



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**ÖZBEKİSTAN SAĞLIK SİSTEMİNİN,
BELİRLEYİCİLERİ, ALT SİSTEMLERİ,
ÖRGÜTLENME YAPISI VE GÜÇLÜ YÖNLERİ
AÇISINDAN İNCELENMESİ**

Sadorat ABDULAZİZOVA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Prof. Dr. Sedat BOSTAN

TRABZON-2025

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak yapıldığını ve yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tarih

Sadorat ABDULAZİZOVA

(İmza)

İthaf

Bu yüksek lisans tezimi, benim bugünlere gelmem için hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan ve her zaman yanımda olan sevgili aileme, hiçbir zaman desteğini eksik etmeyen değerli danışmanım Prof. Dr. Sedat BOSTAN'a ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Tez sürecimde bana her zaman destek olan başta danışmanım Sayın Prof. Dr. Sedat BOSTAN'a teşekkür ederim. Kendisinin akademik rehberliği ve yönlendirmeleri olmadan bu çalışmanın tamamlanması mümkün olmazdı. Ayrıca, mülakatlar sürecinde zaman ayırarak değerli görüşlerini benimle paylaşan tüm sağlık çalışanlarına ve yerel yetkililere içtenlikle teşekkür ederim.

Ailem, bana sağladıkları manevi destek ve sabırla bu sürecin en büyük destekçileri oldular. Tez çalışmam boyunca bana güç veren tüm arkadaşlarıma ve Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsüne de katkıları için minnettarım.

Sadorat ABDULAZİZOVA

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇ KAPAK SAYFASI

ONAY

BEYAN

İthaf

TEŞEKKÜR

İÇİNDEKİLER

vi

TABLolar DİZİNİ

viii

ŞEKİLLER DİZİNİ

ix

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

x

ÖZET

xii

ABSTRACT

xiii

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1

2. GENEL BİLGİLER

7

2.1. Özbekistan Sağlık Sisteminin Belirleyicileri

7

2.1.1. Coğrafik Konum

7

2.1.2. Nüfus Yapısı

8

2.1.3. Ekonomik Durumu

11

2.1.4. Toplumsal ve Yönetmel Yapı

12

2.2. Özbekistan Sağlık Sistemi ve Altyapısı

13

2.2.1. Sağlık Hizmetlerine Erişim

13

2.2.2. Sağlık Göstergeleri ve Sağlık Durumu

15

2.2.3. Sağlık Hizmetleri Finansmanı, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Ekonomisi

22

2.2.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

25

2.2.4.1. Sağlık Hizmetleri Sisteminde Hastanın Yolculuğu

25

2.2.4.2. Kamu, Özel ve Geleneksel Tıp Sektörü

27

3. GEREÇ ve YÖNTEM

30

3.1. Araştırma Yöntemi ve Tasarımı

30

3.2. Katılımcılar ve Veri Toplama Süreci

31

4. BULGULAR

35

4.1. Yarı Yapılandırılmış Mülakat Sonuçlarının İstatistiksel Analizi

35

4.2. SWOT Analizi	56
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	58
6. KAYNAKLAR	60
EKLER	67
Ek 1. Yarı Yapılandırılmış Mülakat Formu	68
Ek 2. Katılımcı Bilgilendirme ve Onam Formu	70
Ek 3. MAXQDA Kodlama Ekran Görüntüleri	74
Ek 4. Görüşme Transkriptlerinden Örnek Parçalar	75
Ek 5. COREQ Kontrol Listesi	80
Ek 6. Etik Kurul Onay Belgesi	82
ÖZGEÇMİŞ	85

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1. Özbekistan, Kazakistan, Tacikistan ve Türkiye'nin genel sağlık göstergeleri	16
Tablo 2. Seçili Ülkelerde Ölüm Nedenleri Karşılaştırması	20
Tablo 3. 2023 yıl sağlık çalışanlarının maaş verileri	24
Tablo 4. Yarı yapılandırılmış mülakat katılımcılarının profili	35
Tablo 5. Sağlık sisteminin yapısı temasına ilişkin kod frekansları	38
Tablo 6. Modern ve geleneksel tıp temasına ilişkin kod frekansları	41
Tablo 7. Finansman temasına ilişkin kod frekansları	43
Tablo 8. Eğitim ve personel temasına ilişkin kod frekansları	45
Tablo 9. Hizmet memnuniyeti temasına ilişkin kod frekansları	47
Tablo 10. Güçlü yönler temasına ilişkin kod frekansları	49
Tablo 11. Zayıf yönler temasına ilişkin kod frekanslar	51
Tablo 12. Fırsatlar temasına ilişkin kod frekanslar	53
Tablo 13. Tehditler temasına ilişkin kod frekanslar	55
Tablo 14. SWOT analiz	56

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa
Şekil 1. Nüfusun yaş gruplarına göre dağılımı	9
Şekil 2. Nüfusun illere göre dağılımı	10

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
Ar-Ge	Araştırma-Geliştirme
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
DSÖ	Dünya Sağlık Teşkilatı
GSYH	Gayrisafi Yurt İçi Hasıla
HBYS	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi
KTÜ	Karadeniz Teknik Üniversitesi
MAXQDA	Nitel veri analiz yazılımı
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PIRLS	Progress in International Reading Literacy Study
PISA	Programme for International Student Assessment
SAGP	Satın Alma Gücü Paritesi
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats
TIMSS	Trends in International Mathematics and Science Study
TRY	Türk Lirası
TUIK	Türkiye İstatistik Kurumu
UNDP	United Nations Development Programme
UNICEF	United Nations Children's
USD	United States Dollar (Amerikan Doları)
UZS	Özbekistan Somu (resmi para birimi)

vb.	Ve benzeri
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
YÖK	Yükseköğretim Kurulu

ÖZET

Özbekistan Sağlık Sisteminin, Belirleyicileri, Alt Sistemleri, Örgütlenme Yapısı ve Güçlü Yönleri Açısından İncelenmesi

Özbekistan, Sovyetler Birliği'nin dağılmasının ardından 1991 yılında bağımsızlığını ilan etmiştir. O tarihten bu yana ülke, sağlık hizmetlerine eşit erişimi sağlamak ve verimliliği artırmak amacıyla sağlık hizmetlerinin sunumu, yönetimi ve finansmanını kapsayan bir dizi kapsamlı reform başlatmıştır.

Orta Asya'nın en önemli ülkelerinden biri olan Özbekistan'da sağlık sisteminin kalitesi; coğrafi, demografik ve ekonomik faktörlerden etkilenmektedir. Her yıl gelişmekte olan sağlık altyapısına rağmen, kırsal bölgelerde hâlâ sağlık hizmetlerine erişimde sorunlar yaşanmaktadır. Yüksek donanımlı büyük hastaneler genellikle yalnızca kentsel alanlarda ve nüfusu yüksek ilçelerde bulunmaktadır.

Son yıllarda sağlık sektörüyle ilgili önemli reformlar gerçekleştirilmiştir. Ayrıca dijital sağlık uygulamaları, e-reçete ve tele-tıp gibi yenilikçi çözümler, hizmetlerin daha geniş bir nüfusa ulaşmasına katkı sağlamaktadır. Özellikle anne-çocuk sağlığı ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele alanlarında kaydedilen ilerlemeler, sağlık politikalarının etkinliğini göstermektedir.

Bu çalışma, Özbekistan sağlık sisteminin derinlemesine değerlendirilmesini amaçlamaktadır. Sağlık sisteminin hangi faktörlerden ve nasıl etkilendiğini anlamak için literatür taraması ve saha araştırması yöntemleri birlikte kullanılmıştır. Özbekistan sağlık sistemini yakından tanıyabilmek için sistemin belirleyicileri, altyapısı ve sağlık hizmetlerinin sunumu gibi unsurlar ayrıntılı biçimde ele alınmıştır.

Çalışmanın teorik kısmının ardından saha araştırması gerçekleştirilmiş; sağlık görevlileri ve yerel yetkililerle yarı yapılandırılmış mülakatlar yapılmıştır. Mülakatlarda katılımcıların sağlık sistemiyle ilgili görüşleri, güçlü ve zayıf yönlerle ilişkin değerlendirmeleri toplanmıştır. Katılımcıların yanıtları, sağlık istatistikleri ve literatür verileriyle birlikte analiz edilerek bir **SWOT analizi** hazırlanmıştır. Bu analiz, Özbekistan sağlık sisteminin mevcut durumunu ve iyileştirme potansiyelini daha iyi anlamak açısından önemli bir kaynak sağlamaktadır.

Çalışmanın temel zorluklarından biri, Türkçe literatürde konuya ilişkin kaynak eksikliği ve saha araştırmasının Özbekistan’da yüz yüze yürütülmesi gerekliliğidir. Ancak bu zorluklara rağmen, araştırmanın Türkiye ile Özbekistan arasındaki sağlık alanındaki iş birliğini güçlendirmeye katkı sunması ve Özbekistan sağlık sistemi hakkında önemli bir bilgi kaynağı oluşturması beklenmektedir.

Anahtar Sözcükler: İşbirliği, Özbekistan sağlık görevlileri, Sağlık reformları, Sağlık sistemi, Sağlık sisteminin belirleyicileri.

ABSTRACT

An Examination of the Uzbekistan Health System in Terms of Its Determinants, Subsystems, Organizational Structure, and Strengths

Uzbekistan declared its independence in 1991 following the dissolution of the Soviet Union. Since then, the country has launched a series of comprehensive health reforms aimed at ensuring equal access to healthcare services and improving system efficiency through better organization, management, and financing.

As one of the most significant countries in Central Asia, the quality of Uzbekistan's healthcare system is influenced by geographical, demographic, and economic factors. Despite the continuous improvement of the national health infrastructure, rural areas still face difficulties in accessing healthcare services. Highly equipped hospitals are mainly located in urban centers and densely populated districts.

In recent years, major reforms have been implemented in the healthcare sector. Moreover, the introduction of digital health applications, e-prescription systems, and telemedicine has contributed to expanding access to medical services for a wider population. Notable progress in maternal and child health, as well as in the fight against infectious diseases, reflects the growing effectiveness of national health policies.

This study aims to provide an in-depth evaluation of Uzbekistan's healthcare system. To understand the factors that shape and influence the system, both literature review and field research methods were employed. The study examined key elements such as the determinants of the healthcare system, its infrastructure, and the organization of service delivery.

Following the theoretical framework, field research was conducted through semi-structured interviews with healthcare professionals and local authorities. These interviews collected expert opinions on the strengths and weaknesses of the healthcare system. The findings, combined with health statistics and theoretical data, were analyzed through a **SWOT analysis**, offering valuable insight into the current state and improvement potential of the Uzbek healthcare system.

One of the major challenges of the research was the limited availability of Turkish-language sources and the necessity of conducting fieldwork directly in Uzbekistan. Despite these challenges, this study is expected to contribute to strengthening health cooperation between Turkey and Uzbekistan and to serve as an important reference on the Uzbek healthcare system.

Key Words: Cooperation, Determinants of the health system, Health reforms, Health system, Uzbekistan health officials

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Özbekistan tarihi, ekonomik ve kültürel anlamda Orta Asya'daki en stratejik öneme sahip devletlerden biridir. Sağlık sistemi 1991 yılında Sovyetler Birliği'nin dağılmasından sonra gelişmeye başlamış ve günümüze kadar devam etmektedir (1). Ancak, ekonomik, coğrafi ve demografik faktörler, ülkenin sağlık hizmetlerini modernize etmeye yönelik reformların etkinliği üzerinde genellikle olumsuz bir etkiye sahiptir.

Devletin karmaşık coğrafi yapısı, sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli farklılıklara katkıda bulunmaktadır. Kırsal alanlar kentsel alanların çok gerisinde kalmaktadır. Kırsal kesimde temel sağlık hizmetleri uzun yıllar boyunca yetersiz kalmıştır, ancak bu alanlarda yapılan reformlar farklı nüfus grupları için iki kademeli bir sistem getirmiş ve kentsel uzmanlaşmış poliklinikleri genel polikliniklerle birleştirmeye başlamıştır (2). Nüfus yapısı açısından bakıldığında, genç ve hızla büyüyen bir nüfusa sahip olan bölgelerde, bu dinamik nüfusun sağlık ihtiyaçlarını karşılamakta bazı zorluklar yaşamaktadır (3). Ekonomik faktörler her ülkede olduğu gibi, Özbekistan sağlık sisteminin finansmanı ve sürdürülebilirliği üzerinde de büyük bir rol oynamaktadır (4).

Sağlık sistemi modernizasyon yolundadır ve diğer birçok ülkeler ile işbirliği başlatmış olup mevcut sistemi iyileştirmek için ortak projeler oluşturulmaktadır (5). Sağlık sisteminin mevcut durumu ve gelecekteki gelişim potansiyeline ilişkin fikir sahibi olmak için çok yönlü bir değerlendirme yapılması gerekmektedir.

Bu çalışmanın amacı, Özbekistan'ın sağlık sistemini derinlemesine inceleyerek mevcut durumunu ve karşılaştığı zorlukları belirlemek, güçlü ve zayıf yönlerini tespit etmek ve gelecekteki iyileştirme çabalarına rehberlik etmektir. Bu kapsamda, Özbekistan'ın coğrafi, demografik ve ekonomik yapısının sağlık hizmetlerine etkileri değerlendirilmiştir; sağlık hizmetlerine erişim, sağlık göstergeleri, finansman ve sağlık politikaları gibi temel unsurlar ele alınmıştır.

Bu tez, Özbekistan'ın sağlık sistemi üzerine mevcut literatürü genişletmeyi ve sağlık politikası yapıcılarına, sağlık profesyonellerine ve araştırmacılara değerli bilgiler sunmayı hedeflemektedir. Ayrıca, Türkiye ve Özbekistan arasındaki sağlık alanındaki işbirliğini geliştirmeye ve iki ülke arasındaki bilgi paylaşımını artırmaya katkıda bulunmayı amaçlamaktadır.

Çalışmada, Özbekistan sağlık sisteminin belirleyicileri – coğrafik konum, nüfus yapısı, ekonomik durum, toplumsal ve yönetsel yapı (6); sağlık sisteminin alt yapısı - sağlık hizmetlerine erişim, sigorta sistemi, sağlık göstergeleri, sağlık durumu, sağlık finansmanı ve harcamaları; sağlık hizmetlerinin sağlanması - sağlık sisteminde hastanın yol haritası, kamu ve özel sektör, modern ve geleneksel tıp hizmeti sunan kurumlar ve işletmeler; sağlık sisteminin güçlü ve gelişime açık yönleri ile sağlık sistemi değerlendirilmiştir.

Çalışmanın nihai amacı, Türkiye, Özbekistan arasında sağlık alanında işbirliğini geliştirebilmek için Özbekistan sağlık sisteminin Türkiye’de bilinirliğini artırarak literatüre ve politika belirleyicileri katkı sunmaktır. Mevcut sağlık sisteminin değerlendirilmesi yapılarak güçlü ve gelişime açık yönlerini ele alınması ve iyileştirme önerileri geliştirmeyi amaçlamaktadır.

Çalışma süreci on iki aya yayılmıştır, ilk dört ay veri toplama ile çalışmanın teorik kısmı tamamlanmıştır, beşinci-altıncı aylarda metodoloji hazırlanmıştır, yedinci-dokuzuncu aylar saha çalışması için ayrılmıştır, araştırmamız sırasında görüşeceğimiz uzmanlardan Özbekistan sağlık sisteminin güçlü ve zayıf yönleri hakkında bilgi toplanmıştır ve Türk sağlık sistemi ile karşılaştırılarak fikir alışverişinde bulunulmuştur. On ile on birinci aylarda, toplanan veriler analiz edilmiştir ve yorumlanmıştır. İstatistiksel analiz, nitel içerik analizi veya diğer analitik teknikler kullanılmıştır.

Özbekistan'ın sağlık sistemi hakkında detaylı bir çalışma yapmak, eksiklikleri belirlemek ve geliştirme potansiyelini değerlendirmek için son derece önemlidir. Literatürdeki eksiklikler ve sınırlı erişim, sağlık sisteminin tam anlamıyla anlaşılmasını ve değerlendirilmesini zorlaştırmaktadır. Ancak, saha araştırması ve yerel yetkililerle yapılan görüşmeler, bu boşluğu doldurmak ve eksik bilgileri tamamlamak için kritik öneme sahiptir. Saha araştırması ve yerel yetkililerle yapılan görüşmeler, sağlık sisteminin güçlü ve zayıf yönlerini daha iyi anlamamıza yardımcı olacak önemli bir kaynak sağlayabilir. Bu veriler, sağlık politikalarının ve uygulamalarının etkili bir şekilde geliştirilmesi için sağlam bir temel oluşturabilir. Ayrıca, iyileştirme önerileri geliştirmek ve sağlık hizmetlerini iyileştirmek için önemli bir rehberlik sağlayabilir.

Bu araştırma, Özbekistan'ın sağlık sisteminin daha iyi anlaşılmasını ve daha etkili politikalar üretilmesini amaçlamaktadır. Bu araştırmadan elde edilen içgörüler, politika

yapıcılara ve sağlık çalışanlarına önemli bir rehberlik sağlayarak ülkenin sağlık sistemini daha etkin bir şekilde yönetmelerini sağlayabilir.

Bu tez çalışması tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırmanın tasarımında Danışmanın Editörlerinden olduğu “Sağlık Kurumları Yönetimi-1” (7) kitabının ve bölüm yazarı olduğu “Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Sistemi” bölümünde açıklanan sağlık sistemi yaklaşımı rehber alınmıştır. Araştırmanın yapılması için KTÜ, Sağlık Bilimleri Etik Kurulundan etik kurul izni alınmıştır.

Çalışmanın birinci kısmında literatür taraması, kurumsal raporların incelenmesi, DSÖ, Özbekistan Sağlık Bakanlığı gibi kurumların rapor ve web sitelerinden veriler incelenerek tezin teorik kısmı oluşturulmuştur. Web of Science, Google akademik, YÖK Tez gibi literatür veri tabanlarından araştırma konusuyla ilgili taramalar yapılmış, DSÖ ve Özbekistan Sağlık Bakanlığı veya diğer ilgili kurumların rapor ve web sitelerinden Özbekistan sağlık sisteminin belirleyicileri, alt sistemleri, örgütlenme yapısı, modern ve geleneksel tıp hizmetleri, sağlıkta insan kaynakları ve sağlık göstergeleriyle ilgili verilere ulaşılmış, bilgiler tezin teorik kısmında raporlanmıştır (8).

Çalışmada saha uygulaması ise nitel yöntemlerden “yarı yapılandırılmış mülakat” yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. Yarı yapılandırılmış mülakat yöntemi, nitel araştırmalarda sıkça kullanılan bir araştırma tekniğidir. Bu yöntem, araştırmacının belirli bir araştırma sorusu veya konusu etrafında önceden belirlenmiş bir dizi soru hazırlamasını içerir, ancak mülakat sırasında katılımcılarla daha esnek bir şekilde etkileşime girmesine olanak tanır (9).

Bu yöntemi uygularken araştırmacı, önceden belirlenmiş bir dizi anahtar soruyu kullanmıştır; ancak mülakatlar sırasında katılımcıların yanıtlarına göre yeni sorular eklemiş veya mevcut soruları değiştirmiştir. Bu sayede, araştırmacı katılımcıların deneyimlerini daha derinlemesine anlamış ve beklenmedik ya da önemli konuları keşfetme konusunda esneklik sağlamıştır. Yarı yapılandırılmış mülakat yöntemi, araştırmacının katılımcılarla birebir etkileşim kurarak zengin ve derinlemesine veri toplamasına imkân tanımıştır. Katılımcılar, kendi deneyimlerini ve görüşlerini daha rahat bir şekilde paylaşmışlardır çünkü mülakat süreci daha samimi ve kişisel bir ortamda yürütülmüştür. Bu yöntem ayrıca araştırmacıya katılımcıların yanıtlarına doğrudan tepki verme ve gerektiğinde ek açıklama isteme fırsatı sunmuştur (10).

Yarı yapılandırılmış mülakatlar, araştırmacının belirli bir liste veya rehber doğrultusunda belirlediği bazı temel soruları kullanarak mülakat yapmasıdır. Ancak, mülakat sırasında araştırmacı katılımcının cevaplarına göre yeni sorular sorabilir veya konuları daha derinlemesine inceleyebilir. Bu esneklik, mülakatın daha zengin ve derinlemesine bir anlayış sağlamasına yardımcı olur. Yarı yapılandırılmış mülakatlar genellikle nitel araştırma yöntemlerinde kullanılır ve katılımcıların düşüncelerini, deneyimlerini ve duygularını daha iyi anlamak için etkili bir yol olarak kabul edilir (11).

