri tarafından tehdit edilen toplum sağlığı önemsenmelidir. Bu hastalıklar kısa vadede merkezi ve yerel yönetimler tarafından birlikte planlanmış eylemi, uzun vadede ise temel ekonomik ve sosyal karmaşaları engellemeyi gerektirir (6/42).

II.5.1. Tek Ödeyici Sistemi

Tek Ödeyici Sistemi Kırgızistan'ın sağlık hizmetlerinin örgütlenmesini ve finansmanını sağlamak için kurduğu sistemdir.

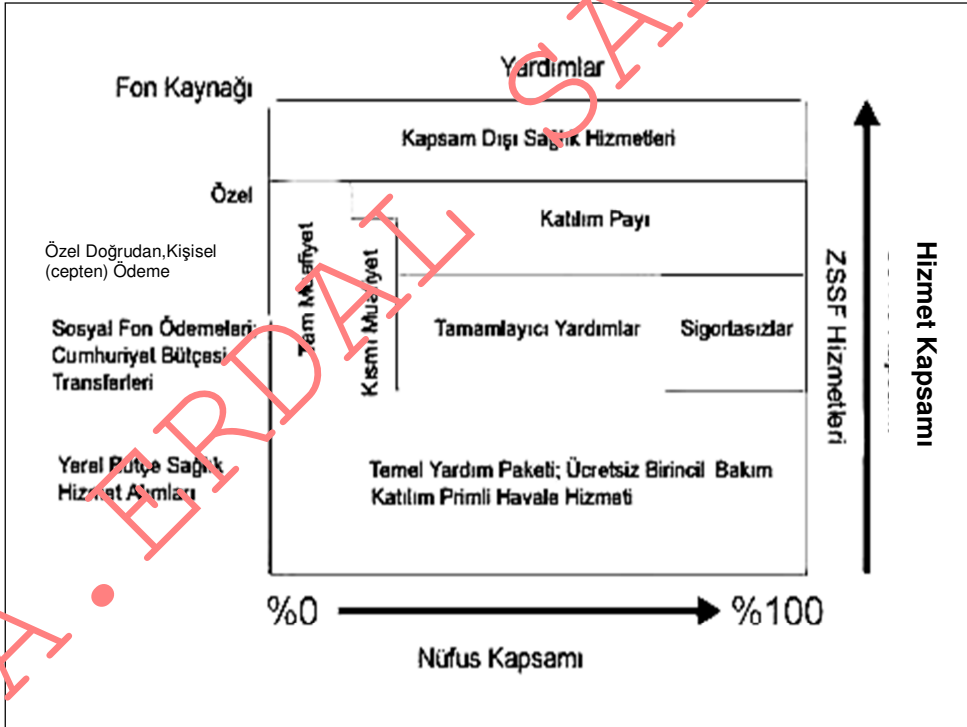
Sistem kaynakların daha etkili ve eşit bir biçimde kullanılmasını sağlamayı ve yeni finansal, örgütsel yapıyı kurmayı amaçlamıştır.

Yasa, Tek Ödeyici Sistemini toplum sağlığı hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve eczahane hizmetlerinin tek bir kanaldan fonlanmasını sağlamak amacıyla sağlık hizmeti için sağlanan devlet bütçe gelirleri ve Zorunlu Sağlık Sigorta Fonu katkılarının bir havuzda toplanması olarak tanımlamıştır. Yasanın çıkış tarihi 30 Temmuz 2003'tür (10/1).

Tek Ödeyici Sisteminin temel özellikleri şunlardır:

- Oblast düzeyindeki yerel bütçenin bir havuzda toplanması,
- Nüfusun genelini kapsayacak güvence altına alınmış temel hizmet paketinin oluşturulması,
- Sigortalılar için tamamlayıcı sosyal yardımlar,
- Tek bir hizmet satın alma sisteminin oluşturulması,
- Devlet-hasta ödemelerindeki katılım paylarının resmîleştirilmesi,
- Sisteme kademeli geçiş.

Şema 2: Tek Ödeyici Sistemi Kapsamı Ve Fon Kaynağı



Kaynak: (10) DFID (2004) The Kyrgyz Single Payer System , s:2

Oblast ve oblast altındaki tüm idari düzeylerde bütçe fonları Zorunlu Sağlık Sigorta Fonu Bölge Ofisleri bünyesinde birleştirilmektedir.

Oblast, rayon ve şehirlerden toplanan vergi gelirleri yerel finans bölümlerinden Zorunlu Sağlık Sigorta Fonu Bölge Ofislerine transfer edilmektedir. Ofisler oblasttaki bütün sağlık hizmeti sağlayıcılarına doğrudan ödeme yapmaktadır.

Kaynak havuzundan Oblasttaki tüm nüfusu kapsayacak bir temel hizmet paketi sağlanmaktadır. Bu temel paket ücretsiz birincil bakım ve hastahane havaleleri ile uzman bakım için katılım paylı ödeme yardımlarını kapsamaktadır. Fon istisnai olarak belli kesimlerin bütün sağlık hizmeti masraflarını da ödemektedir.

Temel hizmet paketinin yanı sıra Zorunlu Sağlık Sigorta Fonuna kayıtlı olan sigortalı kişiler için tamamlayıcı hizmet paketi de sağlanmaktadır. Paket ilaç ve hastahane hizmetleri için daha düşük bir katılım payını içermektedir. Tamamlayıcı hizmet paketinin fon kaynağı Sosyal Fon tarafından toplanan parafiskal gelirlerdir (bordro vergileri). Bu gelirler Sosyal Fon ve devlet bütçesinden Zorunlu Sağlık Sigorta Fonuna transfer edilmektedir.

