

# ÖZBEKİSTAN SAğLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDİTÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Burhan BULUT

Mesut IŞIK

Ramazan ÇAKIROęLU

Ramazan KAYA

A. ERDAL SARGUTAN

**ÖZBEKİSTAN SAĞLIK SİSTEMİ**

<b>ÖZET</b>	2104
<b>I. ÜLKE TANITIMI</b>	2107
I.1. Coğrafya	2107
I.2. Tarih	2108
I.3. Devlet Yapısı	2109
I.4. Nüfus Ve Yerleşim	2110
I.5. Ekonomi	2110
I.6. Eğitimi	2111
I.7. Kültürel Yaşam	2111
<b>II. SAĞLIK SİSTEMİ</b>	2112
II.1. Özbekistan Sağlık Sisteminin Gelişim Süreci	2112
II.2. Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı ve Yönetimi	2112
II.2.1. Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı	2112
II.2.2. Cumhuriyet Sağlığı Bakanlığı	2113
II.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Yerelleştirilmesi	2115
II.2.4. Gönüllü Hizmetler	2116
II.2.5. Özel Sağlık Hizmetleri	2116
II.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	2117
II.3.1. Birincil Sağlık Hizmetleri	2117
II.3.2. İkincil Sağlık Hizmetleri	2119
II.3.3. Üçüncül Sağlık Hizmetleri	2119
II.3.4. Sağlık İnsangücü	2119
II.3.5. Anne ve Çocuk Sağlığı Hizmetleri	2120
II.3.6. Aile Planlaması Hizmetleri	2121
II.3.7. Halk Sağlığı Hizmetleri	2121
II.3.8. Seyyar / Ambulator Sağlık Hizmetleri	2122
II.3.9. Eczahaneler ve eczacılık Hizmetleri	2123
II.3.10. Sosyal Güvence Ve Sosyal Hizmetler	2123
II.4. Sağlık Sisteminin Finansman Yapısı	2124
II.4.1. Sağlık Hizmetleri Arzının Finansmanı	2124
II.4.1.1. Sağlık Hizmetleri Arzında Kamu Harcamaları	2126
II.4.2. Sağlık Hizmetleri Talebinin Finansmanı	2129
II.4.2.1. Doğrudan Kişisel Ödeme	2129
II.4.2.2. Sağlık Sigortası	2129
II.4.3. Sağlık Hizmeti Reformları ve Sonuçları	2130
II.4.4. Projeler ve Sonuçları	2130
<b>III. ÖZBEKİSTAN VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI</b>	2133
<b>KAYNAKLAR</b>	2136

## ÖZET

Özbekistan, bağımsızlığını yeni kazanmış bir ülke olması nedeniyle, meydana gelen sosyoekonomik değişimden vatandaşlarının çok fazla etkilenmemesi için sosyal güvenlik programlarının geliştirilmesine öncelik vermiştir.

Özbekistan Sağlık sistemini, eski Sovyetler Birliği'nden devir aldığı yaygın ve personeli bol bir sağlık sisteminin üzerine oluşturmuştur. Sovyetler Birliği döneminde olduğu gibi bütün nüfus güvence kapsamına alınmaya çalışılmaktadır. Ülkede sağlık hizmetleri kamu sektörü ağırlıklı olarak verilmektedir.

Ulusal sağlık yönetim sistemi merkez, bölge ve nahiyeye göre seviyelere ayrılmıştır.

Özbekistan Cumhuriyet Sağlık Bakanlığı, Özbekistan'daki tüm sağlık sistemini kontrol eden ana yönetici konumundadır.

Sosyal güvenlik Sosyal Koruma Bakanlığı'nın sorumluluğunda, sosyal hizmet programı ise İşçi Bakanlığının denetimindedir.

Birincil sağlık hizmetleri kamu tarafından verilirken, ikincil ve üçüncül sağlık hizmetleri yerel belediyelere ait bölgesel hastahaneler, özelleştirilmiş hastahaneler, dispanserler ve klinik araştırma merkezleri tarafından sağlanmaktadır.

Sağlık hizmetleri için kaynaklar çoğunlukla yerel yönetimler tarafından sağlanmaktadır. Bölge ve şehir bütçeleri sağlık hizmetleri harcamalarının % 57'sini finanse etmektedir. Özel merkezler ve ulusal sağlık hizmeti uygulamaları Cumhuriyet bütçesinden karşılanmaktadır. Ayrıca kâr amaçlı yerli ve yabancı sektör yanında kâr amaçsız pek çok vakıf, dini grup ve derneğin kurduğu sağlık hizmeti sunan birimler ve hastahaneler vardır.

Sağlık hizmeti yönetimi ve finansının tümüyle merkezilikten uzaklaştırılması hizmet kalitesinin gelişimine katkı sağlamasını, yerel seviyede halkın ihtiyaçlarına daha iyi yanıt verilmesini ve kaynakların daha etkili kullanımı beklenmektedir.

Devletin bütçe yükünü azaltmak, doğrudan kişisel harcamaları bir sisteme bağlamak ve sağlık sektörüne daha fazla gelir aktarımı sağlamak için özelleştirmeye gidilmiştir. Özelleştirme çoğunluklu ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerini kapsamıştır.

Özbekistan, yoksul ailelerin sağlık hizmetlerine kolay erişmelerine yardımcı bulunan, temelde ücretsiz bir sağlık sistemine sahiptir. Günümüzde, hemen hemen ihtiyacı olan bütün gruplar sosyal yardım kapsamındadır ve 2.2 milyon aileden fazla ya da nüfusun %40'ından fazlasına, yaklaşık olarak 30 tür sosyal yardım, yasal olarak sağlamıştır.

Özbekistan'da kişi başına sağlık harcamalarının GSMH'ya oranı %3'le Avrupa ortalamasının altındadır. Gayri Safi Milli Hasıladan ve toplam bütçe giderlerinden yapılan kamu sağlık hizmeti harcamaları 1995'te %3,8'den 2003'te GSMH'nin %2,5'ine düşmüştür.

GSMH'dan ayrılan payın düşük olması; sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde sunulmasını etkileyen, yetersiz hizmet sunumuna yol açan ve bazı durumlarda da kaliteyi düşüren önemli bir etkidir.

Özbekistan'da sosyal güvence programları ağırlıklı olarak primlerini düzenli olarak ödeyen insanlara hizmet verme esasına dayanmaktadır. Ancak sosyal güvence programlarının tüm nüfusu kapsamı altına almaktan çok uzak olduğu görülmektedir.

Özbekistan'da eczacılık sektörü devlet ve özel sektör olmak üzere iki bölümdür. Devletin elindeki başlıca araç, aralarında 70'i aşkın bayisi ile "Uzkhimpharm"dır. Eczahanelerin çoğu ya eski ilaç satış sorumlusu ya kendi gelirleri ile işleyen birleşmiş hisse kurumu olan Dori-Darmon yoluyla ya da bireysel eczacılık yoluyla özelleşmiştir.

Geçiş döneminde sağlık sistemi merkezi planlama ve devlet finansmanından, kamu ve doğrudan kişisel ödemelerin yapıldığı sisteme doğru değişme göstermiştir. Bugün yürürlükte olan kamunun etkili olduğu bir Özel Teşebbüs / Serbest Pazar tipi yapıdan, Refah Yönelimli / Sigorta tipi yapıya geçme çabaları içindedir.

A. ERDAL

SARICUWAN

A. ERDAL SARGUTAN

# ÖZBEKİSTAN SAĞLIK SİSTEMİ

## I. ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	: Özbekistan Cumhuriyeti
YÜZÖLÇÜMÜ	: 447,400 km <sup>2</sup>
NÜFUS	: 27,951,100
İDARİ ŞEKLİ	: Cumhuriyet
BAŞKENTİ	: Taşkent
ÖNEMLİ ŞEHİRLERİ	: Semerkant, Buhara ve Hive
DİLİ	: Özbekçe ve Rusça
PARA BİRİMİ	: Soum
DİN	: Müslüman

### I.1. Coğrafya

Özbekistan, resmi adı Özbekistan Cumhuriyeti, Özbekçe Özbekistan Respublikası, olan Orta Asya'nın orta kesiminde bir ülkedir. Güneybatıda Ceyhun (Amu Derya) ve kuzeydoğuda Seyhun (Sirderya) ırmaklarının çevrelediği toprakların büyük bölümünü kaplar. Kuzey ve kuzeybatıda Kazakistan, doğu ve güneydoğuda Kırgızistan ve Tacikistan, güneybatıda Türkmenistan, güneyde ise Afganistan'ın küçük bir bölümü ile çevrilidir. 1936'da kurulan Karakalpak Özerk Cumhuriyeti de sınırları içindedir. Özbekistan'ın başkenti Taşkent, yüzölçümü 447.400 km<sup>2</sup>, nüfusu (2004) 27.951.100'dür

Ülke topraklarının yaklaşık beşte dördünü orta ve batı kesimlerdeki düz ve kıraç alanlar oluşturur. Kuzeybatıdaki alüvyonlu Turan Ovası, bir bölümü Özbekistan sınırları içinde kalan Aral Çölünün çevresinde 60-90m'ye kadar yükselir. Kıraç düzlükler güneyde Kızılkum Çölüyle birleşir. En batıdaki Üstyurt Yaylasının (200 m) hafif dalgalı düz bir yüzeyi vardır. Bu bölgenin en belirgin özelliği alçak sıradağlar ve tuzlu bataklıklar, düdenler ve mağaralarla kaplı kapalı havzalardır. Karakalpak Özerk Cumhuriyeti'nin iç kesimlerine kadar uzanan Ceyhun Deltası alüvyonlu çökellerle kaplıdır. Ceyhun ve Seyhun ırmakları arasında yaklaşık 300.000 km'lik bir alanı kaplayan Kızılkum Çölünün önemli bölümü cumhuriyet sınırları içinde kalır.

Doğluk doğu kesiminde, birbirlerinden vadi ve havzalarla ayrılan ve Tian Şan'ın (Tanrı Dağları) batı uzantısını oluşturan dağ sıraları uzanır. Bunlar sırasıyla Karjantau, Ugam, Pskem, Çatkal ve Kuramin sıradağlarıdır. Gissar ve Alay sıradağları Orta Asya'nın en büyük vadisi olan Fergana'yı boydan boya geçer. Kuzeyde Tian Şan'ın batı uzantıları bulunur. Güneyde Türkistan, Malguzar ve Nuratau sıradağlarıyla çevrili olan Taşkent - Golodnaya bozkırının ortasından Seyhun Irmağı geçer.

Eski bir kültür merkezi olan güneydeki Zerefşan Vadisinde Buhara ve Semerkand gibi eski kentler yer alır. Vadinin güneyinde Kaşkaderya Havzası, ülkenin güneydoğu kesiminde ise Surhanderya Havzası uzanır (1/337).

Özbekistan'da çok kurak bir kara iklimi hüküm sürer. Yıllık ortalama yağış miktarı yalnızca 200 mm'dir. Yazlar uzun, sıcak ve kurak, kışlar ise kısa ve soğuktur. Yaz aylarında sıcaklık sık sık 40°C'nin üzerine çıkar. Kışın ara sıra don görülür ve ortalama sıcaklık -12°C'ye kadar düşer (1/337).

Özbekistan'da bitki örtüsü yüksekliğe göre büyük değişiklik gösterir. Batıda düzlüklerde, havzalarda ve dağ eteklerinde yoğunluğu yüksekliğe göre değişen otsu bitkiler, tepelerde ise odunsu ve çalimsı bitkiler ya da ormanlar görülür. Ükre topraklarının ancak yüzde 12'si ormanlarla kaplıdır (1/337).

## I.2. Tarih

Özbek halkının tarihinin ilk dönemlerine ilişkin bilgi yoktur. Altın Orda Devleti'nin kuruluşu sırasında, Urallar'ın doğusundan İrtis ırmağının kaynağına doğru uzanan bölge Cengiz Han'ın torunu Şibakan'a (Şibanı ya da Şeyban) verildi. Bölgede yaşayan kabileler büyük olasılıkla Kıpçakların en büyük hükümdarı Özbek Han döneminde (1313-41) İslam dinini benimsediler ve Özbek adını da gene büyük olasılıkla bu dönemde aldılar. 15. yüzyılın ilk yarısında güneydoğuya yönelen Özbekler, Ebu'l-Hayr döneminde Seyhun ırmağının kuzey yakasına ulaşarak Maverayennehir'deki Timurlu topraklarını tehdit etmeye başladılar. Ebu'l-Hayr'ın bölgeyi istila edemeden ölmesinden (1468) sonra, bir gerileme dönemine girdiler. Daha sonra Ebu'l-Hayr'ın torunu Muhammed Şeybani döneminde Semerkant'la birlikte bütün Maverayennehri egemenlikleri altına aldılar. (1500)

19. yüzyılın başına gelindiğinde Ceyhun ve Seyhun ırmakları arasındaki bölge Buhara, Hive ve Hokand hanlıklarının egemenliğindeydi. Ne var ki bu devletlerden hiçbiri kesin sınırlara, kabile reisleri üzerinde sürekli bir denetime ya da tehlike anında komşularına yardım edecek güce sahip değildi. Bölgeye 18. Yüzyıl başlarında seferler düzenlemeye başlamış olan Ruslar, 1860'lardan sonra Buhara ve Hive hanlıklarına üstünlüklerini kabul ettirdiler, 1876'da da Hokand Hanlığı'nı ilhak ettiler.

Rusya-Türkleri arasında geleneksel güçlere karşı başlatılan Cedidcilik (Yenilikçilik) hareketi 20. Yüzyıl başlarında Özbekleri de etkiledi. Usul-i cedit denen okullar aracılığıyla geniş bir taban kazanan hareket 1905 Devrimi'nde önemli rol oynadı. Çarlık yönetiminin baskılarına karşın, Cedidcilerin çalışmaları güçlü bir milliyetçilik akımının doğmasını sağladı.