Yarı yapılandırılmış mülakat ile Özbekistan sağlık sistemini yukarıda belirtilen kapsam içerisindeki kaynak, sistem ve uygulamalarının güçlü ve gelişime açık yönleri uzman görüşleriyle tespit edilmeye çalışılmıştır. Nitel görüşmeler üzerinden iç çevre açısından bir tür SWOT analizi yapılmıştır. Yarı yapılandırılmış mülakat formu sorularının oluşturulmasında, birinci kısımda yer alan literatür çalışması dikkate alınmıştır. En az beş sağlık sistemleri konusunda uzman ile Özbek sağlık sistemi içerisinde görev yapan uzmanların görüşleri alınarak soru formu hazırlanmıştır. Formda, uzmanlardan soruları yanıtlarken sağlık sisteminin güçlü ve gelişime açık yönlerini vurgulamaları istenmiştir.

Tezin saha çalışmasında, kendisi de Özbekistan vatandaşı olan, Moskova’da ve Türkiye’de eğitim görmüş Özbekçe, Türkçe, Rusça ve İngilizce bilen tezi hazırlayan araştırmacı görev yapmıştır.

Veri toplama sürecinde, araştırmacı Özbekistan’daki sağlıkçı olan ailesinin de yardımıyla sağlık sistemi içerisinde ve sağlık hizmeti kullanıcılarından ulaşacağı uzmanlar ile yarı yapılandırılmış mülakat görüşmelerini gerçekleştirmiştir. Görüşmelerde izin veren uzmanların görüşleri ses kayıt cihazı ile izin vermeyen uzmanların görüşleri yazı ile kayıt altına alınmıştır.

Örneklem seçiminde amaçlı örnekleme yöntemi, kolayda örnekleme yöntemi ve kartopu örnekleme yöntemleri kullanılmıştır. Amaçlı örnekleme yöntemiyle sağlık sistemini değerlendirebilecek uzmanlar seçilmiş, kolayda örnekleme yöntemiyle ulaşılması kolay olan uzmanlar tercih edilmiş ve kartopu örnekleme yöntemiyle mülakat yapılan uzmanların yönlendirmesiyle sonraki katılımcılara ulaşılmış, katılımcıların farklı görüş beyan etmediği noktaya ulaşıldığında, veri doygunluğuna ulaşılmış sayılarak veri toplamaya son verilmiştir. Tahminen 10 (on) uzmana ulaşılmıştır. Yarı yapılandırılmış mülakat formu ile toplanan veriler, öncelikle bilgisayar ortamına aktarılmış, sorular

bazında sınıflanmış, araştırmacılar tarafından temalarına göre kodlanmış ve belirtilen görüşlerden Özbek sağlık sisteminin güçlü ve gelişime açık yönleri tespit edilmiş, betimsel tablolar oluşturulmuş ve açıklanmıştır.

Verilerin analizinde MAXQDA (12) nitel veri analiz programı ndan yararlanılmıştır. Araştırmacıların metin, ses, video, resim ve diğer veri türlerini analiz etmelerine ve anlamalarına yardımcı olur. Program, veri analizi için çeşitli araçlar sunar ve araştırmacıların verileri kodlamasına, kategorilere ayırmasına, temaları tanımlamasına, ilişkileri analiz etmesine ve sonuçları görselleştirmesine olanak tanır. Bu sayede, araştırmacılar karmaşık nitel veri kümelerini daha iyi anlayabilir ve araştırma sorularına yanıtlar bulabilirler (13).

Araştırmanın, kapsamlı ve net bir şekilde raporlanmasını teşvik etmek için COREQ kontrol listesi takip edilmiştir. COREQ kontrol listesi, araştırmacıların nitel veri toplama, analiz ve yorumlama süreçlerini daha iyi açıklamasına ve okuyucuların araştırmanın yöntemlerini daha iyi anlamasına yardımcı olur (14). Bu kontrol listesi, nitel araştırmaların daha sistematik ve şeffaf bir şekilde raporlanmasına katkıda bulunarak araştırmanın kalitesi arttırılmaya çalışılmıştır.

Araştırma, mevcut verilere dayalı literatür taraması yapılmıştır. Özbekistan'ın sağlık ile ilgili istatistiksel veriler incelenmiştir. Özbekistan sağlık sistemi üzerine yapılan literatür taraması, çeşitli kaynaklardan derlenen bilgilerin incelenmesini içerir. Bu tarama, konuyla ilgili yayınlanmış makaleleri, raporları, kitapları ve diğer akademik kaynakları kapsar:

Akademik Makaleler: Özbekistan sağlık sistemi üzerine yapılan akademik makaleler, genellikle konunun derinlemesine incelendiği ve çeşitli araştırma bulgularının sunulduğu kaynaklardır. Özellikle tıp, sağlık politikası, kamu sağlığı ve sağlık hizmetleri yönetimi gibi alanlarda yayınlanmış makaleler incelenmiştir.

Uluslararası Kuruluşların Raporları: Birçok uluslararası sağlık kuruluşu, Özbekistan sağlık sistemi hakkında raporlar yayınlamaktadır. Bu raporlar, sağlık sisteminin yapısal özelliklerini, finansmanını, sağlık göstergelerini ve sağlık politikalarını analiz edilmiştir.

Hükümet Raporları ve Belgeleri: Özbekistan hükümeti ve ilgili sağlık kuruluşları tarafından yayınlanan raporlar ve belgeler, ülkenin sağlık sistemi üzerine resmi veriler ve politika önerileri sağlamıştır. Bu belgeler, sağlık sisteminin mevcut durumu hakkında bilgi edinmek için yeni bakış açıları sunmuştur.

Kitaplar ve Kitap Bölümleri: Sağlık sistemi konusunda yazılmış kitaplar ve kitap bölümleri, konunun daha geniş bir bağlamda ele alınmasını sağlamış, Özbekistan sağlık sistemi hakkında yazılmış kitapları inceleyerek derinlemesine bilgi edinmek mümkün olmuştur.

Akademik Konferans Bildirileri: Özbekistan'daki veya uluslararası platformlarda yapılan sağlık konferanslarının bildirileri, genellikle güncel araştırma bulgularını ve sağlık politikaları üzerine önerileri içerir. Bu bildiriler, son dönemde yapılan araştırmaları takip etmek için faydalı olmuştur.

Doktora Tezleri ve Yüksek Lisans Tezleri: Akademik tezler, Özbekistan sağlık sistemi üzerine yapılan araştırmalarda önemli bir kaynak olarak kullanılmış ve doktora ve yüksek lisans düzeyindeki tezler, konun incelenmesine ve literatür taraması katkı sunmuştur.

Bu çalışmanın en önemli araştırma sorusu “Özbekistan sağlık sisteminin belirleyicileri, tasarımı, alt sistemleri ve güçlü yönleri nelerdir?” olarak belirlenmiştir. Türk Devletler Teşkilatı yapısı altında bir araya gelmeye ve işbirliği yapmaya çalışan Türk topluluklarının sağlık alanında da güçlü bir işbirliğine ihtiyacı bulunmaktadır. Bu ülkelerin her birinin kendince sağlık alanında kaynakları, deneyimleri ve iyi işleyen yapıları ve güçlü yönleri bulunmaktadır.

Her Türk Devleti diğer Türk devletlerine olumlu katkı yapabilecek fırsatlara sahip olabilir. Bu ülkelerin birbirinin sağlık sistemlerini, kaynaklarını, sağlık alanında yetişmiş insan gücünü, sağlık göstergelerini ve sağlık sorunlarını bilmesi, sağlık alanında işbirliği yapılabilecek alanların tanınmasını sağlayacaktır. Bu yüksek lisans tez çalışmasında, Türkiye’de pek de bilinmeyen, hakkında Türkçe bilimsel çalışmalar nadir bulunan kardeş ülke Özbekistan’ın sağlık sistemini bütünsel bir bakış açısıyla yüksek lisans tez çalışması sınırlılığı içerisinde araştırılmıştır.

Bu çalışmayı “Türk Devletleri arasındaki işbirliğinin giderek daha stratejik hale geldiği ve hükümet politikalarında da öncelendiği bir dönemde sağlık alanında işbirliğine katkı yapmasının umulması, Özbekistan Sağlık sistemi hakkında bilimsel çalışmaların nadir olması, çalışmanın Türkiye’de yaşayan ve halen ailesi Özbekistan’da olan bir araştırmacı tarafından yapılması, çalışmanın Özbek sağlık sistemini bütüncül bir bakış açısıyla ele alması özgün kılmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Özbekistan Sağlık Sisteminin Belirleyicileri

2.1.1. Coğrafi Konum

Özbekistan, Orta Asya'da önemli bir konumdadır. Ülkenin yüz ölçümü 447400 km²'dir ve ülkenin denize kıyısı yoktur. Türkmenistan, Kırgızistan, Afganistan , Kazakistan ve Tacikistan komşuları arasındadır.

Ülke, güneybatıda Ceyhun (Amuderya) Nehri ve kuzey doğuda Seyhun (Siriderya) Nehri arasında geniş bir alanı kaplar. İklimi yazları kurak ve sıcak, ortalama sıcaklıklar 40 dereceyi aşar; kışları ise soğuk ve kısadır, sıcaklıklar genellikle -14 derece civarındadır (15).

Özbekistan, coğrafi yapısı olarak düzlükler ve dağlık bölgelerden oluşur. Turan Ovası ülkenin başlıca coğrafi özelliklerinden biridir. Bunun yanında ülkenin doğu ve kuzeydoğu kesimlerinde Tien Shan ve Pamir dağları vardır ve ülkenin en uç noktası olan zirve yer alır. Yüksekliği 4643 metreye kadar ulaşır. Dünyanın en büyük çöllerinden biri olan Kızılıkum orta kısımda, Karakum Çölü ise hem kuzeyde hem batıda bulunur.

Geri kalan yaklaşık beşte birlik kısım ise dağlar ve dağ eteklerinden oluşur. Özbekistan'ın doğu bölgesinde, Batı Tien Shan ve Pamir-Alai sıradağları gibi yüksek dağlık alanlar bulunur. Bu dağ sıralarının yamaçları veya zirveleri ülke sınırları içerisinde yer alır ve güney ile batıya doğru alçalarak ovalara dönüşür. Dağlar arasında, Kaşkadarya, Surkhandarya, Zeravshan ve Semerkant gibi büyük vadiler uzanır. Üç tarafı dağlarla çevrili olup sadece batıya açık olan Fergana Havzası, 370 kilometre uzunluğunda ve 190 kilometre genişliğindedir. Ayrıca, Afganistan sınırında geniş bir Priamudarya çöküntüsü mevcuttur.

Ülke on dört idari birime ayrılmıştır: on iki il (illar), bir özerk cumhuriyet (Karakalpakistan, ülkenin kuzeybatısında) ve bir idari şehir, başkent olan Taşkent (16).

2.1.2. Nüfus Yapısı

2025 verilerine göre Özbekistan nüfusu son yıllarda artmaya devam ederek 37 milyon 543 bin 200'a ulaşmıştır. 2023 yılında Özbekistan'ın temel demografik verileri şu şekildedir: Kayıtlara geçen toplam doğum sayısı 810.470, ölüm sayısı 244.218 ve göçten kaynaklı nüfus değişimi ise -46.898'dir. Bu verilere göre, doğal nüfus artışı 566.252'dir. 31 Aralık 2023 itibarıyla, kadın nüfusun 17.733.027 erkek nüfusunun ise 17.525.727 olduğu düşünülmektedir.

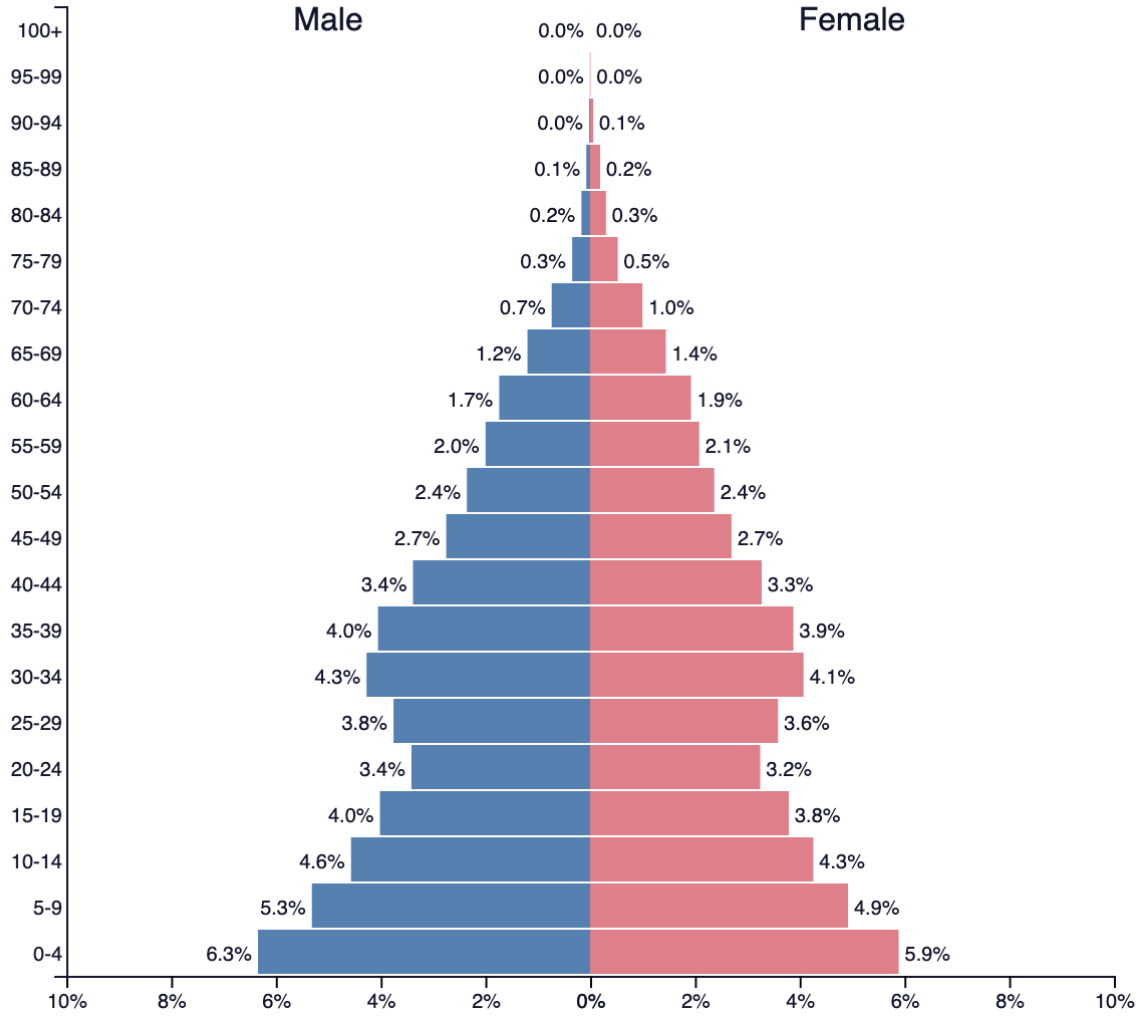
Özbekistan'ın demografik göstergeleri şunlardır:

- Ortalama yaş: 26,3
- Yaşam beklentisi: 72,5 yıl (erkekler için 69,5 yıl, kadınlar için 75,7 yıl)
- Nüfus okuryazarlığı: %99,6

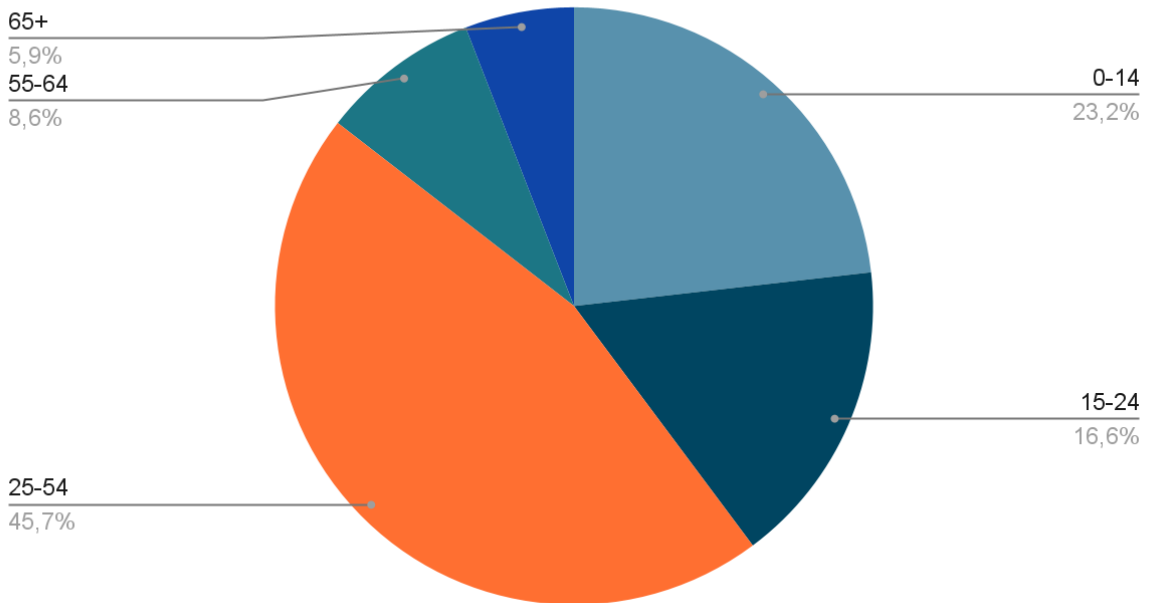
Bu veriler, ülkenin eğitim düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Nüfusun etnik dağılımı ise şu şekildedir: Özbekler %83,8, Tacikler %4,8, Kazaklar %2,5, Ruslar %2,3, Karakalpaklar %2,2, Tatarlar %1,5 ve diğer etnik gruplar %4,4 oranında temsil edilmektedir.

Özbekistan'ın yaş piramidi, ilerleyen veya büyüyen tip olarak sınıflandırılır ve bu tür piramitler genellikle gelişmekte olan ülkelerde görülür. Bu demografik yapı, yüksek doğum ve ölüm oranlarının yanı sıra nispeten düşük yaşam beklentisi ile karakterizedir. Yüksek doğum ve ölüm oranları, büyük ölçüde düşük sağlık hizmetleri ve eğitim seviyelerinden kaynaklanmaktadır (17).