Zorunlu Sağlık Sigorta Fonu ve bölge ofisleri, sağlık hizmeti sağlayıcılarına, verdikleri hizmetlerin ödemelerini yapmaktadır. Birincil sağlık hizmetinde doktorlar kendilerine kayıtlı olan kişi sayısına göre ücret almaktadırlar. Hastahaneler tedavi ettikleri vaka sayısına göre ücret alırlar. Hizmet sağlayıcılar tedavi ettikleri hastalarla ilgili bir form doldururlar. Bu formun bir nüshasını Zorunlu Sağlık Sigorta Fonu Bölge Ofisine, diğer kopyasını da Zorunlu Sağlık Sigorta Fonuna gönderirler. Merkez ve bölge ofisleri bu belgelere göre hizmet sağlayıcılara ödeme yaparlar. Merkez ve bölge ofislerinin tek farkı fon kaynaklarıdır. Bir tanesi bölgesel düzeyde vergilerden diğeri ise ulusal düzeyde vergilerden fon sağlamaktadır.

Hastalar Aile Sağlık Merkezleri, Seyyar-Tanı Birimleri ve yatakta tedavi sağlayan sağlık kurumlarından (genç hastahaneler, çocuk hastahaneleri, oblast hastahaneleri vb.) hizmet aldıklarında kişiler katılım payı ödemek zorundadır (10/2).

Resmi ortak ödemeler Tek Ödeyici sistemi ile birlikte uygulamaya konulmuştur. Ortak ödemeler uzman ayakta tedavi, Aile Sağlık Merkezleri ve Seyyar / Tanı Bölümleri ile hastahanelerdeki yatakta tedavi hizmetleri için geçerlidir (9/1).

Sisteme geçiş kademeli şekilde olmuştur. 2001 yılında Issık-Kul ve Çu, 2002 yılında Talas ve Narin, 2003 yılında Calal-Abad ve Batken Oblastları, 2004 yılında Oş şehri ve oblastı ile Bişkek şehri sisteme geçişini tamamlamıştır (10/2).

Finansman düzeyi bakımında, eğer sağlık harcamaları azalmaya devam ederse, sağlık sistemi daha ciddi problemlerle karşı karşıya kalacaktır. Sağlık harcamalarının azalması toplum üzerinde ters etki gösterecektir. Yoksulluk düzeyinin artması, sosyal ve ekonomik kalkınmanın sağlanması önünde engele olmaya devam edecektir. Kırgızistan kamu harcamalarının seviyesi, geçiş dönemdeki ülke ekonomileri arasında en düşük olanıdır.

Sağlık finansmanında azalmanın sistem ve toplum üzerinde olası etkileri şunlardır

:

- Sağlık finansmanında azalma sağlık durumunun daha da kötüleşmesine yol açacaktır. Birçok hastalık tedavi edilmeden kalmaya devam ederse, üretken nüfusun yanı sıra çocukların gelişimini etkileyerek, uzun dönemde olumsuz sosyal ve ekonomik etkileri olacaktır.

- Kamu finansmanında azalma, güvence altına alınmış temel sosyal yardım paketlerinin uygulanmasını zora sokmaktadır. Topluma temel sağlık hizmetlerinin sunulmaması, sağlık reformları uygulamasına zarar verecektir.

- Kamu finansmanında azalma hane halkı üzerindeki finansal yükü daha çok artıracak ve kişileri gayri resmi ödemeler yapmaya itecektir. Bunlara bağlı olarak sağlık hizmetine eşit ulaşım sağlanamayacaktır.

- Sağlık hizmetine ulaşım azaldıkça sağlık sisteminin verimliliği düşecek ve sağlık tesislerini de kötü etkileyecektir (9/2).

II.5.2. Tamamlayıcı Finans Kaynakları

Zorunlu Sağlık Sigorta Fonu (ZSSF)

1996 yılında kurulan Zorunlu Sağlık Sigorta Fonu 1 Ocak 1997 tarihinden beri sigorta primlerini toplamaktadır. ZSSF Sağlık Bakanlığı bütçesinden ayrı olarak, sigortalı kişiler için bütçe dışı fonların idaresinden sorumludur. Gönüllü sağlık sigortası 1992 yılında kanunlaşmasına rağmen, şu an için uygulamada yok denecek kadar azdır (12/3).

Sağlık sigorta sistemine katılım zorunludur ve sistemden ayrılmaya izin verilmez. Sosyal Fon çalışanlardan sigorta ödemelerini ve çiftçilerden katılım paylarını toplar. Çocuklar, sosyal yardım alanlar, emekliler ve ordu mensuplarının katkıları cumhuriyet bütçesinden transfer edilir. Sigortalı statüsündeki kişi, sosyal güvenlik kartesi, emekli kartesi veya zorunlu sağlık sigorta poliçesi ile tanınır (2/28).

Genel Vergi Gelirleri

Genel vergi gelirleri Cumhuriyet ve yerel vergilerden oluşmaktadır. Cumhuriyet vergi gelirleri daha çok Bişkek'te bulunan Cumhuriyet sağlık tesisleri için kullanılmaktadır. Yerel vergi gelirleri oblast rayon ve şehir düzeyinde toplanan vergilerdir. Tek Öleyici Sisteminin başlamasıyla yerel vergiler oblast sağlık sigorta fonları ile bütünleştirildiler (9/1).