Özbekler, 1917 Sovyet Devrimi başladığında Rusya Türkistan içinde kalan Sirderya, Semerkant ve Fergana yönetim birimleri ile yarı bağımsız Buhara ve Hive hanlıklarına dağılmış durumdaydı. Devrim sırasında Taşkent'te iktidar önce Geçici Hükümet'e bağlı Türkistan Komitesi'nin, ardından da Özbeklerin ve öteki Müslümanların hemen hemen hiç söz sahibi olmadıkları komünistlerin denetimindeki İşçi, Asker ve Köylü Temsilcileri Konseyi'nin eline geçti. Aralık 1917'de Hokand'da bir ulusal kongre toplayan Müslümanların Mustafa Çokayev başkanlığında kurdukları hükümet, Şubat 1918'de Taşkent'ten yollanan askeri birlikler tarafından devrildi.



Darbeden sonra yeni yönetime karşı Basmacı Ayaklanması olarak bilinen bir direniş hareketi başladı. Nisan 1918'de ilan edilen Türkistan'da (ÖSSC, Özerk Sosyalist Cumhuriyeti) yönetimi ellerinde tutan Rusların, Müslümanların da yönetime katılmaları için Moskova'dan gelen baskılara direnmesi hoşnutsuzlukları daha da artırdı. Sonunda Lenin'in 1919 sonbaharında atadığı Türkistan Komisyonu Taşkent'te yönetimi devraldı. Hive ve Buhara hanlıklarının 1920'de Kızıl Ordu tarafından yıkılması ve kâğıt üzerinde bağımsız Harezmi ve Buhara Sovyet Halk Cumhuriyetlerinin kurulması Basmacı Ayaklanmasının yayılmasına neden olduysa da, Türkistan Komisyonu'nun 1922'de başlattığı reformlar sonucu ayaklanma etrisini yitirdi.

1924'te Orta Asya ve Kazakistan'da sınırların etnik temelerde yeniden belirleyen yönetsel düzenlemeyle Harezmi, Buhara ve Türkistan cumhuriyetleri dağıtıldı. Bölge toprakları Özbekistan, Tacikistan, Kırgızistan, Türkmenistan ve Kazakistan arasında bölüştürüldü. 1936'da Karakalpak ÖSSC Özbekistan'a bağlandı. Kazakistan'ın güneyindeki bazı topraklar 1956 ve 1963'te Özbekistan SSC'ye geçtiyse de, 1971'de bu toprakların bir bölümü Kazakistan SSC'ye geri verildi.

Stalin'in 1937-38 yıllarındaki Büyük Temizlik hareketi sırasında, aralarında Özbekistan başbakanı Feyzullah Hocayev ve Özbekistan Komünist Partisi birinci sekreteri Ekmel İkrarov'un da bulunduğu çok sayıda Özbek, milliyetçi bir komplo hazırlığı içinde oldukları gerekçesiyle idam edildi. Stalin'in ölümünden sonra Hocayev ve İkrarov'un saygınlıkları geri verildi.

Sovyet yönetiminin reformlara yöneldiği 1980'lerde Özbekistan'da çeşitli karışıklıklar yaşandı. Fergana Vadisinde 1989'da Sünni Özbekler ile Şii Mesketler arasında çıkan çatışmalarda yüzlerce kişi öldü. Sovyet yönetimi 1990'da Kırgızistan sınırında başlayan çatışmaları, savaşa dönüşmesini önlemek için iki ülke arasındaki sınırı kapattı. Özbekistan parlamentosu Haziran 1990'da Moskova karşısında daha geniş özerkliği öngören bir karar aldı. Sovyetler Birliği'ndeki başarısız darbe girişiminin ardından da 31 Ağustos 1991'de ülkenin bağımsızlığı ilan edildi. Aralık 1991'de yapılan cumhurbaşkanlığı seçimini, daha önce Komünist Partisi birinci sekreterliği görevinde bulunan İslam Kerimov kazandı (1/338).

### 1.3. Devlet Yapısı

Bağımsızlığın ardından Aralık 1992'de kabul edilen anayasa otoriter bir Başkanlık sistemini öngörür. Doğrudan halk tarafından seçilen ve üst üste en fazla iki dönem görev yapan cumhurbaşkanı geniş yetkilerle donatılmıştır. Başbakan ile Bakanlar Kurulunun yanı sıra valileri, yüksek mahkeme yargıçlarını ve bazı önemli devlet görevlilerini de atar. Anayasa uyarınca cumhurbaşkanının görev süresi referandumla uzatılabilir. Yasama organı Ulu Meclis'in 250 üyesi beş yılda bir seçilir.

Eski Özbekistan Komünist Partisi'nin devamı olan Demokratik Halk Partisi siyasal yaşama egemendir. Ulu Meclis'te temsil olanağı bulan Fedakârlar Partisi, Adalet Sosyal Demokrat Partisi ve Vatan Terakkiye Partisi de temelde aynı çizgiye yakındır. Muhalefet partileri yasaklar ve baskıcı önlemler nedeniyle siyasal yaşamda etkisizdir (1/338).

#### I.4. Nüfus Ve Yerleşim

Toplam nüfus 27.951.100'dür. Özbekistan'daki etnik toplulukların sayısı 60 dolayındadır. Özbekler toplam nüfusun (1998) yüzde 75,8'ini oluşturur. Öteki büyük toplulukların başında Ruslar (yüzde 6), Tacikler (yüzde 5) ve Kazaklar (yüzde 4) gelir. Küçük topluluklar arasında Tatarlar, Kırgızlar, Ukraynalılar, Türkmenler ve Karakalpaklar sayılabilir. Özbekler ve öbür Türk kökenli halklar çoğunlukla Sünni olmak üzere Müslümandır. Dine bağlılık öteki Orta Asya ülkelerine oranla daha güçlüdür ve Sovyet döneminde Rus kültüründen etkilenmenin sınırlı kalacağı söylenebilir. Bağımsızlıktan sonra birçok Rus ve az sayıdaki Yahudi ülkeden ayrılmıştır.

Özbekistan'da nüfus yoğunluğu (2002) kilometrekare başına 57 kişidir. En sık nüfuslu yerleşim alanları doğu kesimdeki Fergana Vadisi ile orta güney kesimdeki Zeravşan Vadisidir. 20. Yüzyılda kentleşmenin hızlanmasına karşın, kentsel alanlarda oturanların oranı (2002) ancak yüzde 36,6'yı bulur. Özbeklerin dörtte üçü kırsal kesimde yaşar. Kentlerde ise Ruslar, Tatarlar, Ukraynalılar, Yahudiler ve Ermeniler çoğunluktadır. Orta Asya'nın en büyük metropolü olan Taşkent'te yaşayan en kalabalık etnik grup Ruslardır. Ülkenin ikinci büyük kenti olan Semerkant'ın 2.500 yıllık bir tarihi vardır. Öteki önemli kentler Buhara, Hiva ve Hokand'dır .

Özbekistan'ın yıllık doğal nüfus artış hızı (2001) yüzde 1,6 düzeyindedir. Bu durumun bir sonucu olarak çok genç bir nüfusu vardır; 15 yaş altındaki kesimin toplam nüfus içindeki oranı yüzde 36,4'tür (1/337).

#### I.5. Ekonomi

Gelişme yolunda bir karma ekonomisi olan Özbekistan, dünyanın üçüncü büyük pamuk üreticisidir. Aynı zamanda doğalgaz sanayisi ile karakul koyunu ve ipekböcekçiliği açısından önen taşıyan bölgelerden biridir. 2000 verilerine göre ülke Gayri Safi Milli Hâsılası (GSMH) 8,8 milyar ABD Doları, kişi başına düşen milli gelir ise 360 ABD Doları'dır.

Özbekistan'da geniş doğal gaz, petrol ve kömür yatakları vardır. Komşu ülkelere bağlanan boru hatlarına ek olarak Buhara'dan Urallar'a kadar uzanan bir doğal gaz boru hattı inşa edilmiştir. Kuramin Sıradağlarında bakır, çinko, kurşun, tungsten ve molibden yatakları, Kızılkum Çölünde altın bulunmuştur. Nuratau'dan çıkarılan Gazgan mermeri güzelliği ve dayanıklılığıyla ünlüdür. Moskova metrosunun cephe kaplamaları bu mermerden yapılmıştır.

Özbekistan'ın iklimi ve bitki örtüsü sığır ve koyun besiciliğine elverişlidir. Eskiden çok önemli olan kuraklık sorununu çözmek amacıyla devlet denetiminde büyük sulama projeleri gerçekleştirilmiştir.

Öteki önemli tarımsal etkinlikler pamuk yetiştiriciliği ve ipekböcekçiliğidir. Özbekistan başta sofralık ve şaraplık üzüm olmak üzere meyve ve sebzeleriyle de ünlüdür.

Orta Asya'nın önde gelen makine ve ağır donanım imalatçısı olan Özbekistan'da en çok pamuk ekimi, hasadı ve işlemeciliğinde kullanılan makineler üretilir.

Fergana bölgesi, Navoi, Hokand, Namangan ve Andijan'da toplanmış olan kimya sanayisi kuruluşları da pamuk üretimiyle yakından ilişkilidir. Büyük ölçüde termik santrallara dayanan elektrik üretimi (1999) 45,1 milyon kW-sa düzeyindedir.

En önemli hafif sanayi ürünleri pamuklu ve ipekli kumaştır. Ülkede çok sayıda sebze, meyve, balık ve hayvan ürünleri işleme tesisi de vardır. Aral Gölü kıyısındaki Muynak'ta havyar, kurutulmuş, tütsülenmiş ve tuzlanmış balık üretilir. Kürk üretimi de önemlidir.

Özbekistan'ın ihracatı başta doğal gaz ve pamuk olmak üzere büyük ölçüde hammaddelere ve tarım ürünlerine dayanır. Ayrıca makine, çimento, okuma ve gübre gibi bazı mamul mallar da ihraç edilir. İthalat kalemlerinin başında ise sanayi donanımı, işlenmiş metaller, gıda maddeleri ve kâğıt ürünleri gelir. Dış ticarete en önemli yeri tutan ülkeler Rusya, Almanya, ABD, İtalya, Güney Kore, Çin Tacikistan, Ukrayna ve Türkiye'dir.

Sovyet döneminden kalma demiryolu hatları önde gelen kentleri komşu Orta Asya ülkelerinin yanı sıra Moskova ve Sibiry'a bağlar. Ülkenin yoğun nüfuslu doğu kesiminde gelişkin bir karayolu ağı kurulmuştur. Taşkent'teki uluslararası havaalanı Batı dünyasının önemli merkezleriyle bağlantıyı sağlar (1/337,338).

## 1.6. Eğitim

6-14 yaş arasında zorunu ve parasızdır. Okuryazar oranı yüzde 100'e yakındır. İlk ve orta öğrenim düzeyinde okuma oranı yüksektir. Bağımsızlığa geçişle birlikte eğitim dili olarak Rusçanın yerine Özbekçe benimsenmiştir. Geleneksel İslami eğitimin verildiği mektep ve medreseler, bağımsızlıktan sonra yeniden canlılık kazanmıştır ve toplumda önemli bir ağırlık taşır (1/338).

## 1.7. Kültürel Yaşam

Özbek kentleri eğitim ve kültür merkezleri olarak edindikleri ünü yüzyıllardır korumaktadır. Her yıl Müslüman Doğu ülkelerinden binlerce öğrenci Buhara, Hive, Semerkant ve Taşkent'te düzenlenen seminerlere katılır. Ülkenin en önemli araştırma kurumu Özbek Bilimler Akademisi'ne (1943) bağlı 200 kadar kurum ve merkez vardır. Taşkent'teki Navoy Opera ve Bale Tiyatrosu uluslararası üne sahiptir.

Özbekistan'da yetişen büyük bilim adamı, şair ve yazarların başında Biruni, Uluğ Bey ve Ali Şir Nevaî gelir. 20. Yüzyılın ünlü Özbek yazarları arasında Mahmud Hoca Behbudi, Abdullah Kadiri, Şeref R. Raşidov ve Askad Muhtar sayılabilir. Samani hükümdarı İsmail bin Ahmed'in (hd 892-907) Buhara'daki türbesi, Semerkant'ın 14. ve 15. Yüzyıllardan kalma büyük cami ve türbeleri görkemli yapılarıdır (1/338).

## II. SAĞLIK SİSTEMİ

### II.1. Özbekistan Sağlık Sisteminin Gelişim Süreci

Bağımsızlık dönemine geçiş dönemi sırasında Özbekistan'ın sağlık hizmetleri sistemi merkezi planlama ve devlet finansmanından, kamu ve vatandaşın kendisinin ödeme yaptığı karışık bir sisteme doğru değişme göstermiştir. Ayrıca kamu ve özel sektör işbirliğinde de artma vardır.

Eski Sovyet sistemi çok fazla kuruluş, çok fazla görevli ve hastahane tabanlı uzmanlık gerektiren hizmetler ile daha verimli birincil sağlık hizmetleri arasındaki bir dengesizlikle şekillenmişti. 1991'de bağımsızlığını kazanmasının ardından Özbekistan Devleti bir dizi kısa dönemli reformlar denemiş ve sağlık sisteminin farklı özelliklerini iyileştirmeyi amaçlayan girişimlerde bulunulmuştur. Kırsal yapıyı iyileştirmek amacıyla, kırsal alanda yaşayan ve fakir olan nürusu hedef alan, 1996 tarihli Başkanlık kararı, merkezi hastahane tabanlı sistemden birincil sağlık hizmetlerine doğru bir ilerlemenin temelini oluşturmuştur. Yapılan reformların amacı çok farklı düzeyde sağlık hizmeti sunan kurumları, aralarındaki farkların azaldığı iki düzeyli bir yapıya dönüştürmek olmuştur. 1998'de Devlet kırsal sağlık yapısının dışına da müdahalede bulunmuş, her bölgede yeni acil hastahaneler kurmuş ve ikincil hizmetlerin sunulmasında kamu- özel sektör ortaklığının sağlanmasına olanak verecek şekilde bir seri reformun genel hatlarını oluşturmuştur. Genel olarak bakıldığında Cumhuriyet Sağlık Bakanlığı verilerine göre 1990 ila 2000 yılları arasında bazı önemli başarılar elde edilmiştir. Bu başarılar arasında 10.000 insana düşen hastahane yatak sayısının 122,1'den 53,3'e düşürülmesi; yatış oranının 100 insanda 24.4'ten 13.2'ye düşürülmesi ve hastahane de kalış süresinin ortalamasının 14.8 günden 12.1'e çekilmesi vardır. Verimlilikteki bu kazanımlar tüm Bağımsız Devletler Topluluğu (BDT) ülkeleri arasındaki en önemli kazanımlar arasındadırlar (European Observatory, 2001). Ama hekimlerin dengesiz dağılımı gibi konular halen bir sorun olarak durmaktadır. Kentsel ve kırsal alanlar arasında hekim yoğunluğu bakımından 8 kat kadar fark olabilmektedir.