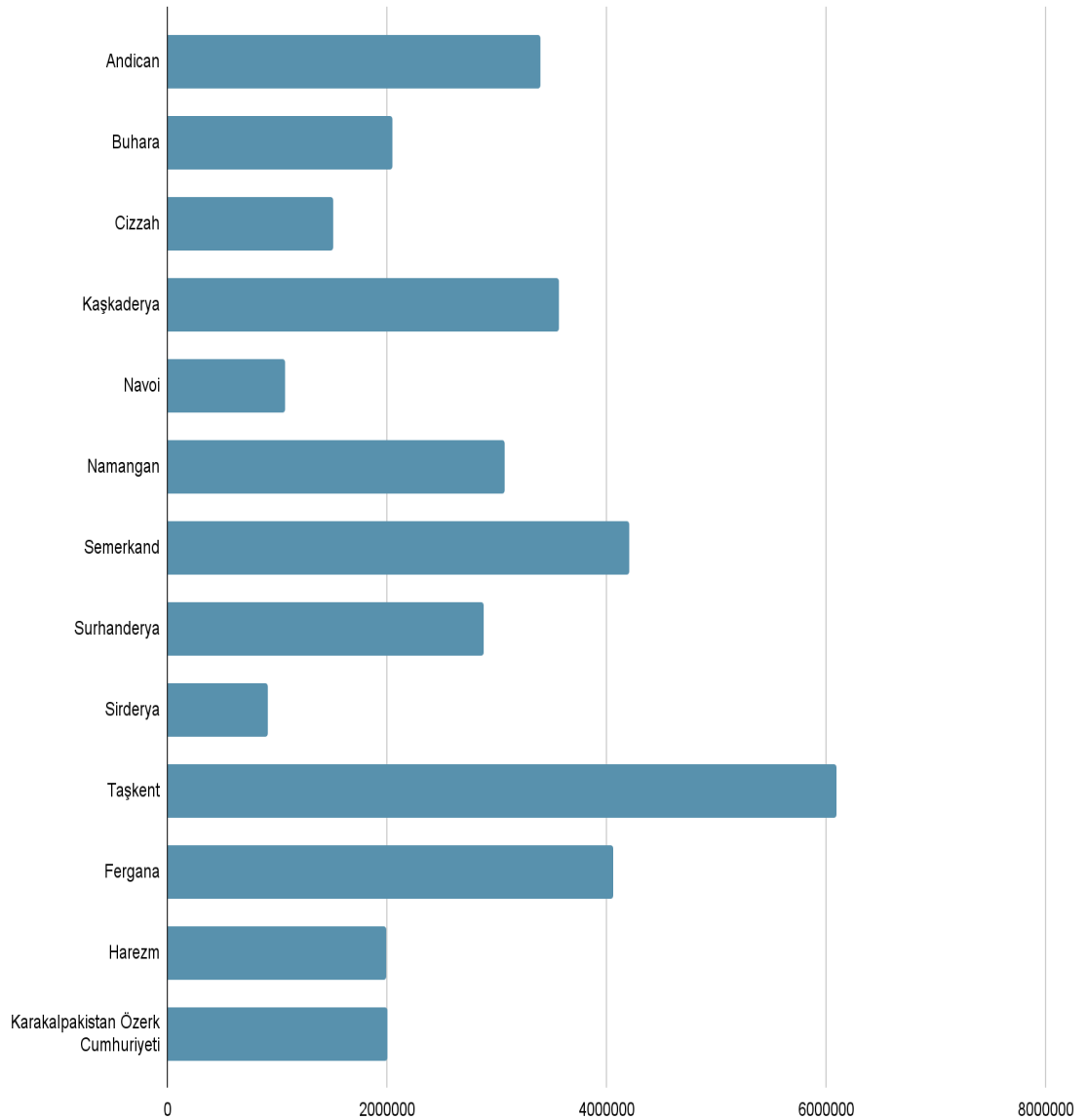
NÜFUSUN YAŞ GRUPLARINA GÖRE DAĞILIMI



Şekil 1. Nüfusun yaş gruplarına göre dağılımı (Merkezi İstihbarat Teşkilatı. 2021).

Nüfusun yaş dağılımına bakıldığında, %23,2'si 15 yaşın altında, %16,6'sı 15-24 yaş aralığında, %45,7'si 25-54 yaş aralığında, %8,6'sı 55-64 yaş aralığında ve %5,9'u 65 yaş ve üzerindedir. Kadın ve erkek nüfus oranları arasında büyük farklılıklar bulunmamaktadır. Ayrıca, nüfusun %50,4'ü şehirlerde yaşamaktadır. Özbekistan'ın nüfus yoğunluğu kilometrekare başına 78,8 kişidir (18).

1 Ocak 2024 itibarıyla Özbekistan Cumhuriyeti'nin daimi nüfusu 36799800 kişiye ulaştı.



Şekil 2. Nüfusun illere göre dağılımı (Özbekistan Devlet Portalı, Nüfusun illere Göre Dağılımı 2019-2024).

Nüfusun illere Göre Dağılımına bakıldığında en büyük yoğunluk Taşkent (6 092 600), Semerkand (4 208 500) ve Fergana (4 061 500) illerinde bulunuyor. Andican, Kaşkadarya. En az nüfus sayısı Navoi (1 075 300) ve Sirdarya (914 000) illerinde dir (19).

2.1.3. Ekonomik Durumu

Özbekistan'da altın, pamuk ve doğalgaz ihracatı ülkenin önemli gelir kaynaklarındandır. Ekonomisi çoğunlukla devlet tarafından kontrol altında olan yatırımlara dayanmaktadır. Doğal kaynaklar olarak maden, petrol ve doğalgaz rezervlerinden zengin olan Özbekistan bunlardan ciddi ölçüde gelir elde etmektedir. Ayrıca meyve bahçeleri ve üzüm bağlarıyla tanınırken, pamuk üretiminde de dünya çapında öncü konumdadır. Ülke ayriyeten Karakul koyunu ve ipekböceği yetiştiriciliği gibi önemli tarım faaliyetleri yapar. 2017 yılı verilerine göre, kişi başına düşen GSYİH Satın Alma Gücü Paritesine göre 6.900 dolardır.

31 Ağustos 1991'de Sovyetler Birliği'nden bağımsızlığını ilan eden Özbekistan, 8 Aralık 1992'de yeni bir anayasa kabulü ile yasama, yürütme ve yargı ile güçler ayrılığını benimsemiştir. Yönetim şekli cumhuriyettir. Yasama organı, cumhurbaşkanının atamalarına onay verme, bütçeyi onaylama, yasa çıkarma ve değiştirme yetkisine sahiptir. Yüksek Meclis ve Senato olarak 2'ye ayrılır. Meclis üyeleri 5 yılda bir seçilirken, Senato üyeleri genellikle dolaylı olarak seçilir ve bazıları başkan tarafından göreve getirilir. Ülke, 1 özerk Cumhuriyet (Karakalpakistan Cumhuriyeti), 12 bölge (il) ve başkent Taşkent'ten oluşan idari yapıdan oluşur (15).

Özbekistan, son yıllarda istikrarlı bir şekilde büyüyerek Orta Asya'da önemli bir güç olmuştur. Ülkenin ihracatı, gıda ürünleri (%10), hizmetler (%15), değerli metaller (%25) ve mamul mallar (%26) gibi çeşitli kategorilerden oluşur. İthalatta ise hizmetler (%7), gıda ürünleri (%10), kimyasal ürünler (%14), mamul mallar (%19) ve makine ve ekipman (%32)'dan oluşur (20).

Özbekistan, ticaret yapmaya açık bir ülkedir. Tüm dünya ülkeleriyle işbirliği yapabilir. Hatta komşu ülkelerde ekonomik bağlar yenilenip yeni bir boyut kazanmıştır. BDT ülkeleriyle yaptığı ticaret işbirliği 2018 yılında önemli bir ölçüde artmıştır. Çin

(%18), Rusya (%18), Kazakistan (%9), Türkiye (%8), Güney Kore (%5), Türkmenistan (%2) ve Kırgızistan (%2) olmak üzere Özbekistan'ın ana ticaret ortaklarıdır. (21).

Özbekistan ekonomisinde tarım ve sanayi sektörü önemli bir yere sahiptir. Tarımda kavun, tütün, pamuk, pirinç, buğday, mısır, meyve ve sebze üretimi ön plandadır. Hayvancılıkta ise koyun ve sığır yetiştiriciliği öne çıkmaktadır (22).

Özbekistan'da en hızlı gelişen alanlardan biri ilaç sektörüdür. Öyle ki 100'den fazla firma ilaç ve tıbbi cihaz üretimi yapar. Ağrı kesiciler, vitaminler, anestezipler, kardiyovasküler hastalıklar, bio stimülanlar, antibiyotikler, serumlar, tüberküloz ilaçlar, bakterisitler ve antiparazitik ilaçlar gibi üretilen ilaçlar 70 farklı farmakolojik gruptan ürünler yer almaktadır (23).

Makroekonomik düzeni korumak Özbekistan'ın öncelikli hedefidir. 2030 Sosyo-Ekonomik Kalkınma Konseptinin hazırlanması ülkenin sürdürülebilir ekonomik büyümesini devam ettirebilmek amacıyla uzun süreli hedefleri ve kalkınma önceliklerini belirleyecek olması önemlidir. Bir diğer önemli öncelik, arazi kullanımı ve kullanıcı hakları alanında gerçekleştirecek reformlarla, rekabetçi bir piyasa ekonomisine geçiş sürecinin hızlandırılmasıdır. (24).

Özbekistan, birçok alanda kaliteli hizmet verebilmek için güçlü bir sistem geliştirecektir. Örneğin; devletin sağlık finansmanını yükseltmek, nüfusa tam ve kaliteli hizmeti sunmak, özel sektörün sağlık hizmetlerine katılımını artırmak hedefi nedir. Ayrıca ulusal öğrenci değerlendirme sistemi PIRLS, PISA, TIMSS gibi uluslararası sistemlerle dengeli hale getirilecek ve öğretmenlerin eğitim müfredatı da eğitim sektöründeki reform kapsamında uluslararası standartlara göre değişecektir. (25).

2.1.4. Toplumsal ve Yönetişel Yapı

Özbekistan'da devlet halka karşı sorumludur. Anayasa'ya göre, ülke egemen ve demokratik bir devlet olduğundan devlet organlara ve yetkililerinin, topluma ve vatandaşlara karşı sorumlulukları vardır. Çünkü devletin tek güç kaynağı halktır ve devletin gücü, halkın menfaatleri doğrultusunda, Anayasa ve ilgili mevzuat tarafından görevlendirilmiş organlarca kullanılır. Bu yetkilerin anayasaya aykırı devredilmesi veya yeni otorite yapılarının kurulması yasaktır.

Özbekistan'da devletin gücü yasama, yürütme ve yargı organları arasında kuvvetler ayrılığı ilkesine dayanmaktadır. Halk adına sadece halkın seçtiği Yüksek konsey ve Cumhurbaşkanı konuşma hakkına sahiptir. Herhangi bir siyasi parti, grup veya birey halk adına söz söyleyemez (26).

Özbekistan'da Cumhurbaşkanı, devletin ve yürütme gücünün başıdır. Cumhurbaşkanlığı için şartlar; seçimden önce en az 10 yıl Özbekistan'da daimi ikamet etmek, en az 35 yaşında olmak ve resmi dili akıcı bir şekilde konuşmaktır. Bir kişi en fazla iki dönem bu görevi üstlenebilir.

Özbekistan'da yürütme yetkisi Bakanlar Kurulu'na aittir. Bu kurul; devlet komitelerinin başkanları, bakanlar, yardımcılar ve başbakanı oluşur. Başbakan, Oliy Majlis tarafından Cumhurbaşkanı'nın vermiş olduğu teklif ile onaylanır. Bakanlar Kurulu, çalışmalarını yönetir, toplantılara başkanlık eder ve iktidarın etkinliğinden sorumludur. Bakanlar Kurulu Cumhurbaşkanı tarafından atanır, ekonominin ve toplumsal alanların aktif çalışmasını sağlar ve Cumhurbaşkanı'nın kararlarını uygular. Çalışmalarından Cumhurbaşkanı ve Yüksek Konsey'e karşı hesap verir (27).

Özbekistan'da yasama yetkisi, Oliy Majlis tarafından yürütülür. Anayasa'ya uygun olmak kaydıyla yasa yapma, yürürlükten kaldırma ve değiştirme yetkisine sahiptir. Ayrıca de yürütme organlarını denetleme, devlet bütçesini onaylama ve ulusal ve uluslararası anlaşmaları değerlendirme görevlerini de üstlenir. Oliy Majlis iki damla ayrılır. Bunlar Yasama Meclisi ve Senato'dan oluşur. Yasama Meclisi, halk tarafından seçilen milletvekillerinden, Senato ise Cumhurbaşkanının atadığı üyelerden ve bölgesel temsilcilerden oluşur. Yasama süreci, her iki dal tarafından yürütülür ancak bazı yasal düzenlemeler belirli dalların yetkisine girebilir (28).

Yasama ve yürütme organlarının Anayasaya uygunluğunu denetleyen, Anayasa Mahkemesidir. Hukuk, ceza ve idari yargıdaki kesin ve bağlayıcı kararları veren en yüksek yargı mercii Yüksek Mahkemedir. Ekonomik alandaki anlaşmazlıklarda ise Yüksek Ekonomi Mahkemesi ile ekonomi mahkemeleri harekete geçer; işletmeler, girişimciler ve kurumlar arasındaki ekonomik ve idari uyuşmazlıklara bu mahkemeler bakar (29).

2.2. Özbekistan Sağlık Sistemi ve Altyapısı

2.2.1. Sağlık Hizmetlerine Erişim

Bireyin ve toplumun sağlığı, devletin sorumluluğu altındadır. Ruhsal, fiziksel ve sosyal açıdan sağlığını iyileştirip, koruyup, devamlılığını sağlamak sağlık hizmetlerinin temel görevidir (30).

Özbekistan Cumhuriyeti, halka ücretsiz muayene hizmeti sağlamaktadır. Bu hizmet, tıbbi ve sıhhi hizmetlerin garantisi kapsamında sunulmakta olup, vatandaşların temel sağlık hizmetlerine erişimini güvence altına almaktadır. Böylece sağlık sistemi, toplumun genel refahını desteklemeyi amaçlamaktadır.

- Acil ve ivedi tıbbi bakım hizmetleri sunulması,
- ilk basamak olarak, kırsal alanlar başta olmak üzere, sağlık hizmetlerinin hem devletin çeşitli tedavi kurumlarında hem de engelleyici bakım kurumlarında sağlanması,
- Toplumun bulaşıcı hastalıklara karşı korunması ve aşılanması,
- Hem Halkın hem de diğer bireylerin tehlikeli hastalıklara (kanser, uyuşturucu bağımlılığı, meslek hastalıkları, tüberküloz, endokrin hastalıklar ve psikiyatrik hastalıklar) karşı korunarak özel tıbbi müdahalelerin sağlanması,
- Özel hastaneler dışında çocukların tedavi ve muayenelerin sağlanması,
- Ergenler (15-17 yaş arası) ve askerlik komisyonları aracılığıyla 18-27 yaş arası askerlik çağına girenlerin tedavilerinin ve muayenelerinin sağlanması,
- Doğum hizmetlerinin sağlanması (zel kuruluşlar hariç),
- Devlet tedavi ve nleme kurumlarında, özel hasta gruplarına (engelli bireyler, savaş gazileri, yetimler) yönelik tedavi hizmetlerinin sunulması (31).

Sağlık hizmetlerinin sunumu

Birinci basamak sağlık hizmetleri devlete ait aile, ilçe, şehir polikliniklerinde ve özel hastanelerde hizmet sunmaktadır. Kırsal alanlarda aile poliklinikleri daha yaygın grlmektedir. Bu polikliniklerdeki hekimler ilk temas noktasıdır, daha çok kapsamlı hizmete muhtaç vatandaşlar ilçe veya şehir polikliniklerine yönlendirilmektedir. Polikliniklerde birinci basamak sağlık hizmetleri tüm yaş gruplarını kapsamaktadır, ancak kırsal alanlarda sağlık ekipmanları eksikliği sık sık gündeme gelir ve erişimi

zorlaştırmaktadır. Canlı sıra sistemi kullanılmaktadır, her gelen hasta ismini doktor kapısındaki sıra listesine yazar. Manuel kayıt sistemi kullanılmaktadır, özel defterlere hasta bilgileri doktor tarafından el ile yazılarak girilir, hasta defterleri polikliniklerde muhafaza edilmektedir (32).

İkinci ve üçüncü sırada bulunan sağlık hizmetleri ise, iki veya daha fazla alanda uzman olan ayakta tedavi edebilen ünitelerin bulunduğu ilçe hastanelerinde verilmektedir. ilçe kelimesinin Türkçe karşılığı semttir. Hastane; dahiliye, çocuk hastalıkları ve kadın doğum gibi bölümlerden oluşur. Bu bölümlerde ortalama 45-50 civarında yatak bulunur ve bu tür hastaneler ortalama 10.000 kişiye hizmet verebilir. ilçe hastaneleri dışında Merkezi ilçe hastanesi diye adlandırılan daha büyük ve daha kapsamlı hastaneler hizmet vermektedir. Bunlar daha büyük ve geniş olduğun ortalama 200 yatak bulunur. Bu hastanelerin bölümleri daha geniştir. Daha çok uzmanlığa ev sahipliği yapar. Son 10 yılda ise birçok reformlar oluşmuştur, bunların sonucunda ilçe hastaneleri kapatılıp, Merkezi ilçe hastaneleri tek ikinci basamak sağlık hizmetleri haline dönüşmüştür (33).

Kentsel alanlarda, il (türkçe karşılığı il) ve şehir hastaneleri, yatakta tedavi hizmeti vermektedir. Her ile bağlı ana şehirde (türkçe karşılığı ilçe), şehir hastaneleri, bölge hastaneleri, dispanserler, bulaşıcı hastalıklar hastaneleri, kadın doğum hastaneleri ve çocuk hastalıkları hastaneleri gibi hastaneler bulunmaktadır. Hastanenin acil ve yatan hasta bakımı kısmında, bulunanları devlet garantisine aldığı hizmetin bir kısmını oluştururlar. Bölge ve şehir hastaneleri oldukça kapsamlıdır. Hatta genellikle 600-1000 arası yatak kapasitesi bulunur ve ülkede 1000 kişiye 4 yatak düşecek kadar büyüktür (32).

2.2.2. Sağlık Göstergeleri ve Sağlık Durumu

Özbekistan'ın sağlık göstergelerinin daha iyi anlaşılması ve yorumlanması için kendi komşu ülkeleri olan Kazakistan, Tacikistan ve Türkiye ile karşılaştırılmalı olarak verilmiştir. Sağlık göstergelerinde temel sağlık göstergeleri içinde sayılan doğumdan beklenen yaşam süresi, bebek, beş yaş altı ve anne ölüm hızı ve doğurganlık oranına Tablo 1'de yer verilmiştir.

Tablo 1. Özbekistan, Kazakistan, Tacikistan ve Türkiye'nin genel sağlık göstergeleri

Sağlık göstergesi	Özbekistan	Kazakistan	Tacikistan	Türkiye
Doğumda beklenen yaşam süresi	65,46 (2000) 69,84 (2010) 72,39 (2023)	63,79 (2000) 68,26 (2010) 74,40 (2023)	63,54 (2000) 68,37 (2010) 71,79 (2023)	71,93 (2000) 74,96 (2010) 77,16 (2023)
Yenidoğan ölüm oranı (1.000 canlı doğum başına)	28,40 (2000) 16,50 (2010) 7,60 (2023)	23,80 (2000) 11,80 (2010) 4,30 (2023)	28,20 (2000) 20,00 (2010) 12,60 (2023)	19,50 (2000) 8,80 (2010) 4,90 (2023)
Bebek ölüm oranı (1.000 canlı doğum başına)	55,10 (2000) 27,90 (2010) 12,70 (2023)	36,00 (2000) 16,70 (2010) 7,60 (2023)	62,20 (2000) 29,90 (2010) 22,90 (2023)	30,80 (2000) 14,70 (2010) 9,10 (2023)
5 yaş altı ölüm oranı (1.000 canlı doğum başına)	61,50 (2000) 30,10 (2010) 13,30 (2023)	42,50 (2000) 20,40 (2010) 9,60 (2023)	79,70 (2000) 37,00 (2010) 27,30 (2023)	37,40 (2000) 17,90 (2010) 12,80 (2023)
Anne ölüm oranı (ulusal tahmin, 100.000 canlı doğum başına)	32,00 (2000) 15,00 (2010) 18,00 (2016)	40,00 (2000) 29,00 (2010) 9,00 (2015)	18,00 (2000) 7,00 (2016)	20,00 (2010) 16,00 (2017)
Doğurganlık oranı, toplam (kadın başına doğum sayısı)	2,70 (2000) 2,44 (2010) 3,50 (2023)	1,90 (2000) 2,61 (2010) 3,01 (2023)	3,49 (2000) 3,46 (2010) 3,07 (2023)	2,49 (2000) 2,08 (2010) 1,51 (2023)

Kaynak: Dünya Bankası, 2023, World Development Indicators

Doğumda Beklenen Yaşam Süresi

Özbekistan'ın doğumda beklenen yaşam süresi son yirmi yılda düzenli bir artış göstermiştir. 2000 yılında 65,46 yıl olan yaşam süresi, 2010'da 69,84 yıla, 2023'te ise 72,39 yıla yükselmiştir. Bu durum, ülkede sağlık göstergelerinin olumlu yönde geliştiğini ortaya koymaktadır. Ancak bölgedeki diğer ülkelerle kıyaslandığında farklı eğilimler dikkat çekmektedir.