Parafiskal Gelirler

Bordro vergisi 1997 yılında Zorunlu Sağlık Sigorta Fonu ile birlikte zorunlu sigorta planı olarak uygulanmaya başladı. Bordro vergisi katkı oranı %2'dir ve işveren tarafından kesilip ödenmektedir. Çiftçiler sabit toprak vergisinin %6'sı oranında katkı ödemesi yaparlar. Cumhuriyet bütçesinden 16 yaşından küçük çocukları ve sosyal yardım alanlarını kapsamak üzere sağlık sigorta fonuna doğrudan transfer ödemeleri yapılır. 2004 yılından bu yana emeklilerde bu kapsama dahil edilmiştir (9/1).

Kişisel Doğrudan (Cepten) Ödemeler

Kişisel doğrudan ödemeler kişilerin sağlık hizmetleri için yaptıkları doğrudan ödemelerdir.

Kişisel doğrudan ödemeler resmi ve gayri resmi şekilde olabilmektedir. Bu tarz yapı Kırgızistan'ın bünyesinde mevcuttur (9/1).

Kırgızistan'daki kişisel doğrudan ödemelerin genel karakteristiği şöyledir:

- Toplam kişisel doğrudan harcamalar son dört yılda GSYİH'dan daha hızlı bir şekilde artmıştır.
- Kişisel doğrudan ödemelerdeki en büyük artış ilaç harcamalarıdır. Fiyat ve miktar etkisi pozitifdir; ilaç tüketimi arttıkça ilaç maliyetleri artmaktadır.
- Ayakta tedavi ve yatakta tedavi için yapılan kişisel doğrudan harcamalar orta seviyededir.
- Tek ödeyici sisteminden sonra hastahane masrafları için yapılan ödemeler azalmıştır. Bu nokta hastahane yatış sürelerini azaltma uygulamasının başarısıdır (11/3).

Kişisel doğrudan ödemelerin olumlu yanı hizmet sağlayıcı ve hasta arasına herhangi bir aracının girmemesi ve ödemenin doğrudan yapılmasıdır. Bu sebeple zayıf kurumsal yapısı olan ülkelerde kişisel doğrudan ödemeler toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı çok yüksektir. Fakat bu ödeme türünün en büyük olumsuz yanı, çoğu hastan ve yoksul olan kesimin üzerinde ağır bir finansman yükü olarak kalmasıdır. Bu sebeple sosyal sigorta katkıları ya da özel sigorta primleri benzeri katkıları uygulayacak finansal sisteme ihtiyaç vardır (9/3).

Dışsal Fon Kaynakları

Dışsal fon kaynakları insanı yardım, teknik destek, ödenek ve kredileri içermektedir. 1990'lı yıllarda dış yardımlar önemli oranlarda idi. 1998–2000 yılları arasında dış yardımların miktarı toplam sağlık harcamalarının %10'unu oluştuyordu (12/3).

Sağlık reform süreci içerisinde destekleyici olarak aktif olan kuruluşlar Dünya Bankası, Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Birleşik Devletler Uluslararası Kalkınma Ajansı (USAID), Birleşik Krallık Uluslararası Kalkınma Bölümü (DFID:Department for International Development) ve İsviçre Kalkınma Ve İşbirliği Ajansı (SDC) olmuştur. 2003 yılı başında Evrensel AIDS, Tüberküloz Ve Sıtma İle Savaş Fonu HIV/AIDS için 17 Milyon ABD Dolar ve tüberküloz hastalığı için 1.1 Milyon ABD Dolarlık ödeneği onaylamıştır (2/33,34).

II.6. Sağlık Harcamaları

Toplam Sağlık Harcamaları

2001 yılında Kırgızistan sağlık harcamaları Gayri Safi Yurt İçi Hasılanın (GSYİH) %4'ünü oluşturmuştur. Bu oran kişi başına 596 Som ya da 12.3 Dolar harcama yapıldığı anlamına gelmektedir. 2000 yılından öncesi özel harcamalara ait güvenilir veriler olmaması nedeniyle toplam sağlık harcamalarının zamana göre yönünü belirlemek çok güçtür.

Bazı veriler 1997 yılındaki özel sağlık harcamalarının 2001 yılı harcamalarından biraz yüksek olduğunu göstermektedir. 2001 yılı özel sağlık harcaması oranı ise %51.3'tür. Kesin veriler olmamakla beraber, toplam sağlık harcamalarının 1995'ten itibaren azalmakta olduğunu söylenebilir (9/1).

Kamu Sağlık Harcamaları

Kırgızistan kamu sağlık harcamaları azalmaktadır. 1995 yılında Kırgızistan GSYİH'nin %3.96'sını sağlık harcaması olarak kullanmış bu oran 2002 yılında 2.19'a düşmüştür. Ayrıca sağlık harcamalarının kamu harcamaları içerisindeki payı da azalmaktadır. 1995 yılında sağlık harcamaları oranı toplam kamu harcamalarının %12.2'si iken 2002 yılında söz konusu oran %9.6'ya gerilemiştir.

Ekonomiyi yeniden canlandırmak ve uluslararası finans kuruluşlarının kamu sağlık harcamalarının azaltılması yönündeki yaptırımları nedeniyle kamu harcamalarında genel düşüşün olması normal karşılanabilir. Ancak toplam kamu harcamaları içerisinde kamu sağlık harcamalarının azaltılması yönündeki davranış mantıklı görünmemektedir (9/2).