Devletin bütçe yükünü azaltmak, doğrudan kişisel harcamaları bir sisteme bağlamak ve sağlık sektörüne daha fazla gelir aktarımı sağlamak için özelleştirmeye gidilmiştir. Özelleştirme çoğunluklu ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerini kapsamıştır. Fakat özelleştirmenin kendisi şeffaf olmamış ve çoğunlukla hem yöneticilerin hem de hizmetlerden yararlanacak olan halkın kafasını karıştırmıştır (2/3,4).

### II.2. Sağlık Sistemi Örgütsel Yapısı Ve Yönetimi

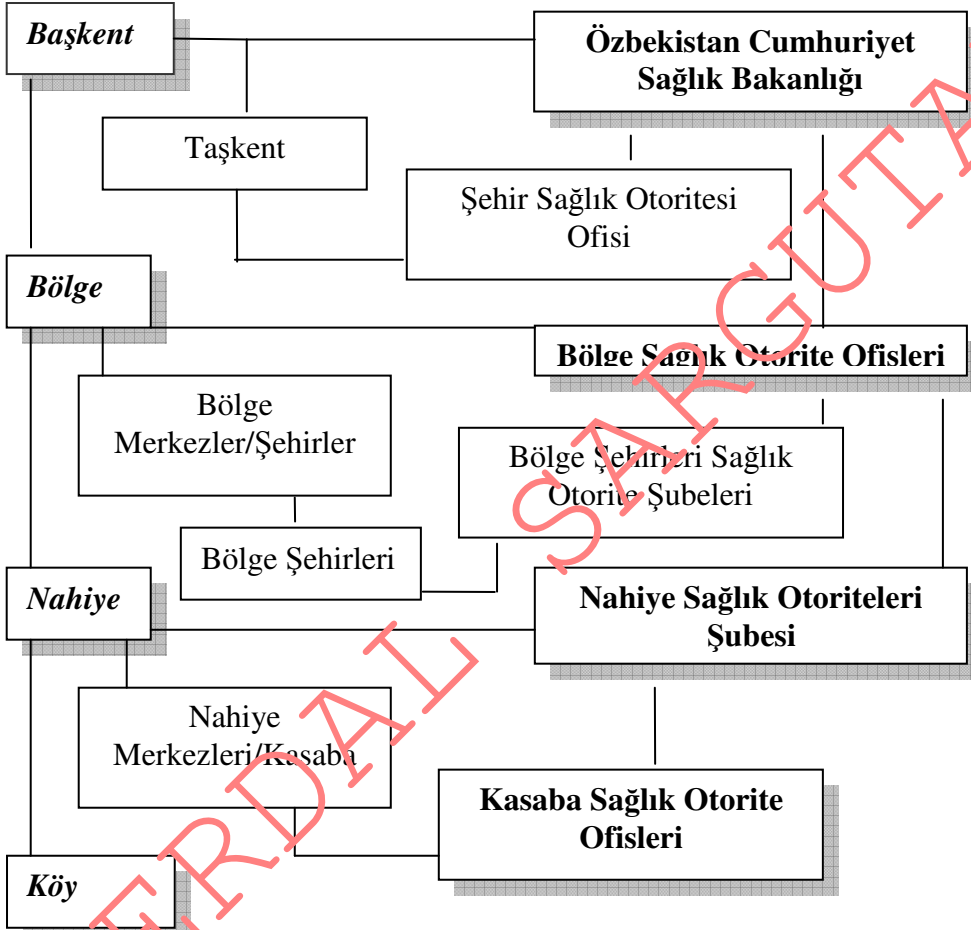
#### II.2.1. Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı

Özbekistan'da ulusal sağlık yönetim sistemi bölge ve nahiye düzeyine göre seviyelere ayrılmıştır. Özbekistan Cumhuriyet Sağlık Bakanlığı, Özbekistan'daki tüm sağlık sistemini kontrol eden ana yönetici konumundadır. Taşkent Şehri Sağlık Otoritesi Ofisi'nin temel sağlık yönetim aktivitelerini kontrol ettiği, Özbekistan'ın başkenti olan Taşkent'te birkaç tane hastahane vardır. Bir istisna olarak Acil

Hizmetleri (Özbekistan Acil Tıp Cumhuriyet Araştırma Merkezi) sunan hastahaneler doğrudan Cumhuriyet Sağlık Bakanlığı'nın denetimi altındadır.

Diğer nahiye ve bölgesel hastahaneler ve polikliniklerin denetimi buldukları nahiye ve bölgedeki bölgesel sağlık otoritesi ofislerince yapılmaktadır (3/1).

### Şema 1: Özbekistan Sağlık Sisteminin Örgüt Şeması



**Kaynak :** (3) Rahimov, B. (2003) Young Leaders Program 2003/ Nogoya Universty Japan Japanese Government Scholarship 1 Year Master's Course of Medical Administration

## II. 2.2. Cumhuriyet Sağlık Bakanlığı

Sağlık sistemini örgütleme ve yönetme rolü Cumhuriyet Sağlık Bakanlığının sorumluluğundadır. Maliye Bakanı sağlık hizmetleri için bir dizi girdi konularını (yatak sayısı, personel açığı gibi) temel olarak genel hükümet gelirlerinden finanse edilen bütçeleri tahsis eder ve onaylar.

Aynı zamanda yeniden fonları bir sonraki finansal periyoda taşımakta ve yeniden tahsis etmekte, sınırlı esneklikler tanımaktadır (4/16).

Özbekistan Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 7 Aralık 1917 tarihinde sosyal haklardan sorumlu başkanların oluşturduğu Türkmenistan komisyonu tarafından kurulmuştur.

Özbekistan Cumhuriyeti Halk Sağlığı Bakanlığı kuralları ve yapısı 19 Ocak 1970 tarihinde Özbek Kabine Bakanları 23 nolu kararı ile onaylanmış ve Özbekistan Cumhuriyeti, Kabine Bakanları "Özbekistan Cumhuriyeti Halk Sağlığı Sistemi uygulaması ve geliştirilmesi" 14 nolu kararı, 14 Ocak 1999'da yine yer almıştır.

Bakanlığın başlıca görevleri şunlardır:

-Halkın sağlığını korumak ve sağlık koşullarının gelişmesini sağlamak, sağlıklı bir neslin oluşmasını hızlandıracak koşulları sağlamak, koruyucu halk sağlığı merkezlerini kurmak, sağlıklı bir yaşam tarzını daha fazla insana benimsetmek,

-Vatandaşların kaliteli bir sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını sağlamak için sahip oldukları haklar hakkında onları bilgilendirmek, ayrıca devlet tarafından halka garanti edilen sağlık yardımlarından vatandaşların tüm sağlık hizmetlerinden eşit ölçüde yararlanmasını sağlamak,

-Halk sağlığı sisteminde yapılabilecek iyileştirme düzenlemelerini izlemek, halk sağlığı hizmetlerinde devlet dışındaki sektörlerini ve özel sağlık hizmetlerini geliştirmek, sağlık hizmetleri için pazar oluşturmak,

-Sektörde yapılacak reformlar için yasal temel hazırlamak, halk sağlığı sistemini geliştirmeyi hedefleyen durumların farkına varılmasını sağlayacak şartlar oluşturmak,

-Tüm sağlık merkezleri ve kuruluşlarında ilk yardım hizmetlerini düzenlemek ve güçlendirilmek,

-Tıp biliminin yurt içi deneyimlerine ve tüm dünyada ulaşılan başarılar doğrultusunda ilerlemesini sağlamak, bilimsel tıp araştırmalarını yaygınlaştırmak, sağlık sisteminde bilim, mühendislik ve ileri düzeyde deneyimlerden faydalanmak,

-Halkın sağlığını korumak için ayrılan bütçenin yeterliliğini sağlamak ve artırmaya çalışmak; bütçesiz fonlarını yeni yatırımlara ve hastahane binalarının yeterliliğinde kullanmak, sağlık kuruluşlarının kendi kendilerini finanse edebilmeleri için geçişlerini sağlamak; sağlık sigortası sistemini kurmak ve tanıtmak,

-Halk sağlığı sistemine tıbbi yardım, ilaçların üretimi ve kullanımı, tıbbi ürünler ve yönetimin kontrolde tutulmasını sağlayan kurallar ve standartlar getirmek,

-Sıhhi tesisatın sağlanması, salgın hastalıklar biriminin iyi bir durumda olması ve bu organizasyonların yardımı ile halkı bulaşıcı hastalıklardan korumak, karantinaya almak,

-Üniversite ve ortaöğretim düzeyinde tıbbi eğitim verilmesini sağlamak ve sağlık sektöründe uluslararası ilişkiler kurmak, yurt dışı deneyimlerini ve dünya standartlarını uygulamak.

Bakanlığın görevleri doğrultusundaki başlıca uygulamaları şunlardır:

-Hastalıklara karşı koruma, tıbbi yardım, fiziksel yetersizlikler ve tıbbi inceleme hususlarında tedbirler alır,

-Halka hizmet veren sağlık kuruluşlarını ve bu kuruluşlarda çalışan bireyler ile özel sağlık kuruluşlarında hizmet veren bireyleri kontrol eder,

-Halk sağlığı kuruluşlarında verilen tıbbi hizmete kalite ve ücret standardı getirir ve bu kurumlara (eczacılık da dahil) gerekli lisans ve sertifikaları verir,

-Eksiklikleri saptar, tıp ve dezenfeksiyon gereksinimlerini karşılar ve tıbbi amaç taşıyan diğer biyolojik hazırlıkları araştırır,

-Bulaşıcı ya da bulaşıcı olmayan hastalıklara, paraziter hastalıklara, çalışma şartları ve çalışma ortamının etkisiyle oluşan mesleki hastalıklara karşı koruma programı yürütür,

-Aile, anne, çocuk ve diğer toplum bireylerini bilinçlendirmek amaçlı tıbbi ve sosyal programlara katılır, düzenler,

-Sağlık normlarını, kurallarını ve hijyenik şartları hazırlar, sağlık kuralama uyulup uyulmadığını denetler, sağlık sistemine bilimsel yol gösterir,

-Sağlık kuruluşlarının ücretsiz hizmetten ödemeli hizmete aşama aşama geçişini sağlar ve sağlık sigortası sistemini kurar,

-Dış yatırımcıların ve uluslararası örgütlerin fonlarını sağlık sisteminin gelişmesi yönünde değerlendirir,

-Girişimlerin, kurumların ve halk sağlığı sistemindeki örgütlerin özelleştirilmesi yönünde teklifler hazırlar ve uygulama aşamasında yardımcı olur,

-Üniversite ve orta öğretim kurumlarında verilen tıp ve eczacılık eğitimlerini denetler, finansal ve uygulama alanlarını kontrol eder,

-Alt kuruluşların, örgütlerin ve öngörülerin gelişmesini sağlar,

-Halk sağlığı kurullarına düzenli olarak rapor gösterir ve yönetim yapısını kontrol eder. Halk sağlığı hizmet binalarının kapasitesinin artırılması, yeni bina yapımı veya var olan yapıların modernleştirilmesi amacıyla taslak planlar hazırlar,

-Bilimsel ve tıbbi araştırmaların yeterliliğini artırır; bilim, mühendislik ve ileri düzeyde deneyimlerin tıp alanına katılmasını sağlar,

-Bilimsel araştırmaların sonuçlarını inceler, Özbekistan Cumhuriyeti Bilim Akademisi de içinde olmak üzere, kuruluşlara ve örgütlere sağlık alanında yaptıkları güncel ve yararlı araştırmaları için müşteri gibi davranır,

-Sektördeki temel sorunları çözmek için diğer ülkeler ile ekonomik ilişkiler kurar ve yaygınlaştırır,

-Uluslararası konferanslar, sergiler, sempozyumlar düzenler,

-Yurt içi ve yurt dışı örgütlerde devleti temsil eder,

-Bakanlığın tayin ettiği ölçüde bilimsel, sistemli bilgi ve veri yayını yapar (5/1-

3).

### II.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Yerelleştirilmesi

Sağlık hizmeti yönetimi ve finansının tümüyle merkezi olmaktan çıkarılıp kısmen yerel yönetimlere devredilmesinin hizmet kalitesinin gelişimine, yerel seviyede halkın ihtiyaçlarına daha iyi yanıt vermesine ve kaynakların daha etkili kullanılmasına yol açması beklenmektedir. Fakat bu aynı zamanda bölgelerde sağlık hizmetine ulaşımında eşitsizliğe de neden olmaktadır. Üstünlük ve tehlikeleri hesaba katarak, hizmetin yerelleştirilmesi uygulamaları aşamalı olarak gerçekleştirilmektedir.

“Özbekistan Cumhuriyetinde Sağlık Hizmetleri Yönetiminin Gelişimi” konulu 14 Şubat 1999 tarihli Bakanlar Kurulunda alınan 18 nolu kararda Bölgesel Sağlık Departmanlarının işlevleri tanımlanmıştır (6/46).

Bu karara göre, Bölgesel Sağlık Bölümleri aşağıdaki temel görevleri gerçekleştirir:

Kendi bölgeleri içindeki temel sağlık gelişimini planlamak, ekonomik ve mali işleri örgütlemek, bütçesel fonların kullanımını denetlemek, kendi bölgeleri içinde sağlık birimlerini ve imkânlarını özelleştirmek ve devlet dışına çıkarmak üzere önerilerde bulunmak, sağlık sistemini devlet dışı bir sektör haline getirmek için koşullar yaratmak, kendi bölgeleri içinde hastalıkları engellemek için önlemler almak, ilk yardım, acil bakım üniteleri, kadın doğum ve çocuk bakım hizmetleri kurmak ve çalışanların gerekli beceri ve deneyime sahip olmasını sağlamak (6/46).