Kazakistan 2000 yılında Özbekistan'ın gerisinde yer almasına rağmen, 2010 sonrası dönemde kaydettiği hızlı ilerleme ile 2023 itibarıyla 74,40 yıla ulaşmış ve Özbekistan'ı geride bırakmıştır. Tacikistan ise incelenen dönemde sürekli olarak Özbekistan'ın altında kalmış, ancak 2023'te 71,79 yıl ile aradaki farkı oldukça azaltmıştır. Bu gelişim, iki ülkenin sağlık alanındaki dönüşümlerinde benzerlikler bulunduğunu, ancak Özbekistan'ın küçük bir farkla üstünlüğünü koruduğunu göstermektedir.

Türkiye ise tüm dönemlerde daha yüksek yaşam süresi değerlerine sahiptir. 2000 yılında 71,93 yıl olan yaşam süresi, 2010'da 74,96'ya, 2023'te ise 77,16'ya yükselerek istikrarlı biçimde bölgedeki diğer ülkelerin üzerinde kalmıştır. Bu tablo, Türkiye'nin sağlık sisteminde kurumsallaşma, sosyo ekonomik koşullar ve hizmetlere erişim açısından daha avantajlı bir konumda olduğunu göstermektedir.

Yenidoğan Ölüm Oranı (1.000 Canlı Doğum Başına)

Özbekistan'da yenidoğan ölüm oranları son yirmi yılda belirgin bir iyileşme göstermiştir. 2000 yılında binde 28,4 olan oran, 2010'da binde 16,5'e, 2023 yılında ise binde 7,6'ya gerilemiştir. Bu azalma, sağlık hizmetlerine erişim, doğum öncesi ve sonrası bakım uygulamaları ile anne-çocuk sağlığı politikalarında kaydedilen ilerlemelerin bir yansıması olarak değerlendirilebilir. Ancak, aynı dönemde bölgedeki diğer ülkelerle karşılaştırıldığında Özbekistan'ın hâlen bazı yapısal zorluklarla karşı karşıya olduğu görülmektedir.

Örneğin, Kazakistan 2023 yılında binde 4,3 ile Özbekistan'dan daha düşük bir yenidoğan ölüm oranına ulaşmıştır. Bu durum, sağlık altyapısına yapılan yatırımların kapsamı ve etkinliğinin önemini ortaya koymaktadır. Tacikistan ise binde 12,6 ile

bölgedeki en yüksek değere sahip olup, Özbekistan'ın sağlık göstergelerinde Tacikistan'a kıyasla daha avantajlı bir konumda olduğunu göstermektedir. Türkiye ise binde 4,9 ile hem Orta Asya ülkeleri hem de Özbekistan'a kıyasla oldukça düşük bir seviyededir.

Bebek Ölüm Oranı Karşılaştırması (1.000 Canlı Doğum Başına)

Özbekistan'da bebek ölüm oranı son yirmi yılda önemli ölçüde azalmıştır. 2000 yılında 1.000 canlı doğum başına 55,1 olan bebek ölüm oranı, 2010 yılında 27,9'a, 2023 yılında ise 12,7'ye düşmüştür. Bu düşüş, ülkede sağlık hizmetlerinin kapsamının genişlediğini, doğum öncesi ve sonrası bakım hizmetlerinin güçlendiğini göstermektedir. Bununla birlikte, mevcut oranlar hâlâ bölgedeki bazı ülkelerin gerisinde kalmaktadır.

Kazakistan, 2000 yılında Özbekistan'ın altında yer almasına rağmen (36,0), 2010 sonrası dönemde hızlı bir iyileşme göstermiş ve 2023 itibarıyla 7,6'ya düşerek bölgedeki en düşük bebek ölüm oranına ulaşmıştır. Bu durum, Kazakistan'da uygulanan kapsamlı sağlık sigortası sistemi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi politikalarının etkinliğini yansıtmaktadır.

Tacikistan ise 2000 yılında 62,2 ile en yüksek bebek ölüm oranına sahip ülke konumundayken, 2023 itibarıyla bu oranı 22,9'a düşürmeyi başarmıştır. Ancak ülke, hâlâ bölgesel ortalamaların üzerinde seyreden değerleriyle sağlık altyapısı ve ekonomik istikrar bakımından yapısal zorluklar yaşamaktadır.

Türkiye, karşılaştırılan tüm ülkeler arasında en düşük bebek ölüm oranlarına sahiptir. 2000 yılında 30,8 olan oran, 2010'da 14,7'ye, 2023'te ise 9,1'e gerilemiştir. Bu durum, Türkiye'nin sağlıkta dönüşüm programları, yaygın aşılama ve doğum öncesi- sonrası izlem sistemleri sayesinde bölgedeki ülkelere daha ileri bir düzeyde bulunduğunu göstermektedir.

Genel olarak değerlendirildiğinde, Özbekistan'ın bebek ölüm oranındaki hızlı düşüşü sağlık reformlarının olumlu sonuçlarını yansıtmakta, ancak sürdürülebilir ilerleme için kırsal bölgelerdeki altyapının güçlendirilmesi ve sağlık personeli dağılımındaki eşitsizliklerin giderilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

5 Yaş Altı Ölüm Oranı (1.000 Canlı Doğum Başına)

Özbekistan’da beş yaş altı çocuk ölüm oranları son yirmi yılda kayda değer bir düşüş göstermiştir. 2000 yılında binde 61,5 olan oran, 2010’da binde 30,1’e, 2023 yılında ise binde 13,3’e gerilemiştir. Bu iyileşme, çocuk sağlığı hizmetlerinde kapasite artışı, bağışıklama programlarının yaygınlaştırılması ve beslenme ile hijyen koşullarındaki iyileşme lerin bir yansıması olarak yorumlanabilir. Bununla birlikte, bölgesel ve uluslararası karşılaştırmalar Özbekistan’ın hâlâ gelişim alanlarına sahip olduğunu göstermektedir.

Kazakistan aynı dönemde binde 42,5’ten 9,6’ya düşerek Özbekistan’a kıyasla daha düşük bir beş yaş altı ölüm oranına ulaşmıştır. Türkiye’de de benzer şekilde 2000 yılında binde 37,4 olan oran 2023’te binde 12,8’e gerilemiş ve Özbekistan’a yakın bir seviyede konumlanmıştır. Buna karşın Tacikistan, binde 79,7’den 27,3’e düşmesine rağmen hâlen bölgedeki en yüksek değere sahiptir.

Anne Ölüm Oranı (Ulusal Tahmin, 100.000 Canlı Doğum Başına)

Özbekistan’da anne ölüm oranı 2000 yılında 100.000 canlı doğum başına 32 iken, 2010’da 15’e düşmüş; ancak 2016 yılında yeniden 18’e yükselmiştir. Bu eğilim, ülkede doğum öncesi ve sonrası bakım hizmetlerinde önemli ilerlemeler kaydedildiğini ancak sürdürülebilirlik konusunda bazı dalgalanmalar yaşandığını göstermektedir. Sağlık sisteminin kapasitesini artırmaya yönelik reformlar, maternal sağlık hizmetlerinin niteliğini iyileştirmiş olsa da, özellikle kırsal alanlarda hizmete erişim, doğumda profesyonel sağlık personeli bulundurma oranı ve acil obstetrik bakım kapasitesi gibi faktörler anne ölümlerinin tamamen önlenmesinde belirleyici olmaktadır.

Bölgesel karşılaştırmalar incelendiğinde, Kazakistan’da anne ölüm oranı 2000 yılında 40 iken, 2015’te 9’a gerileyerek Özbekistan’a kıyasla daha başarılı bir iyileşme göstermiştir. Tacikistan’da ise veriler sınırlı olmakla birlikte 2000 yılında 18’den 2016’da 7’ye düşüş dikkat çekicidir. Türkiye, 2010’da 20 ve 2017’de 16 ile genel olarak daha düşük oranlara sahip olup, maternal sağlık göstergelerinde bölgedeki diğer ülkelerle karşılaştırıldığında daha iyi bir konumda bulunmaktadır.

Doğurganlık Oranı, Toplam (Kadın Başına Doğum Sayısı)

Toplam doğurganlık oranları, bir kadının yaşamı boyunca sahip olacağı ortalama çocuk sayısını ifade eden ve nüfus dinamiklerini anlamada kritik bir gösterge olan bir

parametredir. Özbekistan’da bu oran 2000 yılında kadın başına 2,70 iken, 2010’da 2,44’e gerilemiş; ancak 2023 yılında 3,50’ye yükselerek dikkat çekici bir artış göstermiştir. Bu artış, ülkede aile politikaları, ekonomik ve sosyo-kültürel faktörler ile kırsal bölgelerdeki doğurganlık eğilimleri gibi unsurların etkisini yansıtırıyor olabilir. Ayrıca sağlık hizmetlerine erişim, doğum öncesi ve sonrası bakımın yaygınlığı ve eğitim düzeyi gibi değişkenler de bu eğilimde rol oynamaktadır.

Kazakistan’da ise daha farklı bir seyir gözlenmektedir. 2000 yılında 1,90 olan oran 2010’da 2,61’e, 2023 yılında ise 3,01’e yükselmiştir. Tacikistan’da 2000 yılında 3,49 olan doğurganlık oranı 2010’da 3,46 ile durağan seyretmiş, 2023’te ise 3,07’ye gerilemiştir. Türkiye’de ise tam tersi bir eğilim söz konusudur; 2000 yılında 2,49 olan oran, 2010’da 2,08’e ve 2023’te 1,51’e düşerek nüfus artış hızının yavaşladığını ve demografik geçiş sürecinin ileri bir aşamasına geçildiğini göstermektedir.

Bu karşılaştırmalar, Özbekistan’ın doğurganlıkta artış eğiliminde olduğunu ve bölgedeki diğer ülkelerden ayrıştığını ortaya koymaktadır. Artışın demografik yapı, sağlık hizmetleri planlaması, kadın sağlığı politikaları ve eğitim gibi alanlarda önemli etkiler doğurabileceği söylenebilir. Özellikle Kazakistan ve Tacikistan’ın daha istikrarlı, Türkiye’nin ise düşüş yönlü bir eğilim göstermesi, her ülkenin farklı sosyoekonomik ve politik dinamiklere sahip olduğunu göstermektedir (34).

Ayrıca Özbekistan’ın sağlık statüsü hakkında daha fazla fikir edinmek için aynı ülkelerin başlıca ölüm nedenleri Tablo 2’de verilmiş ve karşılaştırılmıştır.

Tablo 2. Seçili Ülkelerde Ölüm Nedenleri Karşılaştırması

Özbekistan (100.000 nüfus başına ölüm sayısı)-2021	Kazakistan (100.000 nüfus başına ölüm sayısı)-2021	Tacikistan (100.000 nüfus başına ölüm sayısı)-2021	Türkiye (100.000 nüfus başına ölüm sayısı)-2021
İskemik kalp hastalığı- 237,4	COVID-19- 224,6	İskemik kalp hastalığı- 85,1	COVID-19- 143,2
Felç- 75,9	İskemik kalp hastalığı- 158,3	COVID-19- 59,7	İskemik kalp hastalığı- 119,8
COVID-19- 38,8	Felç- 112,4	Felç- 47,5	Felç- 65,5
Karaciğer sirozu-	Kronik obstrüktif	Alt solunum yolu	Trakea, bronş,

24,2	akciğer hastalığı- 34	enfeksiyonları- 23,6	akciğer kanserleri- 45,1
Diabetes mellitus- 20,9	Kardiyomiyopati, miyokardit, endokardit- 32,1	Erken doğum komplikasyonları- 19,7	Kronik obstrüktif akciğer hastalığı-35,3
Hipertansif kalp hastalığı- 14,3	Karaciğer sirozu- 31,5	Yol kazası- 13,9	Böbrek hastalıkları- 26,4
Alzheimer hastalığı ve diğer demanslar- 12,5	Trakea, bronş, akciğer kanserleri- 18,2	Konjenital anomaliler- 13,7	Diabetes mellitus- 24,4
Böbrek hastalıkları- 11,2	Alt solunum yolu enfeksiyonları- 14,8	Karaciğer sirozu- 12,3	Hipertansif kalp hastalığı- 23,9
Alt solunum yolu enfeksiyonları- 10,2	Kendine zarar verme- 14,4	Hipertansif kalp hastalığı- 11,4	Alzheimer hastalığı ve diğer demans türleri- 23,4
Congenital anomalies-10	Yol kazası- 12,2	Mide kanseri- 10,9	Alt solunum yolu enfeksiyonları-15,7

Kaynak: World Health Organization, 2025, Country overview

Özbekistan’da 2021 yılı itibarıyla en yaygın ölüm nedeni iskemik kalp hastalıklarıdır ve 100.000 kişi başına 237,4 ölüm ile ilk sırada yer almaktadır. Bunu felç (75,9), COVID-19 (38,8), karaciğer sirozu (24,2) ve diabetes mellitus (20,9) izlemektedir. Hipertansif kalp hastalığı, Alzheimer ve diğer demanslar, böbrek hastalıkları, alt solunum yolu enfeksiyonları ve konjenital anomaliler de dikkate değer diğer ölüm nedenleridir. Bu tablo, kardiyovasküler ve metabolik hastalıkların Özbekistan’da temel sağlık yükünü oluşturduğunu, ayrıca bulaşıcı hastalıkların (COVID-19 ve solunum yolu enfeksiyonları) da önemli bir paya sahip olduğunu göstermektedir (35).

Kazakistan’da ise COVID-19, 2021 yılında ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almakta ve 100.000 kişi başına 224,6 ölüm ile pandeminin etkisini açıkça yansıtmaktadır. İskemik kalp hastalığı (158,3) ve felç (112,4) ikinci ve üçüncü sıralarda yer alırken, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kardiyomiyopati ve karaciğer sirozu gibi kronik hastalıklar da önemli oranlara sahiptir. Trakea, bronş ve akciğer kanserleri, alt solunum yolu enfeksiyonları, intihar ve trafik kazaları da öne çıkan diğer nedenlerdir (36).

Tacikistan’da ölüm nedenleri daha düşük oranlarda seyretmekle birlikte iskemik kalp hastalığı (85,1), COVID-19 (59,7) ve felç (47,5) başlıca nedenler olarak görülmektedir. Alt solunum yolu enfeksiyonları, erken doğum komplikasyonları, trafik kazaları ve konjenital anomaliler de sağlık yükünde önemli yer tutmaktadır (37).

Türkiye’de 2021 yılında COVID-19 (143,2) ve iskemik kalp hastalığı (119,8) önde gelen ölüm nedenleri arasında yer almıştır. Felç (65,5), solunum sistemi ve kanser kaynaklı nedenler (örneğin, trakea, bronş ve akciğer kanserleri 45,1) ile kronik obstrüktif akciğer hastalığı (35,3) da yüksek oranlara sahiptir. Ayrıca böbrek hastalıkları, diabetes mellitus, hipertansif kalp hastalığı ve Alzheimer/demens grubu hastalıklar da ölüm nedenleri arasında dikkat çekmektedir (38).

Bu veriler genel olarak dört ülke arasında kardiyovasküler ve solunum sistemi hastalıklarının başlıca ölüm nedenleri olduğunu, COVID-19’un 2021 yılında sağlık sistemlerine önemli bir ek yük getirdiğini göstermektedir. Özbekistan, özellikle kardiyovasküler hastalıklarda yüksek oranlara sahipken, Kazakistan ve Türkiye’de pandemi kaynaklı ölümler ve kronik hastalıklar ön plandadır. Tacikistan’da ise genel oranlar daha düşük olmakla birlikte bulaşıcı hastalıklar ve erken doğum komplikasyonları daha belirgin bir sağlık sorunu olarak öne çıkmaktadır.

2.2.3. Sağlık Hizmetleri Finansmanı, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Ekonomisi

Özbekistan, Sovyet Cumhuriyeti'nden bağımsız olmadan önce iktidarın ilk yıllarında Özbekistan'da çok sayıda bulaşıcı hastalığa yakalananlar vardı. Özbekistan bağımsız olmadan önce sektöre mali kaynak sağlanmazken, Özbekistan'ın 1991 yılında Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği'nden ayrılıp, bağımsız bir Cumhuriyet olduktan sonra birçok sektöre büyük mali kaynaklar sağlanmış ve ülke şu anda kendi kendine yetmektedir. Tıbbi bakım bölümler arasında dağılmıştı, yeterli finansman yoktu ve esas olarak bölgelerin bütçeleri ve ileri düzey bölge doktorlarının özverili çalışmalarıyla sağlanıyordu. Nitelikli tıbbi personel, tedavi tesisleri ve ilaçlar her yerde son derece yetersizdi. Yetersiz sağlık hizmetlerinden kaynaklanan ulusal kirlenme ve salgın hastalıklardan kurtulmak için; bir devlet hastaneleri ve eczaneler ağının oluşturulmasını, departmanların bölünmüşlüğüne ortadan kaldırılmasını, tıbbi personel eksikliğinin üstesinden gelinmesini ve sağlık hizmetlerinin örgütsel birliği gerekiyordu (39).

COVID-19'un da çıkması ile yaşanan pandemi krizinde Sağlık Hizmetleri aracılığıyla da daha fazla insana ulaşmak dünya ülkeleri ve bölgelerinin temel zorluğudur. Bu krizde sağlık harcamaları da artmıştır. Harcamaların başlıca nedenleri sadece yeni pahalı ilaç ve teknolojilerinin ortaya çıkması değil; kronik tıbbi hizmetlerin maliyeti konusunda bilgisi olmayan hastaların artan talepleri, sağlıklı yaşamı sürdürme gereksinimine adapte olamamış birçok vatandaş da neden olur (40).

Özbekistan, GSYİH'nin nispeten küçük bir kısmını sağlık hizmetlerine harcıyor - 2021'de bu rakam %7,74'tü. Bu rakam DSÖ Avrupa Bölgesindeki çoğu ülkeyle karşılaştırıldığında düşüktür, ancak Orta Asya'daki diğer ülkelerle karşılaştırıldığında nispeten yüksektir. GSYİH'nin yüzdesi olarak ifade edilen cari sağlık harcaması seviyesi. BT, salgınlar için aşı stokları, acil durumlar, binalar ve makineler cari sağlık harcamalarına değil, sermaye sağlık harcamalarına girer. Cari sağlık harcamaları, bunlar hariç her yıl tüketilen sağlık ve mal hizmetlerini içerir (35).

İki ana gelir kaynağı genel kamu harcamaları (çoğunlukla vergiler yoluyla toplanır) ve özel harcamalardır (çoğunlukla vatandaşlar tarafından yapılan kişisel ödemeler). 2021 yılında, yurtiçi özel kaynaklardan finanse edilen cari sağlık harcamalarının payı 60,78 olarak belirtilmiştir. Yurtiçi özel kaynaklar hane halklarından, şirketlerden ve kar amacı gütmeyen kuruluşlardan gelen fonları içermektedir. Bu tür harcamalar gönüllü sağlık

sigortasına ön ödemeli olarak ya da doğrudan sağlık hizmeti sunucularına ödenebilir. DSÖ, kişi başına toplam sağlık harcamasının 2021 yılında kişi başına 261 SAGP ABD dolarına yükseldiğini tahmin etmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanında dış kaynaklar, ulusal sağlık sistemine ülke dışından gelen tüm finansal girişleri kapsayan doğrudan yabancı transferler ve hükümet tarafından dağıtılan yabancı transferlerden oluşmaktadır. Yurtiçi genel devlet sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının 39,2 %, Yurtiçi genel devlet sağlık harcamaları (GSYH nin 3,03 %), Kişi başına yurtiçi genel devlet sağlık harcaması (62 ABD \$) olarak kaydedilmiştir (41).

Dış finansman kaynakları; uluslararası teknik yardım hibeleri, insani yardım, doğrudan yabancı yatırım ve krediler gibi çeşitli fonlardan oluşur. Bu kaynaklar, mevcut sağlık altyapısını güçlendirmek ve devam eden reformları desteklemek için kullanılır. Uluslararası kalkınma için kurulan programları Özbekistan, devlet reformlarının düşünülen amaç ve hedefleriyle uyumlu olan, aynı zamanda Sağlık Bakanlığı ile de işbirliği yaparak kendini geliştiren bir dizi teknik yardım programı şeklinde kullanır (42).