Tablo 3: Kamu Sağlık Harcamalarının Hizmet Düzeylerine Göre Dağılımı (%)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
İkincil Sağlık Hizmeti /Hastahaneler	71.7	71.3	69.9	72.3	72.0	74.3	71.7	65.1	56.8
Seyyar/Ambülatör Hizmetler	10.3	10.6	9.7	9.7	11.6	10.2	11.2	18.4	24.8
Toplum Sağlığı	7.1	6.8	6.5	5.5	5.6	5.2	5.1	5.0	5.6
Sağlık Çalışanları Eğitimi	1.9	1.5	1.8	1.4	1.3	1.0	1.2	1.1	1.2
Sağlık Araştırma Kuruluşları	0.7	0.6	0.6	0.7	0.7	0.5	0.6	0.5	-
Sermaye Yatırımları	4.4	5.2	3.4	1.6	1.4	1.4	2.0	0.7	-
Yönetim Ve Diğer Hizmetler	3.9	4.0	8.1	8.7	7.4	7.4	8.2	9.0	11.6
Toplam Sağlık Harcamaları	%100	%100	%100	%100	%100	%100	%100	%100	%100

Kaynak: (4) DFID (2004) Health System Performance Monitoring Indicators, s:43

Tablo 4'e göre Cumhuriyet bütçesinden sağlığın finansmanında 1995 ve 2003 yılları arasında nominal olarak bir artış olmuştur. Ancak reel olarak aynı trend görülmemektedir. 1995 ve 1997 Aralığında sürekli bir yükselme ve 2001-2002 yıllarında keskin bir düşüş olmuştur. 2003 yılında %2,7'lik en düşük seviyeye gelmiştir (4/22).

Tablo 4: Toplam Cumhuriyet Bütçe Harcamaları İçerisinde Sağlık Harcamaları (%) Olarak

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Cumhuriyet Bütçesi	%4.7	%5.8	%5.4	%5.3	%4.9	%4.5	%4.3	%3.7	%2.7
Cumhuriyet Sağlık Harcamaları, nominal ve reel düzeyde 1995 yılı Som değerine sabitlemiş (Milyon Som) Oranları									
Nominal	152.4	203.5	284.7	291.1	345.1	409.8	415.8	429.7	384.3
Reel	152.4	168.8	195.0	176.4	166.7	164.3	158.6	160.9	146.7

Kaynak: (4) DFID (2004) Health System Performance Monitoring Indicators, s:22

Yerel bütçelerden yapılan sağlık harcamaları da Cumhuriyet bütçesinde olduğu gibi nominal olarak artmış ancak reel düzeyde azalma göstermiştir. Bunların sonucu olarak reel devlet bütçe harcamaları da yıldan yıla azalmıştır (4/20).

Tablo 5: Toplam Yerel İdareler Bütçe Harcamaları İçerisinde Sağlık Harcamaları (%) Olarak

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Yerel Bütçe	%25.5	%28.4	%28.0	%27.7	%27.6	%25.8	%23.7	%23.4	%19.9
Yerel İdareler Sağlık Harcamaları, nominal ve reel düzeyde 1995 yılı Som değerine sabitlemiş (Milyon Som) Oranları									
Nominal	487.3	516.8	555.7	623.3	725.1	821.2	901.1	1,028.8	1,069.8
Reel	487.3	427.1	380.6	377.8	350.3	329.8	343.9	385.3	408.3

Kaynak: (4) DFID (2004) Health System Performance Monitoring Indicators, s:20

Özel Sağlık Harcamaları

Kırgızistan'da sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki payı artmıştır. Ancak bu artışta yıllara göre incelendiğinde kamu harcamalarında bir artış olmamıştır. Söz konusu artış özel sağlık harcamaları tarafında finanse edilmiştir (11/9).

2000 ve 2003 yılı arasında özel sağlık harcamaları %23 oranında artmıştır. Bu artış söz konusu dönemde ekonomik büyüme yaşanması nedeniyle normal bir artıştır. Özel sağlık harcamalarından en büyük payı ilaç ödemeleri almıştır. Yıllık ilaç harcamalarındaki artış oranı %36 %40 civarında olmuştur (11/6).

II.7. Finansal Kaynakların Dağılımı

Finansal kaynakların dağılımı reformlardan önce eski Sovyet normlarına göre yapıyordu. Ancak Tek Ödeyici Sisteminin uygulanması ile kaynak dağılımı tek bir kanaldan yapılmaya başlanmıştır.

Hastahane Ödemeleri

Hastahanelere Bütçe ve Zorunlu Sağlık sigorta Fonundan tedavi ettikleri vaka oranında ödeme yapılmaktadır. Vakalar Hastalık Tanı Gruplamasının (HTG) bir benzeri olan Klinik Harcama Gruplarına (KHG) göre sınıflandırılmaktadır. Hizmete katılım payları doğrudan hizmet alınan kuruma ödenmektedir (12/6).

Hekim Ve Sağlık Personeli Ödemeleri

Kamu sağlık sektörü çalışanları kamu çalışanları ulusal ödeme cetveline göre ücret almaktaydılar. 1993 yılından bu yana sağlık sektörü çalışanlarının maaşları hizmet ödemelerinden sağlanan yasal primlerle desteklenmektedir. Ayrıca hekimler yasal olmayan ödeme şekillerinden de fayda sağlamaktadırlar.

Zorunlu Sağlık Sigorta Sisteminin uygulanmasından bu yana hekimler Zorunlu Sağlık Sigorta Fonundan da ek gelir sağlamaktadır (12/7).