#### II.2.4. Gönüllü Hizmetler

Hükümet kaynaklı olmayan, sivil veya din kaynaklı oluşumlar HIV/AIDS'in ulusal ölçüde engellenmesinde çok önemli bir rol oynamaktadır. Ulusal Kızılay Örgütü, Açık Toplum Örgütü, Kamolot, Sabo, Ayel, Aile Ve Sağlık, Sağlıklı Gelecek gibi yerel inisiyatif oluşumlu örgütler, risk altındaki ve hastalıklı insanları koruma ve onlara bakım sağlama işlerine yardımcı olurlar (7/2).

"Sağlam Avlat Uçun" (Sağlıklı Nesiller İçin) fonu ve Ecosan uluslararası kuruluşu, aktif olarak, sağlıklı bir yaşamı destekler. Cumhuriyet Sağlık Bakanlığı ortaklığında ülkenin uzak ve varoş bölgelerinde yaşayan nüfusu kapsayan geniş çalışmalara düzenli olarak katılırlar (8/15).

#### II.2.5. Özel Sağlık Hizmetleri

2003'te başlayan reformların ikinci aşaması, özel tıbbi merkezler kurmak için örgütsel, finansal, ekonomik ve yasal durumlar yaratmayı amaçlamıştır. 2003'te üroloji, cerrahi, göz mikrocerrahi ve kardiyooloji olmak üzere 4 özel merkez kurulmuştur. Bu merkezler devletin bütçe fonu, merkezin kendi geliri ve diğer kaynaklar (bağışlar, sponsor fonu, vb.) tarafından karma şekilde finanse edilir. Bu merkezler 10 yıl boyunca tüm vergilerden ve ithal tıbbi araç ve gereçlerin gümrük harcamalarından muaf tutulmuştur.

Özel halk sağlığı hizmetleri sektörünün gelişmesini teşvik etmek için, yeni kurulmuş bütün özel tıbbi kuruluşlar 2 yıl boyunca vergilerden muaf tutulmuştur. Bölgesel hokimiyatlar (yönetimler), özel halk sağlığı hizmetleri kurumlarının kurulması için arsa tahsis etmekte ve hizmet sunumunu düzenlemektedirler. Yeni kurulan özel kuruluşları finanse etmek için kredi imkânları sağlandı.

Özbekistan'da eczacılık sektörü devlet ve özel sektör olmak üzere ikiye ayrılabilir. Özbekistan 2.220'si özelleştirilmiş 3.600 eczahaneye sahiptir. Geriye kalanlar yeni kurulmuş ve son derece merkeze uzak eczahanelerdir. Eczahanelerin çoğu ya eski ilaç satış sorumlusu ve kendi gelirleri ile işleyen birleşmiş hisse kurumu olan Dori-Darmon yoluyla ya da bireysel eczacılık yoluyla özelleştirilmiştir. Bu özelleştirme çabası piyasada rekabet oluşmasını sağlamış ve dışarıdan gelen ilaçların bulunmasına olanak sağlamıştır (11/2).

Eczahaneler merkeze bağlı olmaktan çıkarıldı ve özelleştirildi. Birinci basamak sağlık kurumları tarafından kullanılan ilaçlar için tahsis edilen bütçe, bölgesel özellikler, nüfus sayısı ve hastalık vakaları göz önünde bulundurularak hesaplanır (5/45).



## II.3. Sağlık Hizmetleri Sunumu

### II.3.1. Birincil Sağlık Hizmetleri

Birincil sağlık hizmetlerinin kamu tarafından verilmesine devam edilmektedir. 1998'de başlayan reformlar sayesinde yeniden yapılandırılmış, Kırsal Doktor Merkezleri kurulmuş ve daha eski olan Sovyet Feldşer<sup>1</sup> istasyonları, Küçük Kırsal Gezici Sağlık Ekipleri ve Küçük Kırsal Hastahaneler oluşturulmuştur. Bu reformların sonucunda sevk zincirini 3 düzeyde toplaması amaçlanmaktadır: Kırsal doktor merkezleri, merkezi bölgesel hastahaneler ve bölgesel hastahaneler. Ulaşımı zor olan bazı bölgelerde feldşer-ebe istasyonlarının hizmet vermeye devam etmesi düşünülmektedir. İkinci olarak tıp mesleğinin (özellikle de genel pratisyenler ve genel hemşirelerin eğitimi konusunda) eğitiminin ve kuruluşların ekipman düzeylerinin daha iyi hale getirilmesi planlanmaktadır (2/4).

**Tablo 1: Sağlık Hizmeti Sistemi Kaynakları**

GÖSTERGELER	1991	2000	2001	2002
Hastahane sayısı	1,388	1,152	1,159	1,174
Hastahanelerin yatak sayısı (1000)	258,8	138,6	140,1	147,0
100 Kişiye düşen yatak sayısı	24,4	13,7	14,2	14,6
10.000 Kişiye düşen yatak sayısı	123,0	55,9	55,8	57,8
Bir hastanın ortalama yatış süresi (gün)	14,9	12,0	11,6	11,3
Ayakta tedavi poliklinik uygulama sayısı	2.977	4.847	5.047	5.294
Her 10.000 kişiye ayakta tedavi ve poliklinik uygulama kapasitesi	132,7	157,7	160,4	163,1
Bir kişi için poliklinik (yılda )	7,2	8,8	8,7	8,8
Bütün branşlardaki doktor sayısı (1000)	75,00	81,5	81,4	81,0
Her 10.000 kişiye düşen doktor sayısı	35,5	32,8	32,4	31,9
Orta seviyeli sağlık personeli sayısı (1000)	246,9	259,7	263,1	255,9
Her 10.000 kişiye düşen orta seviyeli sağlık personeli sayısı	115,2	104,7	104,7	104,6

**Kaynak:** (6) UNDP (2005) Human Development Report Uzbekistan, s.46

Bazı önemli yönetim ve finansman reformları da pilot olarak uygulanmakta ve uygun görünmelerinin ülke genelinde yaygınlaştırılmasına çalışılmaktadır (2/4).

Özbekistan'da birincil sağlık hizmetleri ayakta tedavi poliklinikleri, son yıllarda yürürlüğe giren kırsal sağlık noktaları, kadın danışma merkezleri (kırsal kesimlerde aile planlama hizmetleri başta olmak üzere) ve doğum hastahaneleri tarafından verilir. Bu kurumların temel hedefi hastalıkları engellemek, hamilelik dönemi bakım hizmeti, doğum yardımı ve aile planlaması hizmeti sunmaktır (9/4).

<sup>1</sup> Feldşer, hemşirelik ve ebellek eğitimi almış, teşhis ve farmakolojide ek eğitim görmüş hemşire ve doktor arası bir sağlık görevlisidir. Feldşer'lerin temel tedavi vermeye ve sınırlı sayıdaki ilacı reçete etmeye yetkileri vardır (9/4).

Son bahsedilen reformlar arasında hukuksal bağımsızlık, tüm seviyelerde daha büyük mali ve örgütsel özerklik, girişimciliğe dayalı finansman ve işletimi verimli olmayan kuruluşların kapatılması vardır (2/4).

**Tablo 2: Resmi ve Özel Sağlık Kurumlarının Gelişimi 1999-2002**

Sağlık Kurumları	1999	2000	2001	2002
Toplam Hastahane Sayısı	1.178	1.162	1.159	1.174
Özel Hastahane Sayısı	80	89	96	113
Hastahanelerin Toplam Yatak Sayısı (1000)	1.381	1.386	1.401	1.470
Özel Hastahanelerin Toplam Yatak Sayısı (1000)	1.9	2.1	2.2	25
Hastahanelerde Toplam Yataklı Tedavi Sayısı (1000)	3.267.7	3.514.4	3.575.3	3.720.7
Özel Hastahanelerde Toplam Yataklı Tedavi Sayısı (1000)	27,7	30,5	34,5	39,7
Ayakta Tedavi İçin Toplam Poliklinik uygulama Sayısı	4.643	4.847	5.047	5.294
Özel Ayakta Tedavi İçin Toplam Poliklinik Uygulama Sayısı	956	2045	1083	1158
Ayakta Tedavi Ve Poliklinik İçin Toplam Başvuru Sayısı (1000)	213.744,2	215.842,1	216.165,8	222.208,3
Özel Ayakta Tedavi İçin Toplam Poliklinik Uygulama Sayısı	1.510.0	1.997.5	1.719.1	1.892.2
Kırsal Kesim Sağlık İstasyon Sayısı	1.015	848	733	607
Özelleştirilmiş Olan Kırsal Kesim Sağlık İstasyonu Sayısı	13	18	22	23
Hemşirelik-Ebelik İstasyon Sayısı	4.098	3.800	3.521	3.114
Özelleştirilmiş Olan Hemşirelik-Ebelik İstasyonu Sayısı	25	36	44	46
Toplam Uzman Doktor Sayısı(1000)	81,2	81,5	81,4	81,0
Özel Muayene İçin Lisans Almış Doktor Sayısı	3.092	3.340	3.615	3.862
Ücret Temelli Tıbbi Hizmet Hacmi (milyon Soum)	2.099,9	3.618,6	8.068,8	12.347,0

**Kaynak:** (6) UNDP (2005) Human Development Report Uzbekistan, s.47

### II.3.2. İkincil Sağlık Hizmetleri

İkincil sağlık hizmetleri özelleştirilmiş dispanserler, poliklinik birimleri ve hastalıkların tespiti ve ilerlemesini önlemek amacıyla gözetim programları yürütülen hastahaneler tarafından sağlanmaktadır (9/4).

### II.3.3. Üçüncül Sağlık Hizmetleri

Özbekistan'da üçüncül sağlık hizmetleri yerel yönetimler ait ve bölgesel hastahaneler, özelleştirilmiş hastahaneler, dispanserler ve klinik araştırma merkezleri tarafından sağlanmaktadır. Bu kuruluşlarda uygulanan klinik tedavi, hastalık ve özürlerinin etkilerini en aza indirmeyi amaçlamaktadır (9/4).

### II.3.4 Sağlık İnsangücü

Kamu sağlığı uygulamaları bünyesinde 81,000 doktor görev yapmaktadır. 2002'de 10.000 kişi ile doktorların ve orta seviyeli sağlık personelinin sayısının oranı 31,9 ve 104,6 kişiyken, bu oran 1991'de 55.5 ve 115.2 idi (6/45).

Lise ve orta dereceli sağlık meslek okulları için devlet eğitim standartları geliştirildi. Yükseköğretim sisteminde, iki aşamalı profesyonel eğitime geçiş tamamlandı. İlk aşamada genel pratisyen doktorlar yetiştirirken, ikinci aşamada, temel teoriler için en az 2 yıl, klinik uygulamalar için en az 3 yıl süreli çalışmalarla özel alanlarda uzmanlar yetiştirilmektedir (6/45).

Genel pratisyen hekimlik artık geniş bağlamda kabul edilmektedir; pilot bölgelerde birincil sağlık merkezleri doktorlarına verilen 10 aylık eğitim başarılı olarak değerlendirilmiş, sevk oranını azaltacak ve hastaların daha memnun kalmasını sağlayacak şekilde hekimlerin yeteneklerini artırmıştır. Bu eğitim Dünya Bankası ve İngiltere Uluslararası Gelişim Departmanının işbirliği yanında teknik yardım ve eğitim için yaptıkları bağışlar ile finanse edilmiştir. Bu çalışmanın ulusal düzeyde uygulanabilmesi için pratik eğitimde gerekli olan klinik eğitim merkezlerinin sayısının ve eğitilmiş eğitimcilerin sayılarının artırılması ve eğitim enstitüleri ve otoriteler arasında destekleyici antlaşmaların yapılması gerekmektedir.

Müfredat reformu, pedagojik metodolojide yapılan iyileştirmeler ve daha fazla pratiğe dayalı eğitimin desteklenmesi sayesinde genel pratisyenlerin diploma öncesindeki eğitimlerinde önemli ilerlemeler sağlanmıştır. Eğitimin çoğunluğu 6 ve 7inci yıllarda gerçekleşmekte ve bunun daha önceki yıllara çekilmesi önerilmektedir. Diploma öncesi eğitim boyunca genel bir eğitimin verilmesi ve ancak bu eğitimin tamamlanmasından sonra, aile hekimliği dâhil olmak üzere, bir uzmanlık eğitiminin verilmesi konusunda genel bir fikir birliği sağlanmıştır. Ek olarak genel tıp eğitiminin yedi yıla çıkarılmış olması da tekrar ele alınmaktadır, bu problemle birlikte müfredat içeriğinde ve eğitim metotlarında yenilenmeye gidilmesi önerilmektedir (2/5).

1999-2000'den itibaren, medikal (tıp) okulları yüksek hemşirelik bölümleri açılmaya başlandı ve şu an kayıtlı 556 öğrenci bulunmaktadır. 2002'de 121 üstün nitelikli hemşire mezun oldu ve sağlık kurumlarının hemşirelik bölümlerinin başı olarak veya sağlık kolejlerinde hemşirelik öğretmenleri olarak görev yapmaktadırlar (6/45).

Birincil sağlık hizmetlerinde hemşirelere önemli bir rol verilmektedir, ancak hemşirelerin kalitesi düşüktür. Sağlık Bakanlığı yeterlilik düzeyi yüksek profesyonel personelin çalışmasını istemektedir. Bu isteklerin karşılanabilmesi zordur ve bu probleme yönelik hemşirelik eğitiminin üç yıldan dört yıla çıkarılmasının teklif edilmesi haricinde bir çalışma yapılmamıştır. Şu anda 54 tıp fakültesi ve hemşirelik eğitimi verilen kolejde hemşirelik eğitimi yapılmaktadır. Hemşirelik eğitimi dokuz senelik temel eğitimden sonra yapılan üç yıllık eğitimden oluşmaktadır ve bunun bir bölümü de temel eğitimin devamıdır. Hükümet gelecek on yılda okul sayısını 86'ya çıkarmayı planlamaktadır. Fakat bu tür bir uygulamanın yeterli eğitim almamış hemşirelerin sayısını artırmaktan başka ne işe yaracağı meçhuldür. Ek olarak, yakın bir zaman önce tıp fakültelerinde hemşirelere yönelik uzmanlık eğitimleri vermeye başlanmıştır fakat katılımcıların sayısı henüz oldukça düşüktür.