Hükümet merkezi hükümet ve yerel yönetimler olarak ayrılır ve sağlık hizmetleri için kamu fonlarını konsolide eder ve dağıtır. Kişi başına sağlık hizmetleri için yapılan kamu harcamalarının düzeyi her il 'il'de farklıdır. Örneğin; kişi başına sağlık harcaması zengin illerde yoksul illere göre genel olarak daha yüksektir. İki birimin de ayrı ayrı görevleri vardır. Merkezi hükümet; hastane, araştırma enstitülerinin, acil durum merkezlerinin ve ulusal düzeyde uzmanlaşmış tıp merkezlerinin finansmanından sorumludur. Yerel yönetimler (şehirler veya il tümen) ise; geri kalan hastanelerin, ambulans hizmetlerinin, sıhhi-epidemiolojik istasyonların ve sağlık ocağı birimlerinin finansmanından sorumludur (43).

Özbekistan sağlık sistemi aşağıdaki hastalara ayakta tedavi olma şartıyla ücretsiz ilaç alma imkânı tanımaktadır.

- Akıl hastalıkları, kanser, kalp ameliyatları ve nakilleri, tüberküloz, endokrin hastalıkları, HIV/AIDS ve lepra gibi yedi hastalığa yakalanan hastalar;
- Askeri nükleer tesislerde görevini sürdürmekte olan terhis olmuş askeri personel; savaşlara katılan bazı kişiler ve gaziler; sosyal korumada kayıtlı olan yalnız emekliler, alt nüfus grubunu oluşturur (44). Sağlık çalışanlarına ödenen maaş sabittir ancak daha fazla maaş yatırılması konusunda hemfikir olduğundan bunun için çalışmalara başlanmıştır.

Maaş konusunda ödenen ücretler pozisyona ve niteliğe göre değişir. Örnek olarak; doktor, hemşire, baş sağlık görevlisi ve vasıfsız personel. Tablo 3’de sağlık çalışanlarının maaş aralıkları gösterilmiştir. Veriler resmi istatistik kurumları, maaş anket platformları ve haber ajanslarından alınmıştır.

Tablo 3. 2023-2025 yıl sağlık çalışanlarının maaş verileri

Pozisyon	Maaş aralığı -aylık (milyon UZS)	Maaş aralığı -aylık (USD)	Maaş aralığı -aylık (TRY)
Hemşire	2.5 - 5.0	197,5 - 395	6,750 – 13,500
Aile Hekimi	2.7 - 4.0	213.3 – 316.0	7,290 – 10,800
Cerrah (uzman)	4.7 - 12.3	371.3 – 971.7	12,690 – 33,210
Sağlık sektör ortalama	~ 5.8	~ 458.2	~ 15,660
Sağlık çalışanlarının çoğunluğu	1.7 - 5.85	134.3 – 462.15	4,590 – 15,795

Kaynak: Paylab.com, Tıp ve sosyal hizmetler, Özbekistan maaşları. 2024

Tabloya göre sağlık çalışanlarının maaş aralıklarında önemli farklılıklar gözlemlenmektedir. Hemşirelerin aylık maaşları 2,5–5 milyon UZS aralığında değişirken, aile hekimleri için bu aralık 2,7–4 milyon UZS arasında sınırlıdır. Uzman cerrahların maaşları ise diğer meslek gruplarına kıyasla daha yüksek olup 4,7–12,3 milyon UZS arasında değişmektedir. Bu farklılık, uzmanlık gerektiren alanlarda ücretlerin belirgin şekilde daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (45).

Sağlık sektörü ortalama maaşı yaklaşık 5,8 milyon UZS olarak belirlenmiştir (46). Ancak sağlık çalışanlarının çoğunluğunun maaşlarının 1,7–5,85 milyon UZS bandında yoğunlaştığı görülmektedir. Bu durum, ortalama maaşın yüksek görünmesine karşın sektör genelinde gelir dağılımının eşit olmadığını göstermektedir. Özellikle hemşireler ve aile hekimleri gibi birincil sağlık hizmetlerinde görev yapan çalışanların maaşlarının, cerrahlar gibi uzmanlık alanındaki hekimlerin gerisinde kaldığı açıktır (47).

Sağlık sektöründe maaş farklılıklarının belirgin olması, yalnızca bireysel gelir düzeylerini etkilemekle kalmayıp aynı zamanda sağlık çalışanlarının motivasyonu, mesleki tatmini ve meslekte kalıcılığı üzerinde de önemli etkiler yaratmaktadır. Düşük maaş alan sağlık personeli, işine olan bağlılığını kaybedebilir, çalışma verimliliği düşebilir ve daha iyi ücret ve koşullar sunan alternatif sektörlerle ya da ülkelere yönelme eğilimi gösterebilir. Bu durum, özellikle nitelikli sağlık çalışanlarının kamu sektöründen özel sektöre veya yurtdışına geçişini hızlandırabilir.

2.2.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

2.2.4.1. Sağlık Hizmetleri Sisteminde Hastanın Yolculuğu

Hastalar aşağıdaki tesislerde ücretsiz ayakta tedavi hizmeti alabilirler (Kentsel bölgeler):

- Aile polikliniklerinde;
- Merkez ilçe hastanelerinin poliklinik bölümlerinde
- Kentsel multidisciplinary polikliniklerde.

Hastalar aşağıdaki tesislerde ücretsiz ayakta tedavi hizmeti alabilirler (Kırsal bölgeler):

- Merkez ilçe hastanelerinin ayakta tedavi bölümlerinde;
- Kırsal doktor muayenehanelerinde;
- Feldsher-doğum istasyonlarında (48).

Kentsel aile poliklinikleri veya ilçe/şehir multidisipliner poliklinikleri gibi kamu tesislerinde ayakta tedavi gören hastalardan bazı teşhis hizmetleri ve laboratuvar testleri için ücret alınabilir. Tüm ilaçlar genellikle vatandaşların kişisel masrafları ile ödenir (49).

Kentsel ve kırsal bölge farketmezsiniz:

- Hem velayet hem de ulusal düzeydeki ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinin ayakta tedavi bölümleri ücretli hizmetler sunmaktadır;
- Özel sağlık hizmeti sağlayıcıları ücretli hizmetler sunmaktadır;
- Hastaların ikamet ettikleri yer dışında bakıma ihtiyaç duymaları halinde kamu sağlık hizmeti sağlayıcıları ücretli hizmetler sunmaktadır.

Kamuda ve özelde ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında sağlık hizmetleri farklı şekilde işlenir. Kamuda ücretin azami düzeyi sağlık bakanlığı tarafından özelde ise

kendileri tarafından belirlenir. Kamuda hizmet maliyetinin yüzde 25'ini geçmemek gerekir. Kamuda ayakta tedavide hasta belirli bir ücret öderken, özelde tamamını hasta öder.

Yatılı tıbbi bakıma ihtiyaç duyan hastalar farklı yollar çizebilirler:

- Hastanın tercih edebileceği seçenekler açısından temel bir bakım ve ücretin bir kısmını ödedikleri herhangi bir şehir veya ilçe, il hastanesi ya da herhangi başka bir yataklı olan kamu tesisi tercih edilebilir (tesisin kendi kendini finanse etmesi gerekir);
- Sağlık Bakanlığı toplam bütçesinin %20'sini geçmemek şartıyla; yetimler, gaziler, engelliler vb. hastaların tedavisini karşılar. Hastalar hastanede yatılı hizmet alacaksa, geri ödeme yapılacak yataklı devlet hastanelerine tercih edebilirler (kendi kendini finanse bir sağlık tesisi).
- Herhangi bir özel sağlık hizmeti sağlayıcısını tercih edebilirler (50).

Ayakta ve yatarak uzmanlaşmış tıbbi bakım:

Kentsel alanlarda, yatılı bakım il ve şehirlerdeki çok disiplinli hastaneler tarafından sağlanmaktadır. Acil bakım ve belirli hastalık ve hasta kategorileri açısından bu hastaneler devlet garantili hizmet paketinin bir parçasıdır.

Kırsal bölgelerde, ikincil sağlık hizmetine ihtiyaç duyan hastalar için ilk temas noktası, multidisipliner uzmanlaşmış ayakta tedavi bölümlerine sahip ilçe hastaneleri ve ilçe tıp birlikleridir (eski adıyla merkezi ilçe hastaneleri).

Doğum ve anne çocukla ilgili her şey Özbekistan'da önceliklidir. Kentsel alanlarda, kırsal bölgelere göre daha uzmanlaşmış yatılı tesisler vardır. Doğum sonrası bakım yine neredeyse her hastanede vardır ancak kentsel alanlarda uzmanlaşmış bakım, genellikle ayrı doğum hastanelerinde yer alır. Kırsal alanda ise, artık bölge tıp birliklerine doğum koğuşları entegre edilir. Kentsel bölgede uzmanlaşmış yatılı tesislerin düzeyi il düzeyinde bulunmaktadır. Bu hastaneler; kardiyoloji ve acil durum hastaneleri, nöroloji ve psikiyatri hastaneleri, çocuk hastaneleri, deri ve zührevi hastalıklar hastaneleri ve tüberküloz hastaneleri gibi alanlardan oluşur (51).

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri genellikle büyük hastanelerde ve ulusal düzeydeki araştırma enstitüleri ve merkezlerinde sağlanmaktadır.

Kentsel ve kırsal alanlardaki hastane türleri: İlçeler arası tıp dernekleri - kırsal alanlarda. Şehir/bölge hastaneleri; Uzmanlaşmış hastaneler (örneğin tüberkülozlu çocuklar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar veya acil durum hastaneleri); Üçüncü basamak hastaneler (tıp üniversiteleri ve klinik araştırma enstitüleri ile ilişkili uzmanlaşmış merkezler ve hastaneler) - kentsel alanlarda (52).

2.2.4.2. Kamu, Özel ve Geleneksel Tıp Sektörü

Devlet sağlık kurumları, aşağıdakileri içeren bir ücretsiz hizmetler listesi sağlar:

- Acil ve acil tıbbi bakım sağlanması;
- Temel sağlık hizmetlerinde ve başta kırsal alanlarda olmak üzere bir dizi devlet tedavi ve önleyici bakım kurumunda tıbbi hizmetlerin sağlanması;
- Nüfusun bir dizi bulaşıcı hastalığa karşı bağışıklanması ve aşılması;
- Sosyal açıdan önemli hastalıklar ve başkaları için tehlike oluşturan hastalıklar için özel tıbbi bakım (tüberküloz, onkolojik, psikiyatrik, uyuşturucu bağımlılığı, endokrinolojik hastalar ve meslek hastalığı olan kişiler);
- Çocukların muayene ve tedavisi (ücretli hastaneler hariç);
- 15-17 yaş arası gençlerin ve askerlik çağındaki kişilerin (18-27) askerlik komisyonlarının sevkleri üzerine muayene ve tedavileri;
- Obstetrik hizmetlerin sağlanması (ücretli kurumlar hariç);
- Devlet tedavi ve önleme tesislerinde tercih edilen hasta kategorilerinin (engelliler, savaş gazileri, yetimler) tedavisi.

1 Ocak 2024 itibariyle aktif hastane sayısı 2019'a göre 227 artarak 1.432 olmuştur. Hastanelerde her ne kadar sağlık hizmetleri sunuluyor olsada birçok sorun yaşanmaktadır. Bu sorunlar nedeniyle hasta tedavileri maliyetli görülmekte ve verimli bir tedavi olarak kabul edilmemektedir (53).

Özbekistan, sağlık hizmetlerine önem veren bir ülkedir ve sağlık hizmetlerini iyileştirmek için hep çabalamıştır. Bunun için pek çok çalışma yapmıştır. Mesela, hamile kadınlar ve okuldaki çocukların kontrollerinin düzenli olmasına öncelik vermektedir. Bunlardan biri de ABD, Rusya, Türkiye, Almanya ve Hindistan gibi gelişmiş sağlık hizmetlerinin olduğu ülkelerle anlaşmalar ve ortak girişimler yapmıştır. Bu ülkelerin desteğiyle yaklaşık olarak 100 modern özel sağlık kuruluşu kurulmuştur. Bunun sonucunda, özellikle son yıllarda olmak üzere başka ülkelerden gelen uluslararası

uzmanların çalıştığı özel olan tıp klinikleri artmıştır. Özel tıbbın gelişmesi adına 2019-2022 arası özel tıbbi klinikler devlet fonlarına zorunlu bağıştan ve her türlü vergiden muaf tutuldu (diş klinikleri ve kozmetoloji hariç). Ayrıca tıp hizmetine dair yeni kurulmuş olan, küçük işletmeler ve mikro şirketler devletin bu konuyla ilgili belgesine dair, devlet kayıt tarihinden itibaren en fazla 10 yıl olmak üzere tıp alanına dair hizmetler için tek bir vergi ödemesinden muaftır. Bu ayrıcalığın sebebi ise, modern tıbbın, sarf malzemesi, servis ve bakımı, yedek parça, mühendislik ve teknik ekipmanla donatılması, envanter ve diğer tıbbi ürünlerin satın alınabilmesi için fonların serbest bırakılmasıydı. Bu da iki yıl içinde 1.650 yeni özel tıp merkezinin kurulmasını mümkün kılmıştır (54).

Kamu sağlık tesislerinde tıbbi kayıtlar kağıt üzerinde tutulmaktadır. Özel klinikler kayıtları çoğunlukla dijital formatta tutmaktadır, ancak bilgilere başka bir sağlık kurumu ulaşamaz, sadece kayıt oluşturulan yerde geçerlidir.

Alternatif (tamamlayıcı) tıp, hizmetine dair veriler kesin değildir. Bu alandaki uzman kişilerin Sağlık Bakanlığınca sertifika alması zorunlu olsa bile sertifika almadan da mesleklerini icra etmektedirler. Bu sebeple, bu alanda çalışan bazı kişiler yasa dışı yollarla mesleğe devam eder. Yine de geleneksel tıp halk arasında oldukça rağbet görmektedir, özellikle, kırsal, köylük yerlerde doktor daha uzak olduğundan geleneksel tıp uygulamacı uzmanlara gidilir. Geleneksel tıp uygulamacılığı genellikle, aile içinde nesilden nesile aktarılır (55).

Sertifika, adını Ebu Ali İbn Sino'dan (Avicenna) alan Uluslararası Geleneksel Tıp Derneği'nden alınabilir. Bu birim Sağlık Bakanlığı'nın kurumsal yapısının bir parçasıdır ve Sağlık Bakanlığı'na rapor verir. Derneğin faaliyetleri, Doğu tıbbının temellerinin canlandırılması, korunması ve tanıtılması, bu alanda uluslararası işbirliğinin geliştirilmesini amaçlamaktadır.

Derneğin başlıca görevleri şunlardır:

- Özbekistan'da geleneksel tıbbın gelişimini teşvik etmek;
- Geleneksel tıp yöntemleri kullanılarak hastalıkların tedavisi ve önlenmesinin yaygınlaştırılması;
- Yerli ve yabancı yapılarla işbirliği ve ortaklık ilişkilerinin geliştirilmesi;
- Geleneksel tıp alanında uluslararası projelerin geliştirilmesi ve uygulanmasına katılım;

- Geleneksel tıp yöntemleriyle hastalıkların tedavisi alanındaki başarıları yaygınlaştırmak için bilimsel kongreler, kongreler, konferanslar, seminerler, sergiler vb. düzenlenmesi ve gerçekleştirilmesi;
- Kamuoyu çalışması, bilimsel araştırma organizasyonu;
- Geleneksel tıp alanındaki uzmanlar arasında mesleki bağların güçlendirilmesi ve geliştirilmesine yardımcı olmak;
- Geleneksel tıp okullarının geliştirilmesi ve personel eğitimi için koşulların yaratılması;
- Popüler bilim, uzmanlık ve ansiklopedik yayınların, dergilerin, koleksiyonların, monografilerin vb. oluşturulması (56).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırma Yöntemi ve Tasarımı

Araştırmanın tipi: Nitel ve Tanımlayıcı bir saha araştırmasıdır.

Araştırmanın yürütüleceği yer: Özbekistan

Araştırmanın zamanı (Başlangıç ve bitiş tarihleri): Mart.2025- Haziran.2025

Araştırma Evreni ve Katılımcı Seçim Yöntemleri:

Amaçlı örnekleme yöntemi: Uzmanların sağlık sistemi hakkında bilgi verebilecek kapasitede olmalarına dayalı seçim.

Kolayda örnekleme yöntemi: Ulaşılabilecek olan uzmanların seçilmesi.

Kartopu örnekleme yöntemi: İlk katılımcıların yönlendirmesiyle sonraki katılımcılara ulaşılacak.

Katılımcıların seçim yöntemi: Veri toplama sürecinde, araştırmacı Özbekistan'daki sağlıkçı olan ailesinde yardımıyla katılımcılarla görüşecektir. Araştırma, 18 yaş ve üzerindeki uzmanlarla yürütülecektir. Katılımcılar, sağlık hizmetleri sunumu veya kullanımı alanlarında deneyim sahibi yetişkinler olacaktır. Katılımcılar, sağlık hizmetlerinin organizasyonu, erişilebilirliği, kalitesi, hasta hakları, sağlık politikaları gibi alanlarda uzmanlaşmış kişiler olacaktır. Uzmanlar ile yarı yapılandırılmış mülakat görüşmelerini gerçekleştirecektir. Görüşmelerde izin veren uzmanların görüşleri ses kayıt cihazı ile veya yazı ile kayıt altına alınacaktır.

Araştırmaya dahil edilme ölçütleri:

- Özbekistan'da yaşıyor olmak
- Sağlık hizmeti sunumu veya kullanımı alanlarının birinde uzman olmak

Araştırmaya dahil edilmeme ölçütleri:

- Özbekistan'da yaşayan yabancı uyruklular
- Sağlık hizmetlerine dair kullanıcı deneyimi ve politika geliştirme gibi konularda uzmanlığı olan bireyler

3.2. Katılımcılar ve Veri Toplama Süreci

Araştırma kapsamında veriler, Özbekistan sağlık sistemi içerisinde görev yapan farklı branşlardan sağlık profesyonelleri ile yürütülen yarı yapılandırılmış görüşmeler aracılığıyla toplanmıştır. Çalışma grubunu, mesleki deneyim süreleri 5 ile 44 yıl arasında değişen toplam 10 katılımcı oluşturmuştur. Katılımcılar; adli tıp uzmanı, psikolog, diş hekimi, kadın doğum uzmanı, tüberküloz dispanseri başhekimisi, epidemiyoloji uzmanı, sağlık yönetimi uzmanı ve sağlık organizasyonu uzmanı gibi farklı disiplinlerden seçilmiştir. Bu çeşitlilik, araştırma konusunun hem klinik hem de idari boyutlarını farklı perspektiflerden değerlendirme olanağı sağlamıştır.

Katılımcılar amaçlı örnekleme yöntemi ile belirlenmiş, seçimde mesleki çeşitlilik ve deneyim zenginliği dikkate alınmıştır. Görüşmeler yüz yüze veya çevrim içi platformlar aracılığıyla gerçekleştirilmiş olup, her bir görüşme yaklaşık 30 ila 60 dakika sürmüştür. Katılımcılardan görüşme öncesinde yazılı ve sözlü onam alınmış, tüm görüşmeler katılımcı izni ile ses kaydı altına alınmıştır.

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Süreci

Kullanılan yarı yapılandırılmış görüşme formunda yer alan sorular genellikle açık uçlu olup, katılımcıların düşüncelerini geniş bir biçimde ifade etmelerine olanak tanımıştır. Araştırmacı, belirli konuları yönlendiren sorular sormakla birlikte, katılımcılara kendi ifadeleriyle açıklama yapma fırsatı vermiştir. Görüşme sürecinde sorular esnek tutulmuş, katılımcının yanıtlarına bağlı olarak ek sorular yöneltilmiş veya mevcut sorular derinleştirilmiştir. Bu yaklaşım, görüşmelerin katılımcı odaklı ilerlemesini sağlamıştır.

Görüşme sırasında elde edilen veriler, katılımcılardan alınan izin doğrultusunda ses kaydı veya yazılı notlar aracılığıyla kaydedilmiştir. Görüşmeler, katılımcıların tüm soruları yanıtladığından ve kendi görüşlerini tam olarak ifade ettiğinden emin olduktan sonra sonlandırılmıştır. Veri toplama süreci, veri doygunluğuna ulaşılması ile birlikte tamamlanmıştır.

SWOT Analizi ve Veri İşleme

SWOT analizi, stratejik yönetim literatüründe en yaygın kullanılan yöntemlerden biri olup, güçlü ve zayıf yönlerin yanı sıra dış çevreden kaynaklanan fırsat ve tehditlerin

belirlenmesine olanak tanımaktadır. Bu yöntem, özellikle sağlık sistemlerinin analizinde, mevcut durumun çok boyutlu ve bütüncül bir biçimde değerlendirilmesine katkı sağlamaktadır (57).