II.8. Sağlık Çalışanları

2003 yılı itibariyle Sağlık Bakanlığı 12.902 doktor (10.000 kişiye 25.7 doktor) ve 31.557 yardımcı sağlık personeli (10.000 kişiye 62.6) istihdam etmektedir. Bunların 10.737'si faal doktor ve 25.332'si faal yardımcı sağlık personelidir (12/5).

Tablo 6: Bölgelere Göre Doktor Dağılımı (10.000 Kişi Başına)

	1996		2001		2002		2003	
	Doktor Sayısı	Faal	Doktor Sayısı	Faal	Doktor Sayısı	Faal	Doktor Sayısı	Faal
Kırgız Cumhuriyeti	32.9	21.2	27.2	18.0	26.0	20.8	25.7	11.7
Bişkek Şehri	46.2	33.8	30.7	23.5	28.7	27.2	30.1	23.2
Oş Şehri	-	-	-	-	-	-	25.2	19.1
Çuy Oblastı	24.3	17.3	19.2	14.1	18.5	16.7	18.3	13.4
Issık-Kul Oblastı	27.8	17.7	22.8	15.7	21.4	19.3	20.2	13.9
Narin Oblastı	25.7	18.7	23.1	18.1	19.9	18.7	18.8	14.6
Talas Oblastı	25.0	17.2	20.8	15.1	19.4	17.4	18.7	14.1
Oş Oblastı	20.2	14.7	17.8	13.5	17.3	16.2	14.5	11.7
Calal-Abad Oblastı	20.7	14.5	16.6	12.4	15.8	14.2	15.4	11.7
Batken Oblastı	-	-	16.3	12.6	15.7	15.1	15.4	12.8

Kaynak: (4) DFID (2004) Health System Performance Monitoring Indicators, s:16

Sağlık sektörü içerisinde insan kaynaklarının dağılımı düzensizdir. Ülkenin Kuzey bölgeleri Doğu bölgelerine göre daha çok sağlık personelin sahiptir. Buna ek olarak ülke genelinde şehirlerde doktor fazlalığı ve kırsal kesimlerde doktor eksikliği yaşanmaktadır. Bişkek'te Calal-Abad ve Batken Oblastlarının iki katı kadar doktor vardır. Bu dengesiz dağılımın çeşitli sebepleri vardır. Önceki sağlık sistemi mezun olan sağlık personelinin zorunlu hizmete tabi tutularak kırsal bölgelere gönderiyorken, geçiş dönemi sonrası bu uygulama kesintiye uğramıştır. Sağlık Bakanlığı kırsal alanlara mecburi hizmet koyma çalışmaları yapmasına rağmen henüz başarılanamamıştır. Diğer bir sebep de, yeni yapılanma sonucunda hastahanelerin çoğunun başkent ve oblast merkezlerinde yoğunlaşmasıdır (2/71).

Sağlık eğitimi, reformlar sürecinde bazı değişiklikler geçirmiştir. Sağlık personelinin hizmet içi eğitimi ve uygulamalı eğitimin düzenlenmesi yapılmıştır. Ancak hâlâ tıbbi eğitim sağlayan farklı kurumlar arasındaki işbirliğinin artırılmasına ihtiyaç vardır. Mevcut müfredat programı, sağlık sunum sisteminin yeniden yapılanmasına şimdiye kadar yardımcı olmamıştır. Özellikle hemşirelik eğitiminin daha ileri reformlara ihtiyacı vardır (12/5).

Tablo 7: Bölgelere Göre Hemşire Dağılımı (10.000 Kişi Başına)

	1996		2001		2002		2003	
	Hemşire Sayısı	Faal	Hemşire Sayısı	Faal	Hemşire Sayısı	Faal	Hemşire Sayısı	Faal
Kırgız Cumhuriyeti	87.7	70.6	68.4	54.9	64.9	52.7	62.6	50.5
Bişkek Şehri	59.2	51.3	33.8	29.7	32.9	30.0	32.7	28.9
Oş Şehri	-	-	-	-	-	-	52.1	41.3
Çuy Oblastı	69.7	59.8	45.6	38.9	41.7	35.7	41.9	36.3
Issık-Kul Oblastı	83.9	66.5	54.4	44.8	52.5	43.4	50.3	42.1
Narin Oblastı	101.5	82.2	92.7	75.3	72.6	55.9	70.5	52.8
Talas Oblastı	93.6	68.7	74.4	62.0	65.3	53.1	62.0	50.9
Oş Oblastı	82.5	63.8	71.8	56.7	68.5	55.4	71.6	55.1
Calal-Abad Oblastı	92.9	72.8	71.5	54.0	69.7	52.2	65.4	48.8
Batken Oblastı	-	-	82.6	61.2	82.3	64.1	80.4	61.8

Kaynak: (4) DFID (2004) Health System Performance Monitoring Indicators, s:17

Doktorların eğitimi 11 yıllık ilk ve orta öğrenimin ardından 6 yıllık bir lisan eğitimini gerektirmektedir. Yardımcı sağlık personelleri ise 11 yıllık ilk ve orta öğrenimden sonra 3 yıllık tam gün eğitimi gerektirmektedir (2/74).

Aile sağlık merkezlerinde çalışan doktor ve hemşireler için üç aylık kurslar verilmektedir. Kısa süre aralıklarla yenilenen kursların amacı sağlık personelinin yeniden eğitimini sağlamaktır. Aile hekimliği bünyesinde çalışan doktorların %43.7'sinin ve aile hekimliği hemşirelerinin %20.6'sının söz konusu programlar çerçevesinde yeniden eğitimleri tamamlanmıştır (2/75).