Hizmet kalitesinin yüksek tutulması amacıyla doktorlara yönelik devamlı tıp eğitimi programları başlatılmıştır. Bu programları Cumhuriyet ve il seviyesinde Cumhuriyet Sağlık Bakanlığının bir sorumluluğu haline getirilerek devamlılığı sağlanmalıdır. Ayrıca yetki (ehliyet) ve akreditasyon sisteminin geliştirilmesi gerekmektedir (2/5).

### II.3.5. Anne Ve Çocuk Sağlığı Hizmetleri

Özbekistan'da ana çocuk sağlığı hizmetleri genellikle birincil ve ikincil sağlık kurumlarınca sağlanmaktadır. Hemen hemen bütün doğumlar doğum hastahanelerinde, bazı durumlarda normal hastahanelerde ya da kırsal kesimlerde kırsal tıp noktalarında ve ilk yardım merkezlerinde gerçekleşir. Hamilelik dönemi bakımları şehirdeki polikliniklerin bir bölümü olan kadın sağlığı danışma merkezlerindeki doktorlar, kırsal hastahaneler ve acil durum merkezleri, kırsal tıp noktaları ve ilk yardım merkezleri tarafından sağlanır.

Doğum sonrası evde bakım, danışmanlık hizmeti veren ve çocuğun fiziksel muayenesini yapan bir hemşire tarafından periyodik olarak gerçekleştirilir. Daha ileri düzey çocuk sağlığı hizmetleri birincil sağlık kuruluşları tarafından sağlanır (9/4).

Birincil sağlık hizmetleri ağının bir parçası olan merkezi bölge hastahaneleri, uzman acil hizmetler ve doğum evi hizmeti sunmaktadır.

Doğum hastahaneleri normal doğum hizmeti verir, ancak yüksek riskli ve komplike doğumlarda faaliyet alanı dardır ve güvenli annelik, bebek dostu hastahane imkanları kısıtlıdır. Ayrıca hizmet sunumu standartları, rehberliği ve protokolü tamamen gelişmemiştir. Kadın ve çocuk sağlığı daha akılcı düzenlemelere, kadın çocuk sağlığı hizmetlerinin eşgüdüm planı da daha geniş bir sağlık sistemleri yapısına ihtiyaç duymaktadır.

Ülke, uygun hematoloji ve laboratuvar hizmetleri eksikliği içindedir. Hamilelik kanamaları ve ileri anemi gibi acil durumlarda kan nakli sağlamak için imkânları çok kısıtlıdır. Ülke düzeyinde kan stoku düşüktür. Hematoloji için stratejik plan bulunmamaktadır. Kadın çocuk sağlığı için hematoloji ve laboratuvar hizmetleri ihtiyaçlarında daha ileri yönlendirme gerekmektedir.

Hükümet, uzmanlarının (ebeler, jinekologlar, pediatristler) genel pratisyenlerin, hemşirelerin ve ebelerin becerilerini geliştirme girişimindedir. Genel pratisyenlerin eğitimi için yeni bir müfredat onaylamış olup kırsal tıp noktalarındaki doktorların genel pratisyen olarak eğitilmesi için yeni bir program geliştirilmiştir. Ayrıca genel pratisyenlerin güvenli annelik ve doğum öncesi hizmetleri üzerine eğitilmesi için yapılan çalışmaların tanıtımı yapılmıştır.

Hükümet, uzman hemşireler için yüksek eğitimi geliştirmeyi planlamış olsa da, birincil sağlık hizmetleri ve kadın çocuk sağlığı için genel ya da aile hemşirelerinin eğitimi üzerinde çok az durmuştur. Jinekologlar ve pediatristler uluslararası standartlardaki modern müfredatlarla eğitilmemektedirler. Kadın ve çocuk sağlığı hizmetleri birincil sağlık kuruluşları tarafından sağlanır. Hizmet niteliği ve erişebilirliği çeşitli olmasına rağmen, kırsal tıp noktaları halka önleyici ve temel tedavi hizmetleri sunmaktadır. Çocuk hastalıklarının entegre yönetimi programı yaygın olarak uygulanmamaktadır. Ek olarak, doğum öncesi bakım ve aile planlaması hizmetleri gibi belli üreme sağlığı konularının eşgüdümüne karşın doğum ve doğum sonrası bakım gibi diğer bazı konular, birincil sağlık hizmetleri programına dahil edilmemiştir (10/2,3).

### I.3.6. Aile Planlaması Hizmetleri

Cumhuriyet Sağlık Bakanlığı tüm ülke çapında aile planlaması hizmetlerinden sorumludur. Aile planlaması hizmetlerinin amacı düşük riskli hamilelik ve güvenli bir annelik sağlamak, sık doğumlarda görülen komplikasyonların ve üreme çağında kadınların patolojik şartların oranını düşürmektir.

Cumhuriyet Sağlık Bakanlığı ülkeye gebeliği önleyici ürünler sağlama ve halka aile planlama programları verilmesi de içinde olmak üzere, geniş ölçüde sorumluluklara sahiptir. Ayrıca özel sektör de gebeliği önleyici ürünler pazarında yer alır. Sağlık Bakanlığı aile planlamasını anne sağlığı hizmetinin bir parçası olarak kabul eder ve jinekoloji ve doğum alanında uzmanlığa sahip kişiler tarafından bireylere korunma metodlarının kullanımı ve seçimi hakkında danışma sağlar (9/4).

### II.3.7. Halk Sağlığı Hizmetleri

Halk sağlığı hizmetlerindeki reformların ilk basamağında mevcut sınırlı bütçe kaynaklarından, jinekolojik yardım, ana ve çocuk sağlığı ve sosyal tehlike teşkil eden hastalıklarla ilgili sağlık kurumlarını içeren birincil sağlık hizmetlerinin modern biçimlerine doğru bir yönelme söz konusudur. Diğer sağlık hizmetleri giderek devlet bütçesinden ayrılmaktadır ve çeşitli ödeme şekillerine dönüştürülmektedir. Bu bağlamda, özel sağlık hizmetleri ve uygulamalarının iç gelişimine özellikle dikkat çekilmektedir (6/45).

Hijyen (sıhhi) ve epidemiyolojik hizmet sistemi dikey bir şekilde organize edilmiştir. Ulusal, bölgesel ve belde düzeylerinde hizmet verilmektedir. Yakın bir zaman önce Taşkent Tıp Enstitüsü'nde açılan bir eğitim programına kadar ülkede halk sağlığı uzmanları bulunmamakta idi.

Ülke çapında uygulanan beslenme programlarına çok az önem verilmektedir. Malnütrisyon çocuk ve kadınlar arasında sağlığın kötüleşmesinde önemli bir faktördür. Kadın ve çocuklarda anemi ve mikro gıda eksiklikleri öncelikler arasındadır. Birincil sağlık hizmetlerinde neler yapılabileceği ve gelişim geriliği prevalansının en yüksek olduğu fakir kırsal bölgeler başta olmak üzere, toplum içinde beslenme durumunda önemli bir değişiklik yapabilecek hangi faaliyetlerin gerçekleştirilebileceği konusunda daha fazla araştırma ve uygulama yapılmasına ihtiyaç vardır.

Her ne kadar bir dizi halk sağlığı önlemi uygulanmakta ise de, ulusal düzeyde öncelikli halk sağlığı konularını ele alacak iyi bir strateji ve programın geliştirilmesi gerekmektedir (2/6).

Sağlık Bakanlığı HIV/AIDS ile mücadelenin ulusal programlarını uygulama ve koordine etmede öncülük eder. Ayrıca HIV salgınına karşı mücadele programı içerisinde 2003-2006 yıllarında Maliye, İçişleri, Eğitim, Adalet, Çalışma Ve Sosyal Güvenlik bakanlıklarının görev ve rolleri belirlenmiştir.

Özbekistan'da HIV/AIDS salgını başlangıç aşamasında olmasına rağmen büyük bir salgına yol açabilecek potansiyele sahiptir. 2000 yılından itibaren şırıngalı uyuşturucu kullanıcılarının artmasına paralel olarak AIDS vakalarında da artış oldu. Ülke genelinde hastalığın yaygınlık oranı düşük olmasına rağmen AIDS vakalarının artışı önemli oranda olmaktadır. Aralık 2004 itibarıyla 5612 HIV vakası başvurusu yapılmıştır. 100.000'den fazla şırıngalı uyuşturucu kullanan vatandaşı olan ülkeler arasında bu artış en fazla Özbekistan'da görülür.

Hastalığa yakalanma riski en yüksek ve hastalığa karşı en savunmasız gruplar uyuşturucu kullanıcıları, mahkûmlar, hayat kadınları ve onlarla beraber olanlardır. HIV vakalarının %84'ü erkeklerde görülür. Vakaların %50'sinden fazlası mahkûmlarda, %75'i ise uyuşturucu kullanıcılarında görülür (7/1).

Doğrudan Gözlemlenen Kısa Süreli Tedavi Programı olarak ta bilinen Dünya Sağlık Örgütü protokolüne göre, Özbekistan'ın batı bölgesi tüberküloz hastalarını tedavi için pilot bölge olarak seçilmiştir. Bu program, ilaca karşı dayanaklı tüberküloz çeşidini tedavi için bir stratejidir (9/5).

Tüberkülozdan ölümlerin sayısı her 100.000 kişide 12,8'i olmak üzere 1995-2002 yılları arasında %46.8 oranında artış göstermiştir. 2002'de her 100.000 kişiden 79'a ulaştı. Ülke, sağlık reformunda ve bazı sağlık göstergelerindeki ilerlemelerde kısmen başarı sağlanmıştır (6/45).

### II.3.8 Seyyar / Ambulatör Sağlık Hizmetleri

Cumhuriyet Acil Tıbbi Yardım Bilim Merkezi (CATYBM), bölgelerde 12 daldaki geniş kentsel bölgelerdeki hastahanelerde 171 yerde, havada ve karada ambulans hizmetleriyle birlikte halka acil tıbbi yardım sağlamak amacıyla kurulmuştur. Ülkenin bütün acil tıbbi yardım kapasitesi, 3.665'i CATYBM dalları ve içinde bulunan 8.240 hastahane yatağı ve merkezi bölge ve belediye hastahaneleri yapısı dahilinde 4.575 yataktır.

1996'dan 2003'e kadar 3.100'ün üstünde hemşire-ebe birimi (toplamın %50'si), ve 500 kırsal medikal ambulans istasyonu (toplamın %43.499'u) kapatılırken, 2.363 kırsal sağlık istasyonu açıldı (6/45).

### II.3.9. Eczahaneler Ve Eczacılık Hizmetleri

Eski Sovyetler Birliği döneminde Özbekistan eczacılık endüstrisinin en gelişmiş olduğu ülkelerden biri idi. Sovyetler Birliği döneminde Özbekistan'da 2 ana ecza firması vardı. Bunlardan biri "Uzkhimpharm" diğeri ise serum, aşı ve bağışıklık ile ilgili ilaçlar üzerinde uzmanlaşan bir kuruluştur. Bugün Özbekistan'da eczacılık sektörü devlet ve özel sektör olmak üzere iki bölümdür. Devletin eliğindeki başlıca araç, aralarında 70'i aşkın bayisi ile "Uzkhimpharm"dır. Özbekistan'da yaklaşık eczacılık üretim ve paketlenmesi ile ilgili 30 tane özel kuruluş vardır (11/1,3).

1997 yılında 'İlaçlar Ve Eczacılık Faaliyetleri" yasası ile Özbekistan ilk yasal düzenlemeyi yapmıştır. Cumhuriyet Sağlık Bakanlığı, İlaç Ve Tıbbi Donatım Kalite Kontrolü birimi yasanın işleyişinden, tüm ilaç politikası ve uygulamasından sorumlu tek ana düzenleyici birimdir. 1995 yılında Başkanlığa ait kararlar birim hem idari hem de düzenleyici işleve sahip ilaç kontrol merkezi olarak kurulmuştur. Kalite kontrol, standartlandırma, ilaç, tıbbi gıdalar ve donatının sertifikalandırılması alanlarında tek devlet kuruluşudur.

1991 yılındaki bağımsızlığından önce, eski Sovyetler Birliği'nin Sağlık Bakanlığı Özbekistan'daki ilaç üretimini denetliyordu. Bağımsızlığından bu yana kendi ilaç ve aşılarını sağlama, ulusal ilaç politikasını koruma ve yürütme imkanı bulmuştur.

Dori-Darmon, hastahanelerin temel ilaç kaynağıdır. Her hastahane bu kurum ile yıllık plan hazırlar ve ilaç teslimleri haftalık esasa göre düzenlenmiştir. Ayrıca özel ilaç dağıtıcıları da vardır. Bunlar sadece eczahane, poliklinik ve özel merkezlere ilaç temin ederler.

Özbekistan'ın yurt içi ilaç üretimini artırma, temel ilaç üretimini karşılamakta yeterli olabilmek, kan hazırlığı, kan ürünleri üretebilme alanında uzun vadeli bir stratejisi vardır. Yurt içi endüstrisinde güçlü yatırımlar yapılmıştır. Uluslararası pazarlama standartlarının yurt içi eczacılık üretimine uyarlanması amaçlanmaktadır. Bazı yerel ihtiyaçları karşılayarak ve komşu ülkelere ilaç ihraç ederek, dışarıda üretilen ilaçları almaya çalışırken, oluşan sorunlar ortadan kaldırılabılır (11/1-3).

### II.3.10. Sosyal Güvence Ve Sosyal Hizmetler

Özbekistan Cumhuriyeti'nin Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı istihdam, emek, sosyal güvence ve toplumun sosyal olarak korunması alanlarında çalışır.

Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının temel görevleri şunlardır:

-Vatandaşların refahlarının daha iyi ve dengeli olmasını sağlamayı hedef alan tek bir sosyal politika oluşturmak ve uygulamak, ekonominin liberrizasyonu ile birlikte halkın sosyal korunmasını artırmak.

-Demografik gelişim planları oluşturmak, bunları uygulamak ve kontrol etmek, iş sahaları yaratmak ve özellikle genç kesim arasında istihdamı artırmak.

-Piyasa şartları ile uyumlu olacak şekilde istihdam ilişkilerini kontrol etmek; istihdam şartlarını, örgüt güvenliği için oluşturulan sistemleri ve çalışma şartlarını iyileştirmek.