Bu çalışmada SWOT analizi iki farklı düzlemde ele alınmıştır. İlk aşamada, literatüre dayalı teorik SWOT analizi gerçekleştirilmiştir. Bu analiz, sağlık sistemleri üzerine yapılan akademik araştırmaların sunduğu genel eğilimleri ve kavramsal değerlendirmeleri yansıtarak, Özbekistan sağlık sisteminin yapısal güçlü ve zayıf yönlerini belirlemiştir (58).

İkinci aşamada ise yarı yapılandırılmış mülakatlar sonucunda elde edilen saha verileri doğrultusunda pratik SWOT analizi yapılmıştır. Bu yöntem, sistemin yalnızca teorik açıdan değil, aynı zamanda uygulamadaki işleyişini de gözler önüne sermiştir. Teorik SWOT ile pratik SWOT'un karşılaştırılması, Özbekistan sağlık sisteminin hem kavramsal düzeyde hem de gerçek yaşam pratiğinde sahip olduğu avantajlar ve karşı karşıya kaldığı sorunların bütüncül olarak değerlendirilmesine imkân tanımıştır (59).

Dolayısıyla, SWOT analizinin hem teorik hem de pratik boyutlarının bir arada ele alınması, çalışmanın özgünlüğünü artırmakta ve sağlık sistemine yönelik daha kapsamlı bir bakış açısı sunmaktadır. Bu yaklaşım, yalnızca mevcut durumun tespitini kolaylaştırmakla kalmayıp, aynı zamanda geleceğe yönelik politika önerilerinin daha sağlam temellere dayandırılmasına da katkıda bulunmaktadır (60).

Kodlama ve Analiz Süreci

Verilerin analizi, nitel araştırma yöntemlerinden içerik analizi tekniği ile gerçekleştirilmiştir. Kodlama süreci üç aşamada ilerlemiştir:

Açık Kodlama – Katılımcı ifadelerinden doğrudan türeyen anlamlı ifadeler kod olarak belirlenmiştir.

Eksen Kodlama – Benzer kodlar, ilişkili oldukları anlam alanlarına göre gruplandırılarak ana temalar ve alt temalar oluşturulmuştur.

Seçici Kodlama – Araştırma sorularıyla doğrudan ilişkili ana temalar belirlenmiş, temsil gücü yüksek katılımcı ifadeleri seçilerek raporlanmıştır.

Kodlama sürecinde MAXQDA 24 nitel veri analiz programı kullanılmıştır. MAXQDA, metin, ses, video, resim ve diğer veri türlerini analiz etmeye imkân sağlayan; verilerin kodlanması, kategorilere ayrılması, temaların belirlenmesi, ilişkilerin incelenmesi ve sonuçların görselleştirilmesi gibi işlevler sunan bir yazılımdır. Bu özellikleri sayesinde karmaşık nitel veri kümeleri sistematik biçimde analiz edilmiştir.

Araştırma Raporlama Standartları

Araştırmanın sistematik ve şeffaf biçimde raporlanabilmesi amacıyla COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) kontrol listesi takip edilmiştir. COREQ, nitel veri toplama, analiz ve yorumlama süreçlerinin ayrıntılı olarak açıklanmasına yardımcı olmakta ve okuyucuların araştırmanın yöntemlerini daha iyi anlamasını sağlamaktadır. Bu yaklaşım, araştırmanın bilimsel geçerliliğini ve güvenilirliğini artırmıştır(61).

4. BULGULAR

4.1. Yarı Yapılandırılmış Mülakat Sonuçlarının İstatistiksel Analizi

Bu bölümde, **MAXQDA** ile yapılan yarı yapılandırılmış mülakatların içeriklerinin nicel boyutu incelenmiştir. Her bir soruya verilen yanıtların kelime uzunlukları ve içerikte en sık geçen kavramlar tespit edilmiştir. Aşağıdaki tablo, analiz edilen her bir soru için özet verileri sunmaktadır.

Yarı yapılandırılmış mülakatlar kapsamında farklı uzmanlık alanlarından ve görevlerden gelen katılımcılarla görüşülmüştür. Katılımcıların kimlikleri gizli tutulmuş, her biri için kodlar atanmıştır (K1, K2, ...). Tablo 4'te katılımcıların görevleri, uzmanlık alanları ve mesleki deneyim süreleri özetlenmektedir.

Tablo 4. Yarı yapılandırılmış mülakat katılımcılarının profili

Belge	Kodlu Bölümler
K1	44 yıllık deneyimli adli otopsi uzmanı
K2	42 yıllık deneyim. Özbekistan Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Fergana ili Sağlık Müdürlüğü Bagdad İlçesi Tıp Birliği Başhekim'i'nin tedavi işlerinden sorumlu başyardımcısı
K3	5 yıllık deneyim. Özel klinikte psikolog
K4	30 yıllık deneyimli Fergana'da sıhhi-epidemiyojik hizmetler denetim uzmanı
K5	17 yıllık deneyimli Taşkent Bölgesi Angren'de Tıbbi Bakım Analiz ve İzleme Departmanı Başkanı
K6	19 yıllık deneyimli Buhara ili Gijduvon ilçesi Kamu ağız ve diş sağlığında diş hekimi
K7	21 yıllık deneyimli Fergana ili Tüberküloz dispanseri başhekim
K8	5 yıllık deneyimli Fergana ili Bağdad ilçesi BioMed özel kliniği, kadın doğum hastalıkları uzmanı
K9	13 yıllık deneyimli Semerkand Nüfus Tedavi Organizasyonu Departmanı Uzmanı
K10	32 yıllık deneyimli Andijan şehri Özel poliklinikte kadın doğum uzmanı

Çalışmaya katılan katılımcılar, sağlık alanında farklı branşlarda ve çeşitli düzeylerde görev yapan, mesleki deneyimleri 5 ile 44 yıl arasında değişen uzmanlardan oluşmaktadır. Katılımcılar arasında adli tıp, psikoloji, diş hekimliği, kadın doğum, tüberküloz hastalıkları, epidemiyoloji ve sağlık yönetimi gibi farklı uzmanlık alanları yer almaktadır. Katılımcıların görevleri; kamu sağlık kurumlarında başhekim yardımcılığı, tıbbi bakım analiz ve izleme departmanı başkanlığı, dispanser başhekimliği gibi idari sorumluluklar ile özel kliniklerde hekimlik ve psikolojik danışmanlık gibi klinik uygulamaları kapsamaktadır. Bu çeşitlilik, sağlık sisteminin hem idari hem de klinik boyutlarını farklı bakış açılarından değerlendirme olanağı sağlamaktadır. Katılımcıların

deneyim süreleri ve görev çeşitliliği, elde edilen verilerin hem uygulama hem de politika düzeyinde anlamlı çıkarımlar yapılmasına katkı sunmaktadır.

Sağlık Sisteminin Yapısı

Çalışmaya katılan tüm katılımcılar (%100), sağlık sisteminde bölgesel farklılıklara değinmiştir. Ortak görüş, Özbekistan'da şehir ve kırsal bölgeler arasında sağlık hizmetlerine erişim, personel sayısı ve altyapı açısından belirgin eşitsizlikler bulunduğu yönündedir. Şehirlerde modern cihazlar ve uzman hekim sayısı fazlayken, kırsal bölgelerde hizmetler çoğunlukla temel düzeyde kalmakta ve erişim güçlükleri yaşanmaktadır.

Bölgesel Farklar

Çalışmaya katılan 10 katılımcının tamamı (%100), sağlık sisteminde bölgesel eşitsizlikler olduğunu belirtmiştir. Özellikle şehir-kırsal ayrımı, sağlık hizmetlerine erişim açısından önemli bir sorun olarak öne çıkmıştır.

Katılımcıların çoğu, şehirlerdeki gelişmiş altyapı ile kırsaldaki yetersizlik arasında büyük farklar olduğunu vurgulamıştır:

“Şehirlerde sağlık altyapısı kırsal bölgelere göre daha gelişmiştir; uzman sayısı daha fazladır, cihazlar daha modern. Bu da hizmet kalitesinde belirgin fark yaratıyor.” (K1)

“Kırsal bölgelerde sadece temel hizmetler sağlanabiliyor. Uzman hekim ya da gelişmiş görüntüleme sistemleri genellikle şehir merkezinde bulunuyor.” (K2)

“Hizmetlerin adil dağıtılmadığı çok açık. Büyük şehirlerde seçenek çok, kırsalda ise insanlar mecburen aile hekimine gidiyor.” (K3)

Bazı katılımcılar, devletin yeni sağlık yatırımları ile bu farkları kapatmaya çalıştığını, ancak henüz yeterli düzeyde olmadığını da belirtmiştir:

“Son yıllarda kırsala yönelik bazı hastane yatırımları oldu ama personel eksikliği hâlâ ciddi bir sorun.” (K5)

Bu bulgular, sağlık sisteminde bölgesel adaletsizliklerin katılımcıların ortak gözlemi olduğunu ortaya koymaktadır.

Hizmet Ağı

Tüm katılımcılar (%100), sağlık sisteminin genel hizmet yapısı hakkında değerlendirmelerde bulunmuş, özellikle devlet-özel kurum dengesi, birinci-basamak hizmetlerin yaygınlığı ve koordinasyon üzerinde durmuştur.

“Devlet hastaneleri çoğunlukta ama özel sektör de büyüyor. Ancak kırsal bölgelerde özel hizmet neredeyse yok.” (K4)

“Birinci basamak sağlık hizmetleri şehirlerde yaygın ama kırsal kesimde tek bir aile hekimiyle yürütülmeye çalışılıyor.” (K6)

“Sağlık ocakları ve İSM’ler temel hizmeti sağlıyor ama kronik hastalık takibi, danışmanlık hizmetleri yetersiz.” (K2)

Ayrıca sistemin dikey hiyerarşik bir yapıda çalıştığı, bu nedenle koordinasyon eksiklikleri yaşandığı da belirtilmiştir:

“Hastaneler, aile sağlığı merkezleriyle yeterince entegre değil. Hastaların yönlendirilmesi eksik kalıyor.” (K7)

Bu tema, sağlık sisteminde sadece kurum sayısı değil, kurumlar arası işbirliği, erişim ve kapsayıcılık gibi yapısal konuların da önemli olduğunu göstermektedir.

Devlet – Özel Dengesi

Katılımcıların 7’si (%70.0), sağlık hizmetlerinde kamu ve özel sektörün rolü hakkında görüş bildirmiştir. Katılımcılar, özel sağlık hizmetlerinin özellikle şehirlerde artış gösterdiğini; ancak kırsal kesimlerin hâlâ devlet kurumlarına bağımlı olduğunu vurgulamıştır.

“Özel sağlık sektörü büyümekte olsa da, çoğunluk hâlâ kamu hastanelerine bağımlıdır. Özellikle maddi durumu yetersiz olanlar için başka seçenek yok.” (K8)

“Kırsalda özel sağlık hizmeti neredeyse yok. Bu da eşitsizliği artırıyor.” (K3)

Bununla birlikte, bazı katılımcılar özel sektörün bazı avantajlar sunduğunu da belirtmiştir:

“Özel hastaneler daha hızlı hizmet veriyor ama herkesin erişimi mümkün değil. Kamu hâlâ temel hizmet sağlayıcısıdır.” (K9)

Bu tema, sağlık sisteminde özelleşmenin yaygınlaştığını ama adil erişimin sadece kamu aracılığıyla mümkün olduğunu göstermektedir.

Genel Değerlendirme

Tüm katılımcılar, sistemin şehir-kırsal farkı üzerinden değerlendirilmesi gerektiğini belirtmiş ve alt yapı, personel, cihaz farklarına dikkat çekmiştir. Hizmet ağı, yalnızca kurum sayısı değil, birimler arası koordinasyon ve erişim açısından da sorunlar içermektedir.

Devlet-özel dengesinde kamu baskın olmakla birlikte, özel sektör şehir merkezlerinde yayılmakta, kırsalda ise daha az görülür. Sağlık sisteminin yapısı temasına ilişkin kod frekansları Tablo 5’de sunulmuştur.

Tablo 5. Sağlık sisteminin yapısı temasına ilişkin kod frekansları

Sağlık Sisteminin Yapısı	Frekans
Bölgesel farklar	10
Hizmet ağı	10
Devlet-özel denge	7
Kodlanmış BELGELER	10
Kodlanmamış BELGELER	0
ANALİZ EDİLEN BELGELER	10

Modern ve Geleneksel Tıp

Çalışmaya katılan tüm katılımcılar (%100), modern tıp ile geleneksel tıp arasındaki ilişki ve konum hakkında görüş bildirmiştir. Katılımcılar, modern tıbbın sağlık sisteminde baskın olduğunu, ancak geleneksel tıbbın özellikle kırsal bölgelerde ve belirli tedavi alanlarında hâlen önemli bir rol oynadığını belirtmiştir.

Öne çıkan görüşler:

“Modern tıp ile halk hekimliği birçok yerde birlikte varlığını sürdürüyor. Ancak sistemin ağırlığı modern tıptan yana.” (K1)

“Modern tıp, teknolojiye ve uzmanlara güvenin yüksek olduğu bir yapıya sahip. Geleneksel yöntemler ise daha çok kişisel deneyimlere dayanıyor.” (K2)

“Büyük şehirlerde hastalar esas olarak modern tıp hizmeti alıyor; geleneksel tıp daha çok kırsalda kullanılıyor.” (K7)

Katılımcıların çoğu, modern tıbbın bilimsel altyapı ve teknolojik olanaklarla desteklendiğini, bu nedenle tedavi etkinliğinde öne çıktığını ifade etmiştir. Geleneksel tıp ise, özellikle fitoterapi gibi tamamlayıcı yöntemler aracılığıyla, bazı hasta gruplarında hâlâ talep görmektedir.

Entegrasyon

Katılımcıların %60'ı, modern ve geleneksel tıp arasında entegrasyonun mümkün ve gerekli olduğunu, ancak bunun kontrollü ve bilimsel standartlara uygun yapılması gerektiğini belirtmiştir.

“Modern tıp klinik protokoller düzeyinde destek sağlıyor, ancak halk hekimliğinin belirli alanları sisteme entegre edilebilir.” (K5)

“Bu iki yaklaşımın birleştirilmesi ancak kanıta dayalı çalışmalarla mümkün olur.” (K9)

“Fitoterapi gibi bazı alanlarda modern tıp ile uyumlu çalışmalar yapılmalı.” (K1)

Katılımcılar, entegrasyonun hem tedavi seçeneklerini artıracaklarını hem de özellikle kırsal bölgelerde erişim sorunlarını azaltabileceğini vurgulamıştır. Ancak kontrolsüz uygulamaların risk oluşturabileceğine de dikkat çekilmiştir.

Geleneksel Tıp Algısı

Katılımcıların %60'ı, geleneksel tıbbın toplumdaki algısını değerlendirmiştir. Bu görüşlerde, kırsal bölgelerde geleneksel yöntemlere olan güvenin daha yüksek olduğu, şehirlerde ise modern tıbbın daha baskın tercih edildiği dile getirilmiştir.

“İyi bilgili halk hekimleri varsa halk onlara güveniyor.” (K2)

“Geleneksel tedaviler mevcuttur, ancak genellikle modern tıp tedavisinin tamamlayıcısı olarak görülür.” (K7)

“Geleneksel tıp, özellikle yaşlı nüfus tarafından kültürel bir miras gibi korunuyor.” (K4)

Bazı katılımcılar, geleneksel tıbbın sağlık kültürünün bir parçası olduğunu ve tamamen yok sayılmaması gerektiğini vurgulamıştır.

Teknolojiye Güven

Katılımcıların %20'si, modern tıbbın teknolojik altyapısına güvenin yüksek olduğunu belirtmiştir. Bu güvenin, modern tıbbın hızlı tanı ve etkili tedavi sağlamasıyla bağlantılı olduğu ifade edilmiştir.

“Modern tıp, teknolojiye ve uzmanlara güvenin yüksek olduğu bir yapıya sahip.” (K2)

“Bilimsel altyapı, tedavinin etkinliğini kanıtlıyor ve hastaların güvenini artırıyor.” (K8)

Bazı katılımcılar, teknolojiye olan güvenin geleneksel tıbbın popülaritesini azalttığını da eklemiştir.

Genel Değerlendirme

Tüm katılımcılar, modern tıbbın sağlık sisteminde baskın olduğunu kabul etmekle birlikte, geleneksel tıbbın özellikle kırsal bölgelerde ve belirli tedavi alanlarında hâlen önemli bir rol oynadığını belirtmiştir. Entegrasyon önerileri yaygın olmakla birlikte, bunun ancak bilimsel kanıtlarla desteklenmesi gerektiği vurgulanmıştır. Geleneksel tıp algısı kültürel bağlamda güçlüdür, ancak şehirlerde modern tıbbın etkinliği ve teknolojiye olan güven daha belirgindir. Modern ve geleneksel tıp temasına ilişkin kod frekansları Tablo 6'de sunulmuştur.

Tablo 6. Modern ve geleneksel tıp temasına ilişkin kod frekansları

Modern ve Geleneksel Tıp	Frekans
Entegrasyon	6
Geleneksel tıp algısı	6
Teknolojiye güven	2
Kodlanmış BELGELER	10
Kodlanmamış BELGELER	0
ANALİZ EDİLEN BELGELER	10

Finansman

Çalışmaya katılan katılımcıların tamamı (%100), sağlık sisteminin finansman yapısı hakkında değerlendirmelerde bulunmuştur. Katılımcıların ortak görüşü, sağlık hizmetlerinin büyük ölçüde devlet bütçesiyle finanse edildiği, bunun yanında kişisel harcamalar ve sınırlı düzeyde dış fonların da kullanıldığı yönündedir.

“Devlet tıbbi kurumlarında tıbbi cihazlar, donanım ve personel devlet bütçesinden karşılanıyor.” (K1)

“Özbekistan’da sağlık kuruluşları devlet ve özel sektör tarafından finanse ediliyor ama ana kaynak hâlâ devlet bütçesi.” (K3)

“Mevcut finansman modeli daha çok devlet desteğine dayalı.” (K9)

Katılımcılar, devlet finansmanının öncelikli olarak acil bakım ve temel sağlık hizmetlerine yönlendirildiğini, ancak bazı alanlarda maliyetlerin hastalar tarafından karşılanmak zorunda kaldığını belirtmiştir.

Kişisel Bütçe

Katılımcıların %25’i, sağlık hizmetlerinde kişisel harcamaların rolü üzerinde durmuştur. Görüşlerde, devletin karşılamadığı bazı ilaçlar, tetkikler veya tedavilerin doğrudan vatandaşlar tarafından finanse edildiği ifade edilmiştir.

“Hastanelerde bulunmayan ilaçlar ise hastaların kendi imkânlarıyla alınmak zorunda.” (K1)

“Bütçe kısıtlı olduğu için bazı hizmetlerde vatandaş kendi cebinden ödeme yapıyor.” (K2)

Bu durum, özellikle maddi durumu sınırlı olan hastalar için erişim eşitsizliklerine yol açmaktadır.

Devlet Bütçesi

Katılımcıların %37.5’i, devlet bütçesinin sağlık hizmetlerinde temel finansman kaynağı olduğunu vurgulamıştır.

“Devlet finansmanı öncelikli olarak acil bakım, anne-çocuk sağlığı ve bulaşıcı hastalıkların önlenmesine ayrılıyor.” (K4)

“Finansman hâlâ büyük ölçüde devlet bütçesine dayanıyor; MHI sisteminin başlatılmasına rağmen durum değişmedi.” (K5)

“Devlet garantili ücretsiz sağlık hizmetlerinin finansmanı bütçeden sağlanıyor.” (K6)

Katılımcılar, devlet bütçesinin temel hizmetleri kapsadığını ancak modernizasyon ve özel tedavi alanlarında yetersiz kalabildiğini belirtmiştir.

Dış Fonlar

Katılımcıların %6.25'i, sağlık finansmanında dış kaynakların sınırlı düzeyde rol oynadığını dile getirmiştir.

“Çekilen fonlar pahasına yeni bölge tıp merkezleri inşa ediliyor.” (K3)

“Yabancı yatırımcıların ilgisi, dijital sağlık ve teknoloji alanında artıyor.” (K9)

Dış fonların daha çok altyapı projeleri ve teknolojik yenilikler için kullanıldığı, ancak sistemin genel bütçesinde küçük bir paya sahip olduğu ifade edilmiştir.