II.9. Reformlar

Kazakistan sağlık reformları ekonomik baskılar ve politik zorluklar içerisinde meydana getirilmeye çalışılmıştır. 1994 yılında Sağlık Bakanlığı kapsamlı bir sağlık reformu uygulamak için Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Ofisinden teknik yardım almaya başlamıştır. Aynı yıl USAID örgütü Issık Kul oblasında pilot olarak sağlık reformu uygulaması başlatmıştır. 1996 yılında Manas Sağlık Reform Programının uygulanmaya başlamasıyla USAID'in uyguladığı program Manas Sağlık Reformu Programı içine dahil edilmiştir. On yıllık Manas Programı son evresini tamamlamaktadır (12/7).

Kırgızistan diğer Eski Sovyetler Birliği ve Orta Doğu Asya ülkelerinin sistemi ile aynı olan bir finansal sisteme sahipti. Geçiş döneminde ekonomik gerileme ve mali daralma Kırgız sağlık sistemini etkilemiştir.

Kırgızistan sağlık sisteminin finansal problemlerini çözmek amacıyla sağlık sisteminin birçok alanında sistematik reformlar başlatmıştır. Bir sağlık finansman metodu olan Tek Ödeyici Sistemi uygulamaya konulmuştur.

Garanti Altına Alınmış Yardım Paketi uygulaması ile bu kapsamdaki hizmet sağlayıcılara Zorunlu Sağlık Sigorta Fonundan ödeme yapılmaya başlanmıştır.

Söz konusu finansal değişikliklerin yapılması sonucunda kişilerin aldığı sağlık hizmetlerinde artış ve iyileşme olmuştur (14/1).

Birincil sağlık hizmeti reformu Manas Reformunun temel alanlarından biri olmuştur. Reformlar ile birincil bakım hizmetlerin meydana gelen yenilik ve değişiklikler

- Birincil bakım örgütsel ve finansal olarak hastahane bakımından ayrılmıştır. Bağımsız aile hekimliği uygulamaları başlatılmıştır. Bu uygulama için ailelerin aile hekimlerini seçerek kayıt olmaları sağlanmıştır.
- Aile hekimliği uygulamasına sağlık personellerinin uyum sağlaması için personel eğitimleri gözden geçirilmiştir.
- Garanti Altına Alınmış Yardım Paketi uygulanmaya başlamış. Yardım şekli ve zorunlu ödeme miktarları düzenlenmiştir.
- Tamamlayıcı Ayakta Tedavi İlaç Yardım Paketi uygulanmaya başlanmıştır. Sigortalı hak sahipleri birincil balımda reçete edilen ilaçları indirimli fiyatlardan alabilmelerine olanak sağlamıştır.
- Birincil sağlık hizmetleri Zorunlu Sağlık Sigorta Fonu aracılığıyla gelir vergilerinde ek fon almaya başlamıştır.

- Yeni hizmet sunucu ödeme metotları aile hekimliği uygulamalarında kişi başına finansman temelli olarak uygulanmaya başlanmıştır.
- Birincil sağlık hizmetlerinin idaresinde yerel idareler ve halka sorumluluklar verilmiştir.

Yukarıda bahsedilen uygulamalar sayesinde birincil sağlık hizmetlerine ulaşım daha kolaylaştırılmış ve hastahane yatakta tedavi oranları azaltılmıştır. Aile hekimliklerinin genişletilmesiyle kronik hastalıklara birinci basamakta mücadele edilmesi sağlanmıştır (13/1,2).

İlaç sektörü geniş kapsamlı reformlara şahit olmuştur. Sektördeki kuruluşların tamamına yakını özelleştirilmiştir. Sağlık Bakanlığı jenerik ilaç uygulamalarına öncelik vermiş yasal ve düzenleme olarak gelişmeler sağlanmıştır (12/8).

Reformların ülke genelinde genişletilmesi ve sürdürülebilirliği karşısında iki engelle karşı karşıya kalınmaktadır. Birincisi, kamusal fonlar azalması, ikincisi, fonların birincil sağlık hizmeti yerine hastahanelere (özellikle Biskek) yoğunlaşmaya devam etmesidir. Bu iki faktör yoksul ve kırsal bölgelerde yaşayan nüfusun iyi kalitede sağlık hizmetine ulaşmasına olumsuz etki yapmaktadır (6/41).

A. ERDAL

SARQUTIN

III. KIRGIZİSTAN VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 8: Kırgızistan Ve Türkiye Sağlık Göstergeleri

Gösterge	Kırgızistan (8)	Türkiye (7)
Toplam Nüfus (000), 2003	5,138	71,325
Yıllık Ortalama Nüfus Artış oranı (%) ,1993'den 2003 kadar	1,4	1,6
Bağımlı Nüfus Hızı (%) , 2003	62	56
60 Yaş Üzeri Nüfus Yüzdesi (%) , 2003	8,5	8,2
Kaba Doğurganlık Hızı, 2003	2,6	2,4
Ortalama Yaşam Süresi (yıl) , 2003	63	70
Erkek Çocuk Ölüm Hızı (5 yaş altı) (‰) (2003)	73	40
Kız Çocuk Ölüm Hızı (5 yaş altı) (‰) (2003)	63	38
Erkek Kaba Ölüm Hızı (15-59 yaş arası) (‰) (2003)	339	176
Kadın Kaba Ölüm Hızı (15-59 yaş arası) (‰) (2003)	160	111
Erkek Ortalama Sağlıklı Yaşam Süresi (yıl) (2002)	52,2	61,2
Kadın Ortalama Sağlıklı Yaşam Süresi (yıl) (2002)	58,4	62,8
Kişi Başına Düşen GSMH, (2002)	2,685	6,448
Gayri Safı Millî Hasıladaki Sağlık Harcamalarının Yüzdesi (%) , (2002)	4,3	6,5
Toplam Sağlık Harcamaları içerisindeki Devlet Harcamalarının Yüzdesi (%) (2002)	51,2	65,8
Toplam Sağlık Harcamaları içerisindeki Özel Sektör Harcamalarının Yüzdesi (%) (2002)	48,8	34,2