-Emekliler, sakat insanlar, çok çocuklu ve fakir aileler için bir sosyal güvenlik yaratmak ve bunun işlemlerini sağlamak. Nüfusun sosyal olarak tehdit altında olan kısımlarını hedef alan etkili teknikler geliştirmek.

-Sosyal garantinin örgütlenmesi ve yönetilmesi, sosyal hizmet uzmanlıklarının etkinliklerinin denetlenmesi, bozulmuş hizmetlerin rehabilite edilmesi, nüfusa protez ortopedik yardımın verilmesinin örgütlenmesini sağlamak (12/1).

Sosyal refah sistemlerinin gelişimi, reformların en başından beri hükümetin önceliğindedir. 1994'ten başlayarak genel refah kapsamını reddeden, ihtiyacı olan ailelere yardım sağlayan bir yapı geliştirilmektedir.

Özbekistan'da güçsüz nüfus gruplarını desteklemeyi hedef alan geniş kapsamlı bir refah mekanizması kurulmuştur. Bunun uygulanması aşağıdaki maddeleri içerir.

- Engellileri, öksüzleri ve yalnız yaşlıları kapsayan bir sosyal güvenlik sistemi,
- Maaşlıları kapsayan sosyal sigorta,
- Yoksul ailelere ve ihtiyacı olan vatandaşlara sosyal yardım sağlayan bir sistem,
- Belli nüfus kategorilerine tanınan bir sosyal imkânlar sistemi,
- Emeklilik sistemi kapsamında olmayan vatandaşlara yardım sağlayan bir emeklilik sistemi ve iş bulmalarına yardımcı olan bir sosyal sistem.

Özbekistan, yoksul ailelerin sağlık hizmetlerine kolay erişmelerine yardımcı bulunan, temelde ücretsiz bir sağlık sistemine sahiptir.

Günümüzde, hemen hemen ihtiyacı olan bütün gruplar sosyal yardım kapsamındadır ve 2.2 milyon aileden fazla ya da nüfusun %40'ından fazlasına yaklaşık olarak 30 tür sosyal yardım, yasal olarak sağlamıştır. 2003'te yoksul ailelere yapılan sosyal transfer ödemelerinin miktarı toplam devlet bütçe giderlerinin %6'sını oluşturmaktadır. Emeklilik ve yardımlarda eklenirse son 5 yıl boyunca yapılan sosyal refah harcamaları, Gayri Safi Milli Hâsıla'nın %23'ünü oluşturmaktadır. Eski SSCB Cumhuriyetlerindeki diğer ülkeler ve Doğu Avrupayla karşılaştırıldığı zaman bu çok yüksek bir göstergedir (8/18,19).

## II.4. Sağlık Sisteminin Finansman Yapısı

### II.4.1. Sağlık Hizmetleri Arzının Finansmanı

Geçiş döneminin başlangıcından beri, bir çok eski Sovyet Cumhuriyetleri gibi bir zamanlar cömert bütçe harcamalarından, yeni bir sağlık hizmetleri sistemine doğru reform yapmak durumundadır.

Sağlık sektörü, Sovyet dönemi mirasını geliştirmektedir. Bugünkü sağlık hizmet sunumunun finans ve organizasyonu, hükümetin ve kurumların çeşitli basamaklarında gerçekleşir.



Devlet, sağlık sistemini reformlarının yönetimden ve Başkan tarafından onaylanmış kararlarla birlikte, ulusal sağlık önceliklerinden sorumlu olan Bakanlar Kurulu yolu ile, sağlık sektörünün denetleyicisi olarak görev yapar (4/16).

Özbekistan'da merkezi otorite ulusal düzeyde kamu hizmetler ve özel hizmetler (örneğin uzmanlaşmış tıbbi olanaklar) sunmakla yükümlüdür.

Yerel yönetimler de kendi yetki alanlarındaki giderlerden sorumludurlar. Ulusal düzeydeki kamu hizmetler savunma, milli güvenlik ve adaletten oluşurken, bölgesel düzeydeki kamu hizmeti genel eğitim, sağlık hizmetleri vb. oluşmaktadır.

İnsan gelişiminde çok önemli yeri olan eğitim ve sağlık alanındaki harcamalar genelde yerel bütçelerden sağlanır. 2003 yılında neredeyse eğitim harcamalarının %87'si ve sağlık harcamalarının %88'i bölge ve rayon ile şehirlerin bütçelerinden karşılanmıştır.

**Tablo 3: Farklı Bütçelerin Toplam Sosyal Harcamalardaki Oranı**

	Merkezi Bütçe	Cumhuriyet Bütçesi	Nahiye Bütçesi	Bölge Bütçesi
<b>Sosyal Alan</b>	<b>100</b>	<b>17</b>	<b>24</b>	<b>59</b>
Sağlık Hizmetleri	100	14	29	56
Sosyal Refah	100	64	18	18
<b>Sosyal Güvenlik</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>23</b>	<b>75</b>
Çocuk Yardımı ve Sosyal Yardım	100	0	5	95
Sosyal hizmetlerin maliyetlerindeki artışın geri ödenmesi	100	2	95	3

Kaynak: (6) UNDP (2005) Human Development Report Uzbekistan s.54

Harcama sorumlulukları genelde bu iki yetkili kademe arasında paylaşılır. Harcama sorumluluklarında katı kısıtlama ve sınırlamaların olmaması, yeni kurulmuş bütçe organizasyonlarına ödenek ayrılmasında anlaşmazlıklara yol açmakta, yetkililerin bütçe fonlarının kullanımındaki sorumluluklarını ve halka nitelikli hizmet verilmesini bulanıklaştırmaktadır.

Sosyal alan ve sosyal koruma yerel bütçelerin toplam harcamalarının büyük kısmını (2002 yılında %71) oluşturmaktadır (6/54)

Sağlık hizmetleri için kaynaklar çoğunlukla yerel yönetimler tarafından sağlanmaktadır. Bölge ve şehir bütçeleri sağlık hizmetleri harcamalarının % 57'sini finanse etmektedir. Özel merkezler ve ulusal sağlık hizmeti uygulamaları cumhuriyet bütçesinden karşılanmaktadır (6/46).

Genel yönetimlerin sağlık hizmeti sistemi için sorumlulukları alt birimlere dağıtırken, mevcut uygulamalar ve kendi bölgelerindeki sağlık ihtiyacı hakkında daha iyi bilgilendirildikleri düşünülmüştür.

Kırsal kesimdeki birincil sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması sonucu olarak 2.363 kırsal sağlık uygulamasının %50'si yerel bütçe fonlarından yararlanılarak yeniden yapılandırılmıştır.

Kırsal sağlık uygulamalarında, karar yetkisinin tanındığı Ferghana bölgesinde bir deney yürürlüğe kondu ve kişi başı harcama (percapita) normları esas alınarak bölgesel bütçeden finanse edildi.

Bu, kaynakların daha etkili kullanılmasını sağladı ve kaynağın koruyucu sağlık hizmetlerini genişletmek için tahsis edilmesine fırsat tanıdı.

**Tablo 4: Yerel ve Merkezi Bütçeden Sağlık Ödemeleri**

GİDERLER	Merkez Hükümet	Bölgesel Hükümetler
SAĞLIK HİZMETLERİ	Cumhuriyet Özel - Dal Merkezleri (kardiyoloji, cerrahi vb.)	Hastahaneler
	Cumhuriyet Kademe Hastahaneleri	Kırsal sağlık hizmetleri
	Acil Sağlık Hizmetleri Kurumu ve Eğitim Hastahaneleri	İlk yardım ve acil sağlık
	Araştırma ve Uyg. Kurumları ve Hastahaneleri	Felçler ve obstetrik hizmetleri
		Sihhi ve salgın istasyonları
		Kan bankaları

**Kaynak:** (6) UNDP (2005) Human Development Report Uzbekistan, s.47

Özellikle gelişmemiş bölgelerde, finansal kaynakların meydana gelmesini sağlayan yerel yeterlilik oldukça sınırlıdır. Dahası, yerel yönetim harcamalarının çoğu, ulusal vergilerin bir kısmından ve yüksek dereceli bütçe ödenekleri tahsisatı yoluyla karşılanmaktadır. Özbekistan'da toplam yerel bütçe kaynaklarındaki yerel vergilerin oranı hâlâ düşük (yaklaşık %17) olduğu ve sağlık hizmetlerinin diğer harcamalar gibi öncelikle ulusal bütçeden karşılandığı düşünülebilir. Sonuç olarak, halk sağlığı harcamalarında etkili kullanımı artırmada, tahsisatlarda şeffaflığı sağlamada ve birincil sağlık hizmeti finansını geliştirmedeki sorunlar sürmektedir (6/46).

#### II.4.1.2 Sağlık Hizmetleri Arzında Kamu Harcamaları

Gayri Safi Milli Hasıladan ve toplam bütçe giderlerinden yapılan kamu sağlık hizmeti harcamaları 1995'te %3,8'den 2003'te GSMH'nin %2,5'ine düşmüştür. Gerçekten bugünkü giderler 1992'den beri GSMH'nin bir payı olarak yarıya inmiştir. Dış krediler ve yerel devlet bütçesi tarafından kabaca eşit olarak finanse edilen sağlık yatırımları, 1995-2003'te GSMH'nin ortalama %20'sini oluşturacak kadar düşüktür. Bütçe gelirlerine 2002'de 9,6 trilyon Soum eklenmiştir (GSMH'nin %1'i, ya da hazine giderlerinin %5'i) (4/19). GSMH'nin bir payı olarak sağlık harcamaları, hâlâ komşu ülkelerden ve düşük gelirli ülkelerden daha yüksektir. Kişi başına harcama düşük gelirli ülke ortalamasından daha azdır.

Aslında kişi başına sağlık harcaması önemli ölçüde azalmıştır ve sadece 8 ABD \$'dır. Özel harcamalar Özbekistan'da daha düşük görünmektedir. Hükümetin aile yaşam standartları araştırma sonuçları, resmi olmayan ödemeler dahil olmak üzere, sağlık harcamalarının çoğunun doğrudan kişisel harcamalar olduğunu göstermektedir.

Sağlık harcamaları eşitsizlikleri giderememektedir. Yoksulluk oranının yüksek olduğu bölgeler daha zengin bölgelere kıyasla sağlık hizmetlerine kişi başı harcamaları daha düşüktür.

Zenginlerin, kentsel nüfusun daha fazla yararlandığı yataklı bakımda eşitsizliğe devam edilmektedir. OECD 2001 ülkelerindeki yataklı tedaviye harcanan paranın ortalama %38 olduğu düşünülürse, sağlık bütçesi giderlerinin yeniden tahsis edilmesi ve rasyonalizasyonu çok yavaş ilerlemektedir denilebilir. Ayakta tedavi hizmetlerine harcanan kamu giderleri payı 1995-2003'te %60 olmuştur. Hastahanelere ayrılan bütçe yalnızca %4 azalma göstermektedir ve %5'i acil durum hizmetleri, hastahane ve epidemiyolojik merkezler gibi diğer merkezlere ayrılmıştır. Hastahanelere yapılan kamu harcamalarındaki sınırlı azalma, hükümetin daha etkili birincil ve ayakta tedavi önceliklerini uygulamasını yavaşlatmaktadır. Gerçekte hastahanelerdeki hasta kabulü, yatak sayısı ve ortalama yatış süresi %3-15 oranında azalmıştır. Hastahane personeli sayısı, doktorlarda görülen küçük bir artışa karşın sadece %2 oranında azalmıştır (4/20).

Fakirlik insidansının yüksek olduğu bölgelerde, daha zengin bölgelere nazaran sağlık hizmetlerine daha az harcama yapılmaktadır. Örneğin Sirdarya Semerkant'a göre sağlığa iki kat daha fazla para harcamakta olup, fakirlik oranı Semerkant'ın yaklaşık üçte biri kadardır. Kaşkadarya'nın fakirlik insidansı ülke çapındaki en yüksek olanlardan bir tanesi olduğu halde sağlık hizmetlerine kişi başı harcama tutarı en düşük olan bölgedir. Bu bütçe özellikleri muhtemelen şu anki bütçe uygulamalarının geçmişte yapılan uygulamalar ile paralellik gösterdiğini, var olan sağlık yapısının bu şekilde korunduğunu ve nüfusun ihtiyaçlarına göre bütçenin ayarlanamadığını göstermektedir. Bölgeler içindeki sağlık harcamalarında da benzer durumlar mevcuttur ve bölge yönetimlerinin, kaynakları zengin kesimden fakir kesime kaydırmasındaki yetenekleri kısıtlıdır (4/21).

Bütçe yatan hasta hizmetlerini desteklemeye devam etmektedir. Bu durumdan zengin ve kentte yaşayan kesim daha fazla faydalanmaktadır. Sağlık bütçesinin üçte ikisinden fazlası halen hastahanelerde harcanmaktadır. Halbuki 2001'de OECD ülkelerindeki hastahane harcamalarının oranı genel sağlık bütçesi içinde ortalama olarak yüzde 38 olmuştur (OECD Sağlık Bilgileri, 2003). Bu durum aynı zamanda kentsel ve kırsal toplumlar arasında sağlık kaynaklarını kullanma açısından var olan eşitsizliği de yansıtmaktadır. Kırsal nüfus ilk anda hastahane dışında tedavi olmaya çalışırken (%57'ye karşın %26), kentsel nüfus ilk önce poliklinik ve hastahanelere başvurmaktadır (Dünya Bankası 2003). Zengin ve fakir kesim tarafından kullanılan hizmetlerin bu genel görüntüsü, hane halkı gelir araştırmasından elde edilen sonuçlarla desteklenmektedir (14/21,22).

Harcamaların akılcılaştırılması ve tekrar dağıtımı çok yavaş olmaktadır. Her ne kadar ayakta tedaviye aktarılan kamu harcamalarının oranı 1995 ile 2003 yılları arasında artmış olsa da (ayakta tedaviye aktarılan devlet bütçesinde yüzde 9'luk bir artış, %11'den %20'ye), bunun sadece yüzde 4'ü hastahanelere ayrılan bütçelerin azaltılmasından, yüzde 5'i ise diğer hizmetlerdeki –örneğin acil hizmetler, dezenfeksiyon istasyonları, sıhhi ve epidemiyolojik istasyonlar gibi- kısıtlamalardan oluşmuştur. Hastahanelere yapılan kamu harcamalarında kısıtlı azalma olması, devletin maliyet olarak etkin birincil sağlık hizmetlerine ve ayakta tedaviye yapacağı yatırımları yavaşlatmaktadır. Aslında hasta yatışları, yatak sayıları ve ortalama hastahane yatış süresi yüzde 13-15 oranında düşmüş ve hastahane sayısı %9 azalmıştır. Genel olarak hastahane personelinin sayısı sadece %2 azalmış, hastahane çalışan doktor sayısında ise hafif bir artış olmuştur (14/22).