Genel Değerlendirme

Tüm katılımcılar, sağlık finansmanının temel kaynağının devlet bütçesi olduğunu, bunun yanında kişisel harcamalar ve sınırlı dış fonların sisteme dahil olduğunu belirtmiştir. Devlet finansmanı, temel ve acil sağlık hizmetlerini kapsamakta; ancak modernizasyon, ileri teknoloji yatırımları ve özel tedaviler için yetersiz kalabilmektedir. Kişisel bütçe katkısı, özellikle gelir seviyesi düşük hastalar için erişim sorunlarını artırmaktadır. Dış fonlar ise sistemin sürdürülebilirliğinde sınırlı bir rol oynamaktadır. Finansman temasına ilişkin kod frekansları Tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 7. Finansman temasına ilişkin kod frekansları

Finansman	Frekans
Devlet bütçesi	9
Kişisel bütçe	4
Dış fonlar	2

Kodlanmış BELGELER	10
Kodlanmamış BELGELER	0
ANALİZ EDİLEN BELGELER	10

Eğitim ve Personel

Çalışmaya katılan tüm katılımcılar (%100), sağlık sisteminde eğitim ve personel konularına değinmiştir. Ortak görüş, Özbekistan’da sağlık personeli yetiştirme sisteminin belirli bir yapıya sahip olduğu ancak uygulama becerileri, personel sayısı ve eğitim kalitesi açısından önemli eksiklikler bulunduğu yönündedir.

“Özbekistan’ın net bir tıp eğitimi sistemi vardır, ancak kırsal alanlarda personel eksikliği dikkat çekicidir.” (K2)

“Eğitim sistemi teorik odaklı olmaya devam etmekte, pratik beceri kazandırmada yetersiz kalmaktadır.” (K5)

“Sağlık personeli eğitimi standardizasyon açısından gelişmeye açık bir alandır.” (K9)

Katılımcılar, hem tıp fakültelerinin hem de hemşirelik ve ara sağlık personeli eğitim kurumlarının mevcut olduğunu, ancak mezunların sahada yeterli donanıma sahip olmadığını ifade etmiştir.

Personel Yetersizliği

Katılımcıların %70’i, özellikle kırsal bölgelerde sağlık personeli eksikliğini vurgulamıştır.

“Sağlık sektöründe kırsal bölgelerde sağlık çalışanı sayısı yetersiz.” (K3)

“Uzman personel eksikliği önemli bir sorun olmaya devam ediyor.” (K4)

“Buna rağmen bazı bölgelerde donanım olsa bile personel yetersizliği hizmet kalitesini düşürüyor.” (K8)

Bu durum, hizmet erişiminde bölgesel eşitsizliklerin oluşmasına ve mevcut personelin aşırı iş yükü altında kalmasına yol açmaktadır.

Eğitim Düzeyi

Katılımcıların %70'i, sağlık personelinin eğitim düzeyinin geliştirilmesi gerektiğini ifade etmiştir.

“Orta eğitimli sağlık personelleri, 9. sınıfı bitirdikten sonra mesleğe yönlendiriliyor.” (K1)

“Tıp fakülteleri ve üniversitelerin yanı sıra institutlar da eğitim veriyor ancak kalite değişken.” (K4)

“Hizmet içi eğitimler yapılmasına rağmen yeterli standart sağlanamıyor.” (K6)

Katılımcılar, mevcut eğitim sisteminin teorik ağırlıklı olduğunu ve pratik uygulamalara daha fazla önem verilmesi gerektiğini belirtmiştir.

Pratik Eksikliği

Katılımcıların %30'u, sağlık eğitiminin en zayıf noktalarından birinin pratik uygulama eksikliği olduğunu dile getirmiştir.

“Tıp eğitimi teorik olarak güçlü olsa da pratikte yetersizdir.” (K8) “Öğrenciler arasında özellikle pratik beceri eksikliği dikkat çekiyor.” (K2)

“Uygulamalı eğitimlerin artırılması, hizmet kalitesine doğrudan katkı sağlayacaktır.” (K7)

Pratik eksikliğin, mezunların sahada uyum süresini uzattığı ve hasta güvenliğini olumsuz etkileyebileceği vurgulanmıştır.

Genel Değerlendirme

Katılımcılar, sağlık sisteminde eğitim ve personel konusunun temel bir gelişim alanı olduğunu belirtmiştir. Personel yetersizliği, kırsal-şehir farkını artıran önemli bir etken olarak öne çıkarken, eğitim düzeyi ve pratik beceri eksiklikleri mezunların etkinliğini sınırlamaktadır. Sistemin teorik odaklı yapısının, uygulamalı eğitimler ve hizmet içi geliştirme programları ile dengelenmesi gerektiği ortak bir öneri olarak sunulmuştur. Eğitim ve personel temasına ilişkin kod frekansları Tablo 8'de sunulmuştur.

Tablo 8. Eğitim ve personel temasına ilişkin kod frekansları

Eğitim ve Personel	Frekans
Personel yetersizliği	7
Eğitim düzeyi	7
Pratik eksikliği	3
Kodlanmış BELGELER	10
Kodlanmamış BELGELER	0
ANALİZ EDİLEN BELGELER	10

Hizmet Memnuniyeti

Çalışmaya katılan 10 katılımcının tamamı (%100), sağlık hizmetleri konusunda genel memnuniyet düzeylerine ilişkin görüş bildirmiştir. Katılımcılar, memnuniyet düzeyinin şehir ve kırsal alanlarda farklılık gösterdiğini; altyapı, erişim ve kalite gibi unsurların bu memnuniyet üzerinde doğrudan etkili olduğunu belirtmiştir.

“Her ilçede yetişkinler ve çocuklar için çok branşlı poliklinikler mevcut, bu da memnuniyeti artırıyor.” (K1)

“Köy ve şehir bölgeleri karşılaştırıldığında, şehirlerde hizmet kalitesi ve hız daha yüksek.” (K2)

“Büyük şehirlerde sunulan sağlık hizmetleri kırsal bölgelere göre hem daha kaliteli hem de daha ulaşılabilir.” (K3)

“Bağımsız izleme verilerine göre, Taşkent ve büyük şehirlerde halkın memnuniyet düzeyi daha yüksek.” (K4)

Kalite

Katılımcıların 8'i (%80), hizmet kalitesi konusunda yorum yapmıştır. Özellikle muayene süresi, randevu sistemi ve kullanılan tıbbi cihazların modernliği kalite algısında belirleyici unsurlar olarak öne çıkmıştır.

“Kentsel alanlarda, tıbbi hizmetlere erişim düzeyi ve hizmetin kalitesi yüksek, uzman sayısı fazla.” (K5)

“Özel kliniklerin sayısının fazla olması, hizmet kalitesini artırıyor ama erişim maliyetli olabilir.” (K6)

“Hasta anketleri, şehirlerde verilen hizmetin genel olarak daha kaliteli olduğunu gösteriyor.” (K7)

“Kalite sorunlarının çözülmesi için doktorlar için sistemi cazip hale getirmek gerekiyor.” (K8)

Erişim

Katılımcıların 6’sı (%60), sağlık hizmetlerine erişim konusunu vurgulamıştır. Şehirlerdeki kolay ulaşım ve randevu alma imkânına karşılık, kırsal bölgelerde ulaşım güçlüğü ve sınırlı uzman sayısı öne çıkan sorunlar olmuştur.

“Şehirdeki vatandaşlar sağlık hizmetlerine daha hızlı ulaşabiliyor.” (K9)

“Erişim açısından şehir ve kırsal arasında büyük fark var; kırsalda sadece temel hizmetler var.” (K2)

“Kırsal bölgelerde özellikle anestezi uzmanı gibi bazı branşlarda ciddi eksiklikler bulunuyor.” (K3)

Hasta Güveni

Katılımcıların 2’si (%20), sağlık sistemine olan güven düzeyini dile getirmiştir. Güvenin daha çok hizmet kalitesi, şeffaflık ve personelin yaklaşımı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir.

“Yüksek düzeyde resmi ve gayri resmi ödemeler, güveni olumsuz etkiliyor.” (K4)

“Randevu süresi ve muayene kalitesi, hastaların sisteme güvenini doğrudan belirliyor.” (K6)

Genel Değerlendirme

Tüm katılımcılar, sağlık hizmetlerinden memnuniyetin şehir-kırsal farkı üzerinden değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Kalite, erişim ve güven konuları memnuniyetin ana belirleyicileri olarak öne çıkmaktadır. Şehirlerde altyapı ve uzman sayısının fazlalığı memnuniyeti artırırken, kırsalda sınırlı hizmet ağı ve uzman eksikliği sorun olarak

görülmektedir. Hizmet kalitesinin artırılması ve eşit erişimin sağlanması, hasta güvenini güçlendirecek en önemli adımlar olarak değerlendirilmiştir. Hizmet memnuniyeti temasına ilişkin kod frekansları Tablo 9’de sunulmuştur.

Tablo 9. Hizmet Memnuniyeti Temasına İlişkin Kod Frekansları

Hizmet Memnuniyeti	Frekans
Kalite	8
Erişim	6
Hasta güveni	2
Kodlanmış BELGELER	10
Kodlanmamış BELGELER	0
ANALİZ EDİLEN BELGELER	10

Güçlü Yönleri

Çalışmaya katılan 10 katılımcının tamamı (%100), Özbekistan sağlık sisteminin çeşitli güçlü yönleri bulunduğunu belirtmiştir. Katılımcılar, devletin sağlık alanındaki rolünü, altyapı düzeyini ve hizmetlerin yaygınlığını vurgulamıştır. Özellikle temel sağlık hizmetlerinin ülke genelinde ücretsiz ve erişilebilir olması, güçlü yönler arasında öne çıkmıştır:

“Özbekistan’da çocukların yaşına göre çeşitli hizmetler sağlanıyor; devlet, temel sağlık hizmetlerini ücretsiz sunuyor.” (K1)

“Sağlık kurumlarının donanımı iyileştirildi, özellikle birinci basamakta yaygın hizmetler mevcut.” (K2)

“Sağlık hizmetlerinin yönetimi etkin, dikey bir yapıya sahip.” (K3)

Bazı katılımcılar, yönetsel yapılanmanın ve devlet desteğinin reform sürecinde önemli avantajlar sağladığını da ifade etmiştir:

“Reformlar için devletin yüksek düzeyde siyasi desteği var, bu da süreci hızlandırıyor.” (K5)

Bu bulgular, sağlık sisteminin temel hizmetler, yönetim yapısı ve devlet desteği bakımından katılımcılar tarafından güçlü olarak değeriendirildiğini göstermektedir.

Dijitalleşme

Katılımcıların %30'u (3 kişi), dijitalleşmenin Özbekistan sağlık sistemindeki önemli gelişmelerden biri olduğunu belirtmiştir. Özellikle elektronik kuyruk sistemleri, online randevu, aşı mesaj hatırlatma uygulamaları gibi dijital çözümler öne çıkmıştır:

“Aynı zamanda, dijitalleşme (elektronik kuyruklar, sağlık bilgi sistemleri) sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırıyor.” (K1)

“Online kayıt, Telegram botları, aşı mesaj hatırlatmaları yaygınlaştı.” (K6)

Katılımcılar, dijitalleşmenin hem verimlilik hem de hasta memnuniyeti açısından avantaj sağladığını, ancak tüm bölgelerde aynı düzeyde uygulanmadığını da vurgulamıştır.

Siyasi Destek

Katılımcıların %50'si (5 kişi), sağlık sisteminde reformlar ve gelişim sürecinde siyasi desteğin kritik bir rol oynadığını ifade etmiştir. Bu destek, reformların uygulanabilirliğini artırmakta ve sağlık yatırımlarının sürdürülebilirliğini sağlamaktadır:

“Reformlar için siyasi destek ve devletin yüksek düzeyde sahiplenmesi var.” (K8)

“Sağlık personeli yetiştirilmesine yönelik devlet desteği güçlü.” (K2)

Katılımcılar, siyasi iradenin varlığını sağlık sisteminde dönüşümün anahtarı olarak görmektedir.

Aile Hekimliği

Katılımcıların %10'u (1 kişi), aile hekimliği uygulamalarını güçlü yönler arasında değeriendirmiştir. Özellikle annelik ve çocuk sağlığı programlarının bu sistemle desteklenmesi dikkat çekmiştir:

“Annelik ve çocukluk için özel programlar şeklinde aile hekimliği hizmetleri veriliyor.” (K4)

Bu alt tema, sağlık sisteminin koruyucu ve birinci basamak hizmetlerindeki kapsayıcılığını yansıtmaktadır.

Genel Değerlendirme

Katılımcıların tamamı, Özbekistan sağlık sisteminin güçlü yönleri arasında temel hizmetlerin yaygınlığı, devletin reform sürecine desteği ve etkin yönetim yapısını belirtmiştir. Dijitalleşme, sistemin modernleşmesini desteklerken, siyasi destek reformların hızlanmasına katkı sağlamaktadır. Aile hekimliği ise özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinde önemli bir yapı taşı olarak görölmektedir. Güçlü yönler temasına ilişkin kod frekansları Tablo 10’de sunulmuştur.

Tablo 10. Güçlü yönler temasına ilişkin kod frekansları

Güçlü Yönler	Frekans
Siyasi destek	5
Dijitalleşme	3
Aile hekimliği	1
Kodlanmış BELGELER	10
Kodlanmamış BELGELER	0
ANALİZ EDİLEN BELGELER	10

Zayıf Yönler

Çalışmaya katılan tüm katılımcılar (%100), Özbekistan sağlık sisteminde çeşitli zayıf yönler olduğunu belirtmiştir. Özellikle altyapı yetersizlikleri, denetim eksiklikleri ve kırsal bölgelerdeki hizmet sorunları öne çıkan başlıca unsurlar olmuştur.

Altyapı Eksikliği

Katılımcıların %40’ı, sağlık sisteminde fiziksel ve teknik altyapı eksikliklerini önemli bir sorun olarak vurgulamıştır. Modern tıbbi cihazların yetersizliği, malzeme eksikliği ve teknik donanımın güncel standartlara uygun olmaması en çok dile getirilen konular arasındadır:

“Küresel pandemilerde, özellikle Covid-19 hastaları için gerekli teknik donanım eksikliği ciddi bir sorun oluşturdu.” (K2)

“Devlet sağlık kurumlarında modern tıbbi cihazların yetersizliği, teşhis ve tedavi sũreçlerini olumsuz etkiliyor.” (K3)

“Bũlge tıp merkezlerindeki malzeme ve teknik altyapı eksikliği, hizmet kalitesinde dũřũře neden oluyor.” (K2)

Denetimsizlik

Katılımcıların %20’si, sağlık sisteminde denetim mekanizmalarının zayıf olduğunu ifade etmiştir. Bu durum, hizmet kalitesinin kontrolsũz biçimde değişmesine ve bazı alanlarda ciddi kalite sorunlarının ortaya çıkmasına yol aılmaktadır:

“Mevcut sistemde en önemli tehdit unsuru olarak denetim eksikliğini grũyorum.” (K1)

“Tıbbi personelin BT okuryazarlığının artırılması ve hizmet sũreçlerinin daha iyi denetlenmesi gerekiyor.” (K5)

Kırsal Sorunlar

Her ne kadar bu alt tema için doğrudan frekans verisi %0 olarak grũnse de, bazı katılımcılar dolaylı olarak kırsal hizmet yetersizliğine değinmiştir. Özellikle kırsal alanlarda sağlık personeli eksikliği, hizmete erişim gũlũkleri ve bũlgesel dengesizlikler öne çıkmaktadır:

“Sağlık personeli eksikliği (zellikle kırsalda) ciddi bir sorun.” (K8)

“Hizmet sunumunda bũlgesel dengesizlikler, sağlık personelinin adil dağıtılmaması ile daha da artıyor.” (K9)

Genel Değerlendirme

Katılımcılar, Özbekistan sağlık sistemindeki zayıf yönlerin başında altyapı eksikliklerinin geldiğini, denetim yetersizliğinin kalite sorunlarını artırdığını ve kırsal bũlgelerdeki hizmet açığının hâlâ zũlmemiř bir problem olduğunu belirtmiştir. Bu bulgular, sağlık sisteminde kalıcı iyileştirmeler için hem teknik altyapının gũlendirilmesi hem de denetim ve personel dağılımı gibi yönetimsel konuların öncelikli ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Zayıf yönler temasına ilişkin kod frekansları Tablo 11’de sunulmuştur.

Tablo 11. Zayıf Yönler Temasına İlişkin Kod Frekansları

Zayıf yönler	Frekans
Altyapı eksikliği	4
Denetimsizlik	2
Kırsal sorunlar	0
Kodlanmış BELGELER	10
Kodlanmamış BELGELER	0
ANALİZ EDİLEN BELGELER	10

Fırsatlar

Çalışmaya katılan tüm katılımcılar (%100), sağlık sisteminde geleceğe yönelik çeşitli fırsatlar bulunduğunu ifade etmiştir. Bu fırsatlar arasında özellikle uluslararası işbirlikleri, dijitalleşme ve genç nüfusun potansiyeli öne çıkmıştır. Katılımcılar, sağlık sektöründe gelişim için hem iç dinamiklerin hem de dış bağlantıların önemini vurgulamıştır.

Uluslararası İşbirliği

Katılımcıların %60'ı, sağlık sisteminin gelişiminde uluslararası kuruluşlar ve yabancı yatırımların kritik rol oynadığını belirtmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), UNICEF ve Dünya Bankası gibi kurumlarla yürütülen projeler, hem altyapı hem de insan kaynağı açısından katkı sağlamaktadır:

“Tıp alanında yabancı yatırım için de fırsatlar var. Özellikle eğitim ve teknoloji transferinde ciddi potansiyel mevcut.” (K2)

“Personel eğitimi alanında uluslararası kuruluşlarla işbirliği yapılması, hizmet kalitesini artırıyor.” (K4)

“DSÖ, UNICEF ve Dünya Bankası’nın bölgesel projeleri, ülkenin sağlık kapasitesine doğrudan katkı sağlıyor.” (K5)

Dijitalleşme

Katılımcıların %30'u, dijital sağlık teknolojilerinin yaygınlaşmasının hem hizmet kalitesini hem de erişimi artıracaklarını vurgulamıştır. Elektronik çizelgeler, stok takibi ve

teletıp uygulamaları, özellikle uzak bölgelerde sağlık hizmetlerini güçlendirebilecek unsurlar olarak görülmektedir:

“Dijitalleşme (elektronik çizelgeler, teletıp) hem zaman kazandırıyor hem de erişimi artırıyor.” (K3)

“Hastanelerdeki ilaçların ve stokların izlenmesi dijital sistemlerle çok daha verimli yapılabilir.” (K6)

“Teletıp, uzaktan danışmanlık ve önleme sistemleri, bölgesel eşitsizlikleri azaltabilir.” (K7)

Genç Nüfus

Katılımcıların %10'u, genç nüfusun sağlık alanında eğitim ve istihdam potansiyelini önemli bir fırsat olarak değerlendirmiştir. Gençlerin tıp alanına yönlendirilmesi, hem personel açığını kapatabilir hem de yenilikçi hizmetlerin gelişmesini sağlayabilir:

“Özellikle bölgelerde gençleri tıp alanına yönlendirmek, uzun vadede insan kaynağı sorununu azaltır.” (K1)

Genel Değerlendirme

Katılımcıların ifadeleri, sağlık sisteminin geleceği için fırsatların hem dış kaynaklar (uluslararası işbirlikleri, yabancı yatırımlar, küresel projeler) hem de iç kaynaklar (genç nüfus, dijitalleşme) ile güçlendirilebileceğini göstermektedir. Uluslararası işbirlikleri, teknolojik altyapı ve insan kaynağı geliştirme stratejileri, sağlık sisteminin sürdürülebilir kalkınmasında temel unsurlar olarak öne çıkmaktadır. Fırsatlar temasına ilişkin kod frekansları Tablo 12'de sunulmuştur.