Kaynak: (7) Country Health Indicators Turkey, s:1-3

(8) Country Health Indicators Kyrgyzstan, s:1-3

Sovyetler Birliğinin dağılmasından sonra bağımsızlığını kazanan cumhuriyetlerden biri olan Kırgızistan yeni düzene sancılı bir geçiş yapmıştır. Diğer yeni bağımsızlığını kazanan cumhuriyetler gibi 1990'lı yıllarda ekonomik krizler ve yoksullukla mücadele etmek zorunda kalmıştır. Bu koşullar genel sağlık durumunu da kötüleştirmiştir ve sağlık sisteminde reform yapmak zorunluluk haline gelmiştir.

1996 yılında Manas Sağlık Reform programı uygulanmaya başlamıştır. Sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması ve geliştirilmesi amaçlanmıştır. Ancak finansman eksikliği sürecin yavaş işlemesine neden olmaktadır.

Ülke çapında Sağlık Bakanlığı, diğer sektör ve kurumlar ile işbirliği yaparak sağlık politikasını uygular ve geliştirir. Bunun yanında Ülke Refah Programı ve diğer planlı sağlık politikalarını uygular. Bütün sağlık ile ilgili kurumları denetleme, bu kurumların politika ve programlarını onaylama rolünün yanı sıra Bişkek'teki az sayıda ihtisas hastahanesi ve üçüncül düzeydeki hastahaneler üzerinde doğrudan yönetsel sorumlulukları da vardır. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İdaresi Koordinasyon Komisyonu aracılığı ile bölgesel düzeydeki sağlık kurum ve kuruluşlarının kontrol ve koordinasyonunu sağlamaktadır. Bu çalışmalar yıllık olarak hükümete raporlanarak toplumun sağlık durumu hakkında bilgi verilmektedir.

Kırgızistan'da yerel yönetimler poliklinikler ile bölgesel ve il hastahanelerini de içeren birincil ve ikincil sağlık hizmetleri sağlayan tesislerin sahibidir. Yerel yönetimler kendi sorumluluk sahasındaki sağlık hizmetleri ile görevlidir.

Türkiye'de sistem merkezidir ve üst yapısını Sağlık Bakanlığı oluşturur. Taşra örgütü vali ve kaymakama bağlı birimlerden oluşur. Silahlı kuvvetleri kendi sağlık birimlerine sahiptir. Özel sektör birincil hizmet arzında yaygındır. Türkiye'de daha çok merkezci bir yönetim sistemi görülür. Planlar, politikalar, bütçeler ve uygulamalar merkezi yönetim tarafından belirlenir ve uygulanır.

Kırgızistan'da sağlık hizmetlerinin sunumu, birincil sağlık hizmetleri Feldşer-Obstetrik Noktaları, Aile Hekimlikleri, Aile Sağlık Merkezleri Ve Seyyar / Ambülator hizmetlerle verilirken ikincil sağlık hizmetleri uzmanlaşmış ayakta tedavi ve genel hastahaneler düzeyinde sağlanır. Üçüncül sağlık hizmetleri ise cumhuriyet sağlık kurumları tarafından verilir.

Türkiye'de sağlık hizmetleri daha çok ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerine (yataklı tedaviye) yöneliktir. Sağlık sisteminin büyük ve etkin çoğunluğunu tedavi edici hizmetler oluşturur. Koruyucu sağlık hizmetlerine yeterince önem verilmemektedir. Bunun sonucunda koruyucu sağlık hizmetlerine yapılan harcama, toplam sağlık harcamalarının çok az bir kısmını oluşturur.

Kırgızistan'da sağlık sektörü insangücü kaynaklarının dağılımı dengesizdir. Ülkenin Kuzey bölgeleri, Doğu bölgelerine göre daha çok sağlık personeline sahiptir. Türkiye'de de sağlık insangücü dağılımı bozuktur. Batı bölgeler Doğu bölgelere oranla daha fazla sağlık personeline sahiptir.

Kırgızistan'da toplam sağlık harcaması GSYİH'nin %4.3'ünü oluştururken Türkiye'de bu oran %6.5'tir.

Kırgızistan'da Devletin sağlık harcamalarındaki payının düşmesi resmi ve gayri resmi cepten ödemelerin sağlık harcamaları içerisindeki payının artmasına neden olmuştur. Türkiye'de de kamu harcamaları azalırken doğrudan ve dolaylı kişisel harcamaların arttığı görülmektedir.

Kırgızistan'ın epidemiyolojik durumu ve sağlık göstergeleri, toplum sağlığı ve birincil sağlık hizmetlerine yataklı tedavi kurumlarından daha fazla önem verilmesi gerektiğini göstermektedir. Türkiye'de de koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla kaynak ayrılması ihtiyacı sürmektedir.