Ayakta tedavi veren kurumlar ile karşılaştırıldığında hastahanelerde görev yapan personel sayısı orantısızdır (doktorların %62 ve toplam sağlık personelinin %70'i hastahanelerde görev yapmaktadır. Ayakta tedavi hizmeti veren kurumlardaki personel sayısı 1998-2003 yılları arasında her ne kadar yüzde 19 oranında artmış olsa da, bu durum genel olarak sağlık sektöründe çalışan insan sayısının artmasına bağlıdır, Çünkü hastahanelerde çalışan insan sayısında belirli bir azalma olmamıştır.

Bütçede maaşların yüksek bir yer tutması, ekipman ve ilaç gibi diğer tekrarlayan (cari) harcamalarda kısıtlama yapılmasına yol açmaktadır. 2001 yılında Özbekistan toplam harcamalarının %60'ını personele ve sadece %10'unu ilaçlara yapmışken, Almanya'da bu oranlar sıra ile %49 ve %16, Kanada'da sıra ile %25 ve %16 olmuştur. Ek olarak hastahanelere ayrılan bütçenin yaklaşık %10'u ilaç harcamaları için ayrılmış olmasına rağmen, pratikte bu harcama sıklıkla çok daha azdır. Yarı özel ilaç dağıtıcısı olan Dori-Dormon'un hastahanelere sağlanan ilaçların %40 ila 70'ini, belki daha fazlasını sağladığı rapor edilmektedir. Her ne kadar Dori-Dormon sağlık kurumlarına yönelik olarak kaliteli bir arz sağlamış olsa da, bu arzın sağlanması veya ilaçlarda en iyi fiyatları belirlemek için en verimli yöntem değildir. Aslında Fergana'da piyasada bulunan ilaç fiyatları hakkında yapılan bir araştırmada, fiyatların, uluslararası fiyatların medyan ortalamasından %64 ila 494 daha fazla olduğu tespit edilmiştir (4/22).

Kırsal Doktor Merkezleri (KDM) kurmak üzere ilerlemeler kayıt edilmiş olsa da, şu anki bütçe düzeyi tam fonksiyon görececek bir birincil sağlık hizmeti için yetersizdir.

Bölgelerde yapılan KDM araştırmasında bir dizi KDM'nin su, kanalizasyon, telefon hattı, ısıtma ve elektrik gibi temel altyapılardan yoksun olduğu saptanmıştır. Ek olarak pilot bölgelerden toplanan kanıtlar, birçoğunun güç kesintisi ile iş görmek zorunda kaldığını ve bazılarının günde bir saatten daha kısa süreli olarak elektrik kullanabildiklerini göstermektedir. Tüm bunların sonucu olarak, birçok ekipman verimli bir şekilde kullanılamamaktadır. Bölge seviyesinde havuz oluşturulamadığı için, nahiyeler arasında bütçe farklılıkları görülmektedir. Örneğin 2003 yılında nahiyeler arasında kişi başına düşen sağlık harcamalarında anlamlı farklılıklar olduğu hesaplanmıştır. Bu farklılık, yatan hastalarda Taşkente 2.000 ila 5.500 Soum arasında, Audican'da ise 3.000 ila 5.000 Soum arasında olmuştur.

Her ne kadar birincil sağlık hizmetleri için fazlalık olan hastahane yataklarının kapatılması ile kaynak bulunması amaçlanmış olsa da, hastahane rasyonalizasyonu beklenildiği düzeyde olmamış ve elde edilen gelirler acil hastahanelerinin kurulmasına ve ekipmanlarının sağlanmasına harcanmıştır. Bu durum devamlı olarak KDM'lerde verilen bazı hizmetlerin aksamasına neden olmuştur (4/23).

## II.4.2.Sağlık Hizmetleri Talebinin Finansmanı

### II.4.2.1.Doğrudan Kişisel Ödeme

Sağlık hizmetleri sistemi, merkezi gücü sınırlandırılmış olarak planlanan ve finanse edilen bir sistemden, daha fazla bölünmüş, harmanlanmış ve doğrudan kişisel harcamalara dayalı bir sisteme doğru kaymaktadır. Sağlık hizmeti sunumu, hükümetin bazı uygulamaları (öncelikle üçüncül ve özel dal hizmetleri için) ve belli bakanlıkların (savunma, dışişleri) veya girişimlerin (madencilik) çalışanları için paralel bir sistem yoluyla dikey olarak sunulmaya devam etmesine rağmen, öncelikle bölgesel (oblast) ve belediye (kırsal bölgelerdeki rayon) uygulamalarına devredilmiştir. Bu paralel sistemler, Novai bölgesindeki gibi birçok istisna ile, daha geniş Cumhuriyet Sağlık Bakanlığı yürürlüğündeki hizmet sistemi içinde birleştirilmektedir (4/16).

Yoksullar, uygulamalara erişmek için ulaşım sıkıntısı ile birlikte hizmetler için çok fazla harcama yaparak, sağlık hizmeti alırken birçok engelle karşılaşmaktadırlar. Ayrıca sistemdeki ayrımcılık ve mevcut şeffaflık eksikliğinden dolayı sıkıntılara maruz kalımlarıdır. Dünya Bankası 2003 verileri, yoksullara düşen doğrudan kişisel sağlık harcamalarının oranı olduğunu göstermektedir. Resmi olmayan ödemeler, sağlık hizmeti alanların 2/3'ten daha fazlasında görülmektedir. Sağlık hizmeti için ödeme oranının, Fergana'daki kronik durumlarla mücadele eden ve muhtemelen yaşlılardan oluşan düşük gelirli gruplarına yönelik sağlık hizmetlerini düzeltmek için alınan kararları etkilediği rapor edilmiştir (4/20).

Devletin yaptığı reformlar bazı birey, hizmetler ve kuruluş tipleri için sağlık hizmetlerini ilaç ve alet alımlarını ücretsiz hale getirmiştir. Fakat bu istisna her zaman, ihtiyaç duyan fakirlere ulaşmamaktadır. Hastahane hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanma hakkı tanınan toplum grupları her zaman fakirlik durumu (gelir, iş durumu) ile ilişkili değildir. Ayrıca şu anki istisnalar Özbekistan'da premature ölümlerin ana sebeplerinden olan kardiyovasküler veya kronik solunum hastalıkları gibi ciddi kronik hastalıkları tamamen kapsamamaktadır. Bunların sonucu olarak ücretsiz hizmet alabilenler sınıfında olmayan ama hastalığının tedavisinin acil olmadığı halde poliklinikte de tedavi edilemeyen fakir insanların hastahanelerden faydalanması çok zor olmaktadır, Çünkü hastahanelerin masrafları tamamen hasta tarafından karşılanmaktadır. Ek olarak devletin ücretsiz sağlık hizmetlerinden faydalanabilmek için koyduğu kurallar her zaman şeffaf olmamaktadır ve Dünya Bankasının yaptığı kalitatif araştırma hekimlerin ve hastaların her zaman bu haklardan haberdar olmadığını göstermektedir. Hizmetlerinin parasını hastalardan alan kurumlar her zaman bir fiyat listesi yayınlamamakta ve hastalar faydalandıkları hizmetlerin tam ne kadar tutacağını önceden bilememektedirler (4/20,21).

#### II.4.2.2. Sağlık Sigortası

Özbekistan Devletinin sağlık sigorta politikası yoktur. Sağlık sigortası özel bankalar ile yapılan antlaşmalar ile sağlanabilmektedir, fakat bunu kimse yapmamaktadır çünkü hiç kimse o bankanın sağlık harcamalarını karşılayacağına inanmamaktadır.

Bazı uluslararası bankalar ülke dışına çıkan insanlara sağlık sigortası yapmaktadırlar ama bu uygulama sadece seyahat sırasında yapılan, geçici bir uygulamadır (3/12).

Gönüllü sağlık sigortası hali hazırda bir seçenek değildir. Su anda yaygın olarak yapılamamakta ve fakirlerin bu tür bir sigorta yaptıracak maddi olanakları bulunmamaktadır (4/21).

#### I.4.3. Sağlık Hizmeti Reformları ve Sonuçları

Ücretsiz sağlık hizmeti sağlayarak, sistemi daha geniş olan özel sektör açmayı amaçlayan Özbek Sağlık sisteminin ana reformları 1993'de başlatılmıştır (4/16).

Öncelikle ayakta tedavi hizmetleri için hizmet sunumunun çokluk yapısı yataylaştırılmakta, ilerleme kaydedilmiştir.

Küçük kırsal hastahaneler, ebelik istasyonları ve paramedik merkezlerin sayısı azaltılmıştır. Bunlar ülke çapında temel birincil hizmetlere erişimi geliştirmek için sayıca çoğaltılan kırsal doktor merkezleri ile yer değiştirilmiştir.

Hükümet, halk fonu tarafından karşılanan ücretsiz hizmet paketinin birer parçası olan birincil hizmet gelişimine ve acil durum merkezlerine yatırım yapmıştır. Hükümet, üç pilot bölgede (Fergana, Novai, Sirderya) daha büyük finansal ve örgütsel özerklik, rayon ve uygulama basamağı, teşvik temelli finans ve gereksiz uygulamaların kapatılmasını sağlamıştır.

Bu, oblast seviyesindeki primer hizmetler için bir fon havuzu ve oblast yönetimlerden, doğrudan birincil hizmet merkezlerinin kişi başı harcama olarak finanse edilmesini kapsamıştır. Bu reformlar finasta yönetimin bir tabakasını (rayon seviyesi) azaltmış ve kırsal tıp merkezlerindeki kaynakların ulaşılabilirliği artmıştır.

Özellikle birincil ve acil durum hizmetlerinin yanı sıra halk fayda paketi, yüksek uzmanlık hizmetleri olmak üzere azaltılmaktadır. Sonuç olarak birçok hastahane kendi kendini finanse etmeyi planlamaktadır. Acil yardım ve birincil sağlık hizmetleri hariç, bütün uygulamaların %50'si kişilerin kendi bütçelerinden finanse edilecektir.

Bunun ilk olarak 2005'te yapılması planlanıyordu. Şimdilerde, Daha uzun bir geçiş dönemi görülmektedir. Hükümet fonları tarafından karşılanan ücretsiz hizmet almak için hastalara sağlık karnesi gerekmektedir (4/17,18).

#### II.4.4. Projeler Ve Sonuçları

Özbekistan hükümeti ve Dünya Bankasının anlaşmasıyla, 1998'de başlatılan, Fergana, Navoiy ve Sirderya'da başlatılan "Birinci Sağlık Projesi"nin uygulaması 2004'te tamamlanmıştır.

Bu proje dâhilinde birincil sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, genel doktorlar ve hemşirelerin eğitilmesi, birincil sağlık hizmetlerinin finansı ve yönetiminin geliştirilmesi ve kırsal sağlık uygulamalarında her bölgeye bölgesel bütçe kaynaklarından ödeme uygulaması tanıtıldı (6/47).

“İkinci Sağlık Projesi” önerisi, Birinci Sağlık Projesi üzerine inşa edilmiştir ve onu takip eder. İkinci Sağlık Projesinin amacı, Özbekistan’daki sağlık hizmetlerinin kalitesini ve kapsamını geliştirmektir. Başlıca hedefleri şunlardır:

- 8 bölgede birinci hizmet programının tamamlanması (Semerkand, Surkhandarya, Namangan, Andican, Djizzak, Fergana, Navoiy, Sirdarya) ve genel pratisyenlerin ulusal olarak kurumlaşması,
- Hizmet sunumunun etkisine ve etkinliğine dayalı finans ve yönetim reformlarını genişletmek,
- Denetim, halk sağlığı eğitimi ve yaygın hastalıkların kontrolü dahil olmak üzere halk sağlığı hizmetini geliştirmek,
- Cumhuriyet Sağlık Bakanlığı bünyesinde reform sürecinin daha iyi takibi, değerlendirilmesi, yeniden yapılandırma sürecinin daha iyi yönetilmesi kapasitesinin sağlanması.

İkinci Sağlık Projesi önerisinin, kırsal birincil hizmet modellerini yeni kentsel bölge pilot uygulamalarına doğru genişletilmesi, yeni genel pratisyen (GP) merkezleri, GP eğitiminin sağlanması, sürekli tıp ve eczacılık eğitimine ve kalite gelişimine verilen önem artırılması hedeflenmektedir.

Yanlış dağılım olaylarını gidermek için hekim bonus planı gibi bazı uygulamalar gerçekleştirilecektir. Hastahane hizmetleri için yeni ödenek sağlayıcı deneyler başlatılacaktır. Yeni bir rasyonelizasyon stratejisi hastahane hizmetlerini ve uygulamalarını birleştirme üzerine odaklanacaktır(13/1).

Sağlık sektörünün temel problemleri aşağıdaki gibi özetlenmektedir:

- Materyal ve teknik temelli eksikliklerin, kalifiye personelin ve ilaçların azlığı ve finans sisteminin yetersizliği sonucu, birincil sağlık hizmetlerinin gelişmemiş olması,
- Acil yardım hizmetlerinin tam donanımlı olmaması ve nüfusa sunulan acil yardım hizmetlerinin kalitesiz olması, profesyonel personel eksikliği,
- Ana çocuk sağlığından sorumlu kuruluşlardaki kalifiye personel eksikliği ve yetersiz materyal ve teknik kaynaklar yüzünden ana çocuk ölümü oranlarının yüksekliği,
- Hastahanelere sağlanan ilaç ve ekipmanların yetersiz olmasının, tüberküloz, HIV/AIDS ve uyuşturucu bağımlılığı gibi toplumu tehdit eden hastalıklarla mücadeleyi yavaşlatması,
- Genel olarak devlet hastahaneleri personelinin düşük ve zayıf oranlanmış farklılaştırılmış maaş derecelerinin, sağlık hizmetleri sisteminde olumsuz bir etki yaratması, bu durumun sağlık hizmetleri için ek harcamalara neden olması (8/16).

Sağlık hizmetlerindeki problemlerin çözümü için şu stratejiler önerilmektedir:

-Halka sunulan ücretsiz nitelikte birincil sağlık ve hastahane hizmetleri sistemini koruma; acil tıbbi yardım sistemini geliştirme ve özel dallarda sağlık hizmeti sağlayan kurumları, modern ekipmanlar, ulaşım araçları ve iletişim teknolojisi (uzak bölgeler dahil) yoluyla güçlendirmek ve halk sağlığı uzmanlarının eğitim kalitesini arttırmak,

-Halkı aşılama dâhil (öncelikle çocuklar), hastalık önlemeyi amaçlayan özel programların uygulanması, eksik elementleri de içeren yiyeceklerin zenginleştirilmesi ve sağlıklı yaşama tarzını teşvik eden bilinçlilik kampanyalarının yoğunlaştırılması,

-Bir dizi hedef önlemlerin ve öncelikle topluluk organizasyonlarıyla sivil toplumun katılımı yoluyla, hastahane ve epidemiyolojik çalışmaların geliştirilmesi,

-Sosyal olarak belirgin hastalıkların (tüberküloz ve HIV/AIDS dahil) teşhis ve tedavisi için tıbbi merkezler ağının güçlendirilmesi,

-Kadınlara ve verimli çağdaki çocuklara sunulan yardımın kalitesini geliştirme ve kurum potansiyelini güçlendirme,

-Mümkün olduğu ölçüde merkezden yerel yönetimlere yetki devri yoluyla özel sağlık hizmetlerinin gelişimi. Özel sağlık hizmetlerinin daha fazla gelişimine ve sağlık hizmet piyasasının tanıtılmasına izin vermek için, mevcut uygulamaların ve özel hizmet sağlayan kurumların aşamalı olarak özelleştirilmesi (13/1).

A. ERDAL

SIRGÜZMAN



### III. ÖZBEKİSTAN VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

**Tablo 6: Özbekistan Ve Türkiye Sağlık Göstergeleri**

GÖSTERGELER	ÖZBEKİSTAN	TÜRKİYE
Nüfus (2004) Milyon*	26.209	72,220
Yıllık Nüfus Artış Hızı (1994-2004) (2004) (%)*	1,5	1,6
Kentsel Nüfus Oranı (%) (2005)**	36	67
Doğuştan Beklenen Yaşam Süresi (2004)*	66	70
Kişi Başına Düşen Milli Gelir (2003) (US \$)**	420	2790
Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcaması (2002)**	143	420
Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH'ye Oranı (2003) (%) (US \$)*	5,5	7,6
Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (2003) (%) (US \$)*	43	71,6
Özel Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (2003)*	57	28,4
10000 Kişiye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısı **	108,5 (2003)	30,4 (2002)
10000 Kişiye Düşen Sağlık Çalışanı Sayısı **	136,5 (2003)	44,0 (2002)
Toplam Doğurganlık Hızı (binde) (2004)*	3,6	2,4
5 Yaş Altı Ölüm Hızı (1000'de)*	69	32
Toplam Doktor Sayısı (2003)*	71,623	96,000
Toplam Hemşire Sayısı (2003)*	256,183	121,000
Toplam Diş Hekimi Sayısı (2003)*	3,606	17,200
Toplam Eczacı Sayısı (2003)*	899	22,500
10.000 Kişiye Düşen Yatak Sayısı (2003)**	55	26
10.000 Kişiye Düşen Doktor Sayısı **	28	13,7

**Kaynak:** \* (14) WHO (2006) The World Health Report Working Together for Health

\*\* (15) WHO (2005) World Health Statistics

Bağımsızlık dönemine geçiş sırasında Özbekistan sağlık hizmetleri sistemi merkezi planlama ve devlet finansmanından, kamu ve vatandaşın kendisinin ödeme yaptığı karışık bir sisteme doğru değişme göstermiştir. Ayrıca kamu ve özel sektör iş birliğinde artma vardır.

Özbekistan geçiş döneminde merkezi planlama ve devlet finansmanı esaslı sağlık sisteminden, kamu ve doğrudan kişisel ödemelerin yapıldığı bir sistemizliğe doğru değişme göstermiştir. Bugün yürürlükte olan kamunun etkili olduğu Özel Teşebbüs / Serbest Pazar tipi bir yapıdan, Refah Yönelimli / Sigorta tipi yapıya geçme çabaları içindedir. Türkiye ise Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemi uygulaması içindedir.

Özbekistan'da sağlık hizmetlerinin finansmanının çoğu yerel yönetimler tarafından karşılanır. 2003 yılında yaklaşık olarak sağlık harcamalarının %88'i bölge ve rayon şehirlerin bütçelerinden karşılanmıştır.

Türkiye'de ise sağlık hizmetlerinin finansmanı genel bütçeden, sigorta primlerinden ve kişisel doğrudan (cepten) ödemelerle karşılanmaktadır.

Özbekistan'da Cumhuriyet Sağlık Bakanlığı tüm sağlık sistemini örgütleyen ve yöneten ana yönetici konumundadır. Türkiye'de ülke çapına sağlık politikalarını geliştirmek, uygulamak ve sağlık hizmetlerini sunmak resmi olarak Sağlık Bakanlığının görevleridir.

Özbekistan'da birincil sağlık hizmetleri kamu tarafından sağlanırken, ikincil ve üçüncül sağlık hizmetleri yerel belediyelere ait bölgesel hastahaneler, özelleştirilmiş hastahaneler, dispanserler ve klinik araştırma merkezleri tarafından sağlanmaktadır. Türkiye'de birincil, ikincil ve üçüncül sağlık hizmetleri kamu ağırlığı büyük olmak üzere, kamu ve özel sektör tarafından sunulmaktadır. İkincil ve üçüncül sağlık hizmetlerini genel hastahaneler, özel dal hastahaneleri ve merkezleri, eğitim hastahaneleri, üniversite hastahaneleri vermektedir.

Özbekistan'da devlet hastahanelerinin finansmanı, yerel ve merkezi bütçeden sağlanmaktadır. Türkiye'de devlet hastahanelerinin finansmanında temel kaynakları genel vergi gelirleri, sağlık güvence kuruluşlarının ödemeleri ve hastahanelerin sahip oldukları döner sermaye gelirleridir.

Sosyal güvence programları her iki ülkede de ağırlıklı olarak primleri düzenli ödeyen insanlara hizmet verme esasına dayanmaktadır. Ek olarak Özbekistan, yoksul ailelerin sağlık hizmetlerine kolay erişmelerine yardımcı bulunan, temelde ücretsiz bir sağlık sistemine sahiptir. İhtiyacı olan bütün gruplar sosyal yardım kapsamındadır. Türkiye'de mevcut sosyal güvence programlarının daha iyi hizmet verebilmesi için yasal çalışmalar sürmektedir. Ödeme gücü olmayan vatandaşların tedavi giderleri Yeşil Kart ile kamu kaynaklarından karşılanmaktadır.

Özbekistan'da bir doktora 369 kişi ve bir hemşireye 102 kişi düşerken, Türkiye'de bir doktora 752 kişi ve bir hemşireye de 826 kişi düşmektedir. Buna bakılarak Özbekistan'da sağlık hizmetlerinin Türkiye'den daha geniş bir personel ağı ile sağlandığı söylenebilir. Bunda Özbekistan'ın eski bir Sovyetler Birliği devleti olması nedeniyle geniş bir kamu personeli kesimine sahip olması rol oynamaktadır.

Her iki ülkede de sağlık hizmetlerinin arzı, talebi ve bunların finansmanında çok sayıda kamu ve özel kuruluşlar yer almaktadır.

Özbekistan ulusal sağlık yönetimi sistemi merkez, bölge ve nahiye, düzeyine ayrılmıştır. Nahiye bölgesel hastahaneler ve polikliniklerinin denetimi bölgesel sağlık otoritesi ofislerince yapılmaktadır. Türkiye'de sistem merkez ve taşra olarak teşkilatlanmıştır.

Özbekistan'da sağlık sistemi devletin bütçe yükünü azaltmak, kişisel doğrudan harcamaları bir sisteme bağlamak ve sağlık sektöründe daha fazla gelir aktarımı sağlamak için çoğunlukla ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerini içeren özelleştirmeler yapılmıştır. Türkiye'de sağlık sektöründe özelleştirmeyi amaçlayan politikalar geçmiş yıllardan beri var olmasına rağmen özelleştirme yaygın değildir. Sosyal güvence politikaları, sosyal güvenlik kuruluşları ile özel sağlık kurumları arasındaki işbirliğinin artması sonucu olarak özel sektör hızlı gelişmektedir.

Her iki ülkede kâr amaçlı yerli ve yabancı sektör yanında kâr amaçsız pek çok vakıf, dini grup ve derneğin kurduğu sağlık hizmeti sunan birimler ve hastahaneler vardır.

Özbekistan'da sağlık hizmetlerinin arzı ve arzının finansmanı merkezi bütçeden, ağırlıklı olarak yerel bütçeden ve özel sağlık sektöründen karşılanmaktadır. Türkiye'de ağırlıklı olarak kamu kaynaklarından karşılanmakta olup, bunun yanında özel sektör muayenehane, klinik, hastahane, laboratuvar, görüntüleme birimleri, ilaç ve malzeme üreticileri ve satıcıları da büyük bir paya sahiptir.

Özbekistan'da sağlık hizmetlerinin talebi ve talebin finansmanı engellileri öksüzleri ve yalnız yaşlıları kapsayan kamu kaynaklı Sosyal Güvenlik, yaşlıları kapsayan sosyal sigorta, yoksul ailelere ve ihtiyacı olan vatandaşlara geniş sosyal yardım ağırlığı büyük olmak üzere, kişisel doğrudan (cepten) ödemelerle karşılanmaktadır. Türkiye'de de kamu kaynakları ağırlığı büyük olmak üzere, sosyal sağlık güvence kuruluşları yanında, kişisel doğrudan ödemelerle ve az miktarda da özel sektör tarafından karşılanmaktadır.

Özbekistan'da eczacılık sektörü devlet ve özel sektör olmak üzere iki bölümdür. Kamu kuruluşu olan 70'i aşkın bayisi ile Uzknipharm, özel kuruluş olan Dori-Dorman ve 30 tane özel kuruluş vardır. Türkiye'de ilaç sektöründe 200 kadar kuruluş faaliyet göstermektedir. Her iki ülke de ilaç veya ham madde bakımından dışa bağımlıdır.

A. ERDAL

**KAYNAKLAR**

1. Ana Yayıncılık (2004) AnaBritannica Genel Kültür Ansiklopedisi, Ana Yayıncılık A.Ş. İstanbul cilt.17 sf.337-339
2. World Bank (2004) Uzbekistan Health II Project  
[http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2004/08/18/00104615\\_20040818155919/Rendered/PDF/PID0P051370.pdf](http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2004/08/18/00104615_20040818155919/Rendered/PDF/PID0P051370.pdf)
3. Rahimov, B.(2003) Young Leaders Program Nogoya Universtiy Japan Japanese Government Scholarship 1 Year Master's Course of Medical Administration  
[http://www.bakhodir.front.ru/report\\_country/RAHIMOVU\\_UZ](http://www.bakhodir.front.ru/report_country/RAHIMOVU_UZ)
4. World Bank (2005) Republic of Uzbekistan Public Expenditure Review  
[www.wds.worldbank.org/.../WDS/18/2005/04/05/0000120009-20050405092350/rendered/pdf/310140uz.pdf](http://www.wds.worldbank.org/.../WDS/18/2005/04/05/0000120009-20050405092350/rendered/pdf/310140uz.pdf)
5. MoPH (2004) Ministry of Public Health of the Republic of Uzbekistan  
<http://www.gov.uz/en/sections/cm?sectionid=2330>  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
6. UNDP (2005) Human Development Report Uzbekistan  
[http://www.undp.uz/images/stories/pdf/NHDR2005\(eng\).pdf](http://www.undp.uz/images/stories/pdf/NHDR2005(eng).pdf)
7. WHO (2005) Uzbekistan  
[www.who.int/3by5/support/june\\_uzb.pdf](http://www.who.int/3by5/support/june_uzb.pdf)  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
8. IMF (2005) Welfare Improvements Strategy Paper to the Republic of Uzbekistan for 2005-2010 Interim PRSP Document (I-wisp),  
<http://www.imf.org/external/pubs/ft/ser/2005ero5160.pdf>
9. Ministry of Health of Uzbekistan (2004) Health Examination Survey 2002, Analytical and Information Center, Ministry of Health of Uzbekistan  
[www.measurendhs.com/pubs/fr143/00frontmatter.pdf](http://www.measurendhs.com/pubs/fr143/00frontmatter.pdf)
10. Karima S. S. (2003) Technical Assistance to the Republic of Uzbekistan for Preparing the Woman And Child Health Development Project Asian Development Bank  
[www.adb.org/documents/tars/UZB/tar\\_uzb\\_36509.pdf](http://www.adb.org/documents/tars/UZB/tar_uzb_36509.pdf)
11. Kakherov, J. (2005) Opportunities in Uzbekistan's Pharmaceuticals Sector, BISNIS  
[www.bisnis.doc.gov/bisnis/bisdoc/0507uzbekistan\\_pharmaceuticals.htm](http://www.bisnis.doc.gov/bisnis/bisdoc/0507uzbekistan_pharmaceuticals.htm)  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
12. Ministry of Labor and Social Security of the Republic of Uzbekistan (2005) Ministry of Labor and Social Security of the Republic of Uzbekistan  
<http://www.gov.42/en/section.scm?sectionId=2332>  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
13. World Bank (2004) Uzbekistan Health II Project  
<http://www.wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDS/IB/2004/09/08/00104615-20040908125713/Rendered/PDF/ISDSOPO51370.Pdf>
14. WHO (2006) The World Health Report Working Together For Health  
[http://www.who.int/whr/2006/whr06\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf)
15. WHO (2005) World Health Statistics  
<http://www.who.int/entity/healthinfo/statistics/whostat2005en1.pdf>

A. ERDAL SARGUTAN