Kırgızistan'da reformlara rağmen nüfusun yoksul ve kırsal bölgelerde yaşayan kesiminin iyi kalitede sağlık hizmetine ulaşmasında sorunlar yaşanmaktadır. Türkiye'de de sağlık hizmetlerinden yararlanmada eşitsizlikler bulunmaktadır.

Kırgızistan'da sağlık hizmetlerinin sunumu Feldşer-Obstetrik noktaları, aile hekimlikleri, Aile sağlık merkezleri, Genel hastahaneler ve cumhuriyet sağlık kurumları aracılığıyla sağlanırken, Türkiye'de hastahane, klinik, sağlık merkezi, dispanser, sağlık ocağı ve sağlık evleri aracılığıyla sağlanır.

Kırgızistan'da Manas Reformları sonucu son yıllarda Aile Hekimlikleri var olan sağlık kurumları bünyesinde oluşturulmaktadır. Türkiye'de ise gerekli alt yapı henüz kurulamamıştır.

Kırgızistan sosyal güvence karneleri vererek risk altındaki vatandaşlarına sosyal güvenlik sağlar. Türkiye'de de Yeşilkart uygulamaları ile sağlık sigortası kapsamında yer almayan ve ödeme gücü bulunmayan kişilere sosyal güvenlik sağlanmaktadır.

Kırgızistan'da sağlık hizmeti arzı ve arzın finansmanı ağırlıklı olarak kamu tarafından karşılanır, Türkiye'de de arz ve arzın finansmanı kamu tarafından karşılanmakta, bunun yanında özel sektör muayenehane, poliklinik ve klinikler, hastahane, laboratuvar, görüntüleme merkezleri de önemli yer tutar.

Kırgızistan'da sağlık hizmetleri talebi ve talebin finansmanı ağırlıklı olarak kişisel doğrudan ödemelerle, bunun yanında kamu kaynakları ve Zorunlu Sağlık Sigorta Fonu harcamalarını kapsayan kamu fonu ile karşılanırken, Türkiye'de kamu kaynaklarıyla, çalışan ve çalıştıranlardan kesilen primlerle sağlanan sosyal güvenceler yanında kişisel ödemeler ve özel sektör kaynaklarıyla sağlanmaktadır.

Kırgızistan halen geçerli olan Özel Teşebbüs / Serbest Pazar tipinden, Özel Teşebbüs / Serbest Pazar tipindeki sağlık sistemine geçmeye çalışmaktayken, Türkiye Refah Yönelimli / Sigorta tipindeki sağlık sistemi uygulamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Özdenoğlu, S.(2005) Kırgız Cumhuriyeti, TC. Başbakanlık Türk İşbirliği Ve Kalkınma İdaresi Başkanlığı, Ankara.
2. WHO (2005) Health Care System in Transition – Kyrgyzstan, World Health Organization Regional Office for Europe
www.euro.who.int/Document/E86633.pdf
3. WB (2005) Health and Social Protection Project.
<http://www.wds.worldbank.org>
4. DFID (2004) Health System Performance Monitoring Indicators, UK Department for International Development, WHO / DFID Manas Health Policy Analysis Project
http://eng.hpap.med.kg/MyFiles/ReportonindApril2004_E.pdf
5. UN (2003) Common Country Assessment.
<http://www.undp.kg/english/publications/2003/2005110701.pdf>
6. The World Bank (2004) Kyrgyz Republic Public Expenditure Review.
http://www.wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2004/03/30000012009_20040330102821/Rendered/PDF/281230V1.pdf
7. WHO (2006) Country Health Indicators Turkey
<http://www3.who.int/whosis/country/indicators.cfm?country=tur>
8. WHO (2006) Country Health Indicators Kyrgyzstan.
<http://www3.who.int/whosis/country/indicators.cfm?country=kgz>
9. DFID (2004) Mobilizing Resources for Healthcare in Kyrgyzstan. UK Department for International Development, WHO / DFID Manas Health Policy Analysis Project
<http://eng.hpap.med.kg/MyFiles/Policy%20brief1%20Health%20care%20financing.E.pdf>
10. DFID (2004) The Kyrgyz Single Payer System. UK Department for International Development, WHO / DFID Manas Health Policy Analysis Project
<http://eng.hpap.med.kg/MyFiles/Policy%20brief2%20The%20Kyrgyz%20Single%20Payer%20System.E.pdf>
11. DFID (2003) Trends in Public Health Expenditure in the Kyrgyz Republic. UK Department for International Development, WHO / DFID Manas Health Policy Analysis Project
<http://eng.hpap.med.kg/Articles/ViewSection.aspx?ArticleID=170>
12. WHO (2005) Health Care System in Transition Hit Summary Kyrgyzstan, World Health Organization Regional Office for Europe.
<http://www.euro.who.int/Document/E86633sum.pdf>

13. DFID (2005) Evaluating Manas Health Sector Reform (1996-2005) Focus on Primary Health Care, UK Department for International Development, WHO / DFID Manas Health Policy Analysis Project
<http://eng.hpap.med.kg/Articles/ViewSection.aspx?ArticleID=157>
14. DFID (2005) Evaluating Manas Health Sector Reform (1996-2005) Focus on Financing, UK Department for International Development, WHO / DFID Manas Health Policy Analysis Project
<http://eng.hpap.med.kg/Articles/ViewSection.aspx?ArticleID=157>

A. ERDAL

SARGUTIAN

A. ERDAL SARGUTAN