Tablo 12. Fırsatlar Temasına İlişkin Kod Frekanslar

Fırsatlar	Frekans
Uluslararası işbirliği	6
Dijitalleşme	3
Genç nüfus	1
Kodlanmış BELGELER	10
Kodlanmamış BELGELER	0
ANALİZ EDİLEN BELGELER	10

Tehditler

Çalışmaya katılan tüm katılımcılar (%100), sağlık sisteminin geleceğini olumsuz etkileyebilecek çeşitli tehditler bulunduğunu ifade etmiştir. Bu tehditler arasında özellikle beyin göçü, politik istikrarsızlık, ekonomik zorluklar ve küresel krizler öne çıkmıştır. Katılımcılar, mevcut sorunların çözülmemesi hâlinde sağlık hizmetlerinde kalite ve erişim açısından gerileme yaşanabileceğini vurgulamıştır.

Beyin Göçü

Katılımcıların %50'si, özellikle genç ve nitelikli sağlık personelinin yurtdışına göç etmesinin ciddi bir tehdit oluşturduğunu belirtmiştir. Bu durum, hem personel açığını hem de mevcut çalışanlar üzerindeki iş yükünü artırmaktadır:

“Genç doktorlar ve hemşireler yurt dışına gidiyor, bu da içerideki personel açığını büyütüyor.” (K2)

“Maaş ve çalışma koşulları iyileştirilmez ise sağlık çalışanı kaybı devam eder.” (K4)

“Nitelikli personel kaybı, uzun vadede sağlık hizmetlerinin kalitesini düşürür.” (K7)

Politik İstikrarsızlık

Katılımcıların %30'u, sağlık politikalarının sık sık değişmesinin ve siyasi belirsizliklerin uzun vadeli planların uygulanmasını zorlaştırdığını ifade etmiştir:

“Sağlık politikaları sürekli değişiyor, bu da istikrarlı bir sistemin oluşmasını engelliyor.” (K3)

“Siyasi krizler, sağlık yatırımlarını ve planlamayı olumsuz etkiliyor.” (K5)

Ekonomik Zorluklar

Katılımcıların %10'u, ekonomik dalgalanmalar ve bütçe kısıtlarının sağlık hizmetlerini doğrudan etkilediğini vurgulamıştır:

“Ekonomik krizler sağlık harcamalarını kısıyor, bu da hem altyapı hem de personel yatırımlarını sınırlandırıyor.” (K6)

Küresel Krizler

Katılımcıların %10'u, pandemi ve iklim değişikliği gibi küresel ölçekli krizlerin sağlık sistemini zorlayabileceğini belirtmiştir:

“Pandemide gördük, sistemin sınırları var. Benzer krizler yaşanabilir.” (K1)

Genel Değerlendirme

Katılımcıların ifadeleri, sağlık sisteminin karşı karşıya olduğu tehditlerin hem iç dinamiklerden (personel kaybı, politik belirsizlik, ekonomik kısıtlar) hem de dış faktörlerden (küresel salgınlar, iklim değişikliği) kaynaklandığını göstermektedir. Uzun vadeli sürdürülebilirlik için nitelikli personelin elde tutulması, siyasi ve ekonomik istikrarın sağlanması ve olası krizlere karşı dayanıklı bir altyapı geliştirilmesi kritik öneme sahiptir. Tehditler temasına ilişkin kod frekansları Tablo 13'te sunulmuştur.

Tablo 13. Tehditler temasına ilişkin kod frekanslar

Tehditler	Frekans
Sistem güvensizliği	5
Beyin göçü	4
Rüşvet	3
Kodlanmış BELGELER	10
Kodlanmamış BELGELER	0
ANALİZ EDİLEN BELGELER	10

4.2. SWOT Analizi

Bu bölümde Özbekistan sağlık sistemi SWOT analizi yöntemiyle ele alınmıştır. SWOT analizi kapsamında güçlü yönler, sistemin mevcut avantajlarını ve öne çıkan olumlu özelliklerini; zayıf yönler, yapısal eksiklikleri ve çözüm bekleyen sorunları; fırsatlar, sistemin gelecekteki gelişimine katkı sağlayabilecek dış ve iç dinamikleri; tehditler ise sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini olumsuz yönde etkileyebilecek riskleri ortaya koymaktadır. Analiz yapılırken özellikle sağlık harcamalarının düzeyi, finansman kaynaklarının çeşitliliği, kişi başına düşen sağlık harcaması, sağlık insan gücü dağılımı, hizmetlere erişimdeki bölgesel farklılıklar, sağlık altyapısının kapasitesi ve yönetsel işleyiş ön plana çıkarılmıştır. Değerlendirmede yalnızca istatistiksel veriler değil, aynı zamanda alan araştırması kapsamında elde edilen katılımcı görüşleri de dikkate alınmıştır. Böylece sağlık sisteminin güçlü yanlarını pekiştirmek ve zayıf yanlarına yönelik politika önerileri geliştirmek için kapsamlı ve dengeli bir çerçeve sunmak amaçlanmıştır. SWOT analizine ilişkin bulgular Tablo 14’te sunulmuştur.

Tablo 14. SWOT analizi

SWOT boyutu	Teorik araştırmadan elde edilen bulgular	Saha araştırmasından elde edilen bulgular
Güçlü Yönler	Kamu, özel ve geleneksel tıbbın bir arada çalışması; Sağlık göstergelerinde iyileşme	Devletin sağlık reform iradesi; Temel hizmetlerin yaygınlığı
	Genç ve dinamik nüfus; Altyapı yatırımlarının artması	
Zayıf Yönler	Bürokratik engeller; Anne ölüm oranlarında dalgalanma	Fiziksel ve teknik altyapı eksikliği; Nitelikli sağlık personeli eksikliği
	Kırsal- şehir farkı ve eşitsizlikleri; Finansman yetersizliği	
Fırsatlar	Artan doğurganlık ve genç nüfus; Uluslararası işbirliği potansiyeli; Dijital sağlık ve tele- sağlık	
Tehditler	Kronik hastalıkların artış; Sosyoekonomik eşitsizlikler	Politik istikrarsızlık
	Beyin göçü; Ekonomik dalgalanmalar; Pandemi ve olası sağlık krizleri	

Yapılan teorik ve saha araştırmaları sonucunda Özbekistan sağlık sistemine ilişkin gl yönler, zayıf yönler, fırsatlar ve tehditler aşağıda özetlenmiştir.

Gl Yönler

Ortak bulgular, Özbekistan sağlık sisteminin en önemli gl yönlerinin genç ve dinamik nüfus ile artan altyapı yatırımları olduğunu göstermektedir. Teorik araştırma bulguları, kamu, özel ve geleneksel tıbbın entegrasyonu ile sağlık göstergelerindeki iyileşmeleri vurgulamaktadır. Saha araştırmaları ise devletin sağlık reformuna yönelik gl iradesini ve temel sağlık hizmetlerinin yaygınlığını ön plana çıkarmıştır.

Zayıf Yönler

Teorik bulgular, sağlık sisteminde karşılaşılan bürokratik engelleri ve anne ölüm oranlarındaki dalgalanmaları zayıf yönler olarak işaret etmektedir. Saha araştırmalarında ise özellikle fiziksel ve teknik altyapı eksiklikleri ile nitelikli sağlık personeli yetersizliği ne çıkmıştır. Ortak bulgular, kırsal ve şehir bölgeleri arasındaki eşitsizlikler ve finansman yetersizliği sorunlarının sistemin zayıf noktaları arasında yer aldığını göstermektedir.

Fırsatlar

Araştırma bulguları, Özbekistan sağlık sisteminde çeşitli fırsatların bulunduğunu ortaya koymaktadır. Bunların başında artan doğurganlık ve genç nüfus, uluslararası işbirliği potansiyeli ve dijital sağlık ile tele-sağlık uygulamalarının yaygınlaştırılabilmesi gelmektedir.

Tehditler

Teorik bulgular, kronik hastalıkların artışı ve sosyoekonomik eşitsizlikleri sağlık sistemi için tehdit unsurları olarak ortaya koyarken; saha araştırmaları, politik istikrarsızlığı önemli bir risk faktörü olarak öne çıkarmıştır. Ortak bulgular ise beyin göçü, ekonomik dalgalanmalar ve pandemi ile olası sağlık krizlerini sistemin kırılgan yönleri olarak ortaya koymuştur.

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Bu çalışma, Özbekistan sağlık sistemini çok boyutlu bir yaklaşımla inceleyerek sistemin belirleyici faktörlerini, altyapı bileşenlerini, hizmet sunum modellerini ve örgütsel yapısını analiz etmeyi amaçlamıştır. Araştırma, literatür taraması ile desteklenen ve uzmanlarla gerçekleştirilen yarı yapılandırılmış mülakatlara dayalı nitel verilere dayanmıştır. Veriler MAXQDA yazılımı ile tematik olarak analiz edilmiş, katılımcı görüşleri sistematik şekilde kodlanarak frekans analizleriyle desteklenmiştir.

Elde edilen bulgular, Özbekistan sağlık sisteminin gelişmekte olan bir yapıya sahip olduğunu, ancak yapısal ve bölgesel eşitsizlikler nedeniyle çeşitli sorunlarla karşı karşıya kaldığını göstermektedir. Şehir merkezlerinde sağlık hizmetlerine erişim yüksekken, kırsal bölgelerde altyapı yetersizliği, uzman personel eksikliği ve ekipman sorunları dikkat çekmektedir. Katılımcılar, devletin sağlık reform politikalarını genel olarak olumlu değerlendirmiştir; özellikle dijitalleşme, tele-sağlık uygulamaları ve tıbbi teknolojilerin yaygınlaşmasını fırsat alanları olarak tanımlamıştır.

Sağlık eğitimi ve insan kaynağı açısından, reformlara açık bir yapı olduğu ancak uygulamalı eğitim eksikliklerinin giderilmesi gerektiği ortaya konmuştur. Genç sağlık çalışanlarının motivasyonu, sürekli mesleki gelişim ihtiyacı ve beyin göçü tehdidi ön plana çıkan bulgulardandır. Finansman boyutunda ise devlet harcamalarının artmasına rağmen sistemin hâlâ büyük ölçüde doğrudan ödemelere dayalı olduğu, zorunlu sağlık sigortası ve kamu-özel işbirliklerinin geliştirilmesi gerektiği ifade edilmiştir.

Ayrıca, Özbekistan sağlık sisteminde modern ve geleneksel tıbbın bir arada kullanıldığı melez bir yapı görülmektedir. Kırsal bölgelerde geleneksel yöntemlerin yaygınlığı kültürel açıdan anlaşılır olsa da, modern tıbbın bilimsel doğrularla desteklenmesi gerekliliği ve sağlık okuryazarlığının güçlendirilmesi öncelikli alanlar arasında yer almaktadır.

İyileştirme Önerileri

İnsan Kaynağı: Genç nüfusun sağlık sektöründe istihdamı artırılmalı, uzmanların ülkeye geri dönüşü teşvik edilmelidir.

Altyapı ve Dijitalleşme: Yatırımlar dijital sağlık uygulamaları ile desteklenmeli, özellikle kırsal bölgelerde erişim artırılmalıdır.

Anne-Çocuk Sağlığı: Ölüm oranlarındaki dalgalanmaları önlemek için programlar güçlendirilmelidir.

Finansman: Zorunlu sağlık sigortası yaygınlaştırılmalı, kamu-özel ortaklıkları desteklenmeli, sürdürülebilir finansman modelleri geliştirilmelidir.

Kriz Yönetimi: Pandemi ve benzeri krizlere hazırlık için ulusal erken uyarı sistemleri kurulmalıdır.

Sağlık Okuryazarlığı: Modern tıbbın etkili kullanımını artırmak için toplum temelli sağlık eğitimleri yaygınlaştırılmalıdır.

Çalışmanın Katkısı ve Gelecek Araştırmalar

Bu çalışma, Türkçe literatürde Özbekistan sağlık sistemi üzerine yapılan nitel araştırmalar arasında öncü bir katkı sağlamaktadır. Ayrıca Türkiye–Özbekistan arasındaki sağlık iş birliklerine akademik bir zemin oluşturmakta, Türk Devletleri Teşkilatı çerçevesinde ortak projelere ışık tutmaktadır.

Gelecek araştırmalarda, sağlık sisteminin bölgesel bazda daha detaylı incelenmesi, dijital sağlık uygulamalarının etkinliği ve hasta memnuniyetine dayalı değerlendirmeler yapılması önerilmektedir. Nicel yöntemlerle desteklenen daha geniş kapsamlı araştırmalar, politika yapıcılar için güçlü kanıtlar sağlayacaktır.

6. KAYNAKLAR

1. World Health Organization (WHO) (2020). Uzbekistan: Health system overview [online]. Available from: <https://www.who.int/countries/uzb/en/> [Accessed 27 August 2025].
2. United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) (2019). Health and nutrition [online]. Available from: <https://www.unicef.org/uzbekistan/health-and-nutrition> [Accessed 27 August 2025].
3. World Bank (2021). Uzbekistan - Country data [online]. Available from: <https://data.worldbank.org/country/uzbekistan> [Accessed 27 September 2024].
4. Asian Development Bank (ADB) (2018). Uzbekistan: Improving health care services [online]. Available from: <https://www.adb.org/projects/documents/uzb-improving-health-care-service> [Accessed 2 August 2024].
5. United Nations Development Programme (UNDP) (2020). Health system reform in Uzbekistan [online]. Available from: <https://www.undp.org/content/undp/en/home/presscenter/articles/2020/health-system-reform-in-uzbekistan.html> [Accessed 7 July 2024].
6. Bostan S. (2022). Sağlık kurumları yönetimi: Sağlık sistemleri tasarımı. In: Bostan S., Erdem R., Özata M. (Eds.), *Sağlık Kurumları Yönetimi*. Nobel Akademik Yayıncılık, ss. 24-33.
7. Bostan S. (2022). Sağlık hizmetleri yönetimi: Sağlık hizmetleriyle ilgili temel göstergeler ve analizi. In: Bostan S., Erdem R., Özata M. (Eds.), *Sağlık Kurumları Yönetimi*. Nobel Akademik Yayıncılık, ss. 259-282.
8. Smith D. R, Hambly G. R. G., Allworth E., Sinor D. (2021). Uzbekistan. In: *Encyclopedia Britannica*.
9. Johnson M. (2015). The art of qualitative research interviewing. *Qualitative Health Research* 25(6): 832-841.

10. Brown L. (2012). Enhancing qualitative research interviews through reflexive questioning: A research note. *Qualitative Research* 12(2): 311-330.
11. Jones R., Smith K. (2019). Understanding semi-structured interviews. *Journal of Nursing Education and Practice* 9(10): 88-94.
12. Dereli A. B. (2023). MAXQDA: Yaratıcı veri analizi üzerine notlar. *Karadeniz Teknik Üniversitesi İletişim Araştırmaları Dergisi* 13(1): 149-152.
13. Storey H. (1995). Human rights and the new Europe: Experience and experiment. *Political Studies*, 43, 131-151.
14. Attepe Özden, S., Tekindal, M., Gedik, T. E., Erim, F., & Tekindal, M. A. (2022). Nitel araştırmaların rapor edilmesi: COREQ kontrol listesinin Türkçe uyarlaması. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*, 35, 522-529.
15. Tengilimoğlu, D., & Öztürk, Z. (Eds.). (2021). *Karşılaştırmalı sağlık sistemleri*. Nobel Akademik Yayıncılık.
16. Özbekistan Devlet Portalı (2024). Özbekistan'ın coğrafi konumu [online]. Available from: <https://gov.uz/ru/pages/geolocation> [Accessed 15 August 2024].
17. PopulationPyramid.net (2025). *Uzbekistan 2025 Population Pyramid*. United Nations Department of Economic and Social Affairs: Population Division [online]. Available from: <https://www.populationpyramid.net/uzbekistan/2025/> [Accessed 23 October 2025].
18. Central Intelligence Agency. (2021). *The World Factbook*. T.C. Ticaret Bakanlığı.
19. Özbekistan Devlet Portalı (2024). Nüfusun illere göre dağılımı 2019-2024 [online]. Available from: <https://gov.uz/ru/population> [Accessed 13 2025].
20. Caspian Post (2025, August 25). Uzbekistan's foreign trade hits \$44.4 billion in January–July 2025 [online]. Available from: <https://caspianpost.com> [Accessed 27 August 2025].
21. Kursiv Media (2025, January 21). Key trade partners of Uzbekistan in 2024 [online]. Available from: <https://uz.kursiv.media> [Accessed 12 June 2024].

22. US Department of Agriculture (USDA) (2025, April 17). Cotton and products annual: Uzbekistan. *Foreign Agricultural Service*.
23. Belarus Cumhuriyeti Yatırım Yeri (2022–2024). [online]. Available from: <https://grodnoinvest.by/press-center/mezhdunarodnyj-obzor-respublika-uzbekistan> [Accessed 11 November 2024].
24. World Bank (2023). Uzbekistan agricultural sector profile. Washington, DC: World Bank Group.
25. Trade.gov (2024). Uzbekistan: Country commercial guide. U.S. Department of Commerce [online]. Available from: <https://www.trade.gov> [Accessed 7 December 2024].
26. Uzbekistan Embassy Analysis (2022, September 23). New frontiers in the separation of powers: Analysis of legislation and practice. Uzbekistan Embassy News [online]. Available from: <https://www.uzbekistan.org.ua/en/news/6104-new-frontiers-in-the-separation-of-powers-analysis-of-legislation-and-practice.html> [Accessed 18 January 2025].
27. Özbekistan Cumhuriyeti Anayasası. (t.y.). Madde 1; 11; 32.
28. Özbekistan Cumhuriyeti Anayasası. (t.y.). Madde 76-86.
29. Özbekistan Cumhuriyeti Anayasası. (t.y.). Madde 89-98.
30. Özbekistan Cumhuriyeti Anayasası. (t.y.). Madde 134.
31. Özbekistan Cumhuriyeti Anayasası. (t.y.). Madde xx.
32. Ahmedov, M., Azimov, R., Mutalova, Z., Guseinov, Sh., Tsoy, E., & Bernd, R. (2014). Sağlık sistemleri: Değişim zamanı. *Özbekistan Sağlık Sistemi İncelemesi*, 12, 152.
33. Özbekistan Cumhuriyeti Cumhurbaşkanı (n.d.). Özbekistan Cumhuriyeti sağlık sisteminin reforme edilmesine yönelik devlet programı hakkında Kararname

- [online]. Available from: <https://lex.uz/docs/221139#1667360> [Accessed 26 February 2025].
34. World Bank (n.d.). World Development Indicators [online]. Available from: <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators> [Accessed 5 September 2024].
35. World Health Organization (WHO) (2025). Uzbekistan: Country overview [Country profile]. WHO Data [online]. Available from: <https://data.who.int/countries/860> [Accessed 2 February 2025].
36. World Health Organization (WHO) (2025). Kazakhstan: Country overview [Country profile]. WHO Data [online]. Available from: <https://data.who.int/countries/398> [Accessed 26 February 2025].
37. World Health Organization (WHO) (2025). Tajikistan: Country overview [Country profile]. WHO Data [online]. Available from: <https://data.who.int/countries/762> [Accessed 26 February 2025].
38. World Health Organization (WHO) (2024). Türkiye: Country overview [Country profile]. WHO Data [online]. Available from: <https://data.who.int/countries/792> [Accessed 26 February 2025].
39. Sorokina, T. S. (2008). *Tıp tarihi: Yüksek tıp eğitim kurumları öğrencileri için ders kitabı* (8. baskı). Moskova: Yayıncılık Merkezi “Akademi”.
40. Yeni Özbekistan ve Doğu’nun Gerçeği gazetesi (n.d.). [online]. Available from: <https://yuz.uz/ru/news/sovremennaya-model-finansirovaniya-zdravooxraneniya-kak-aya-ona> [Accessed 7 December 2024].

41. The Global Economy (2025). Uzbekistan: Health spending per capita, current US\$ – 2021 [online]. Available from: https://www.theglobaleconomy.com/Uzbekistan/Health_spending_per_capita [Accessed 14 August 2025].
42. World Bank (2022). Uzbekistan public expenditure review. Washington, DC: World Bank [online]. Available from: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099143503032342898/pdf/P1731400b7033d022087b409217648dc35e.pdf> [Accessed 31 August 2025].
43. World Health Organization – European Observatory on Health Systems and Policies (2024). Health systems in action: Uzbekistan [online]. Available from: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-systems-in-action-uzbekistan-2024> [Accessed 31 August 2025].
44. Inter-Parliamentary Union (IPU) (2024, July). Uzbekistan parliament prioritizes the nation's health. IPU Case Studies [online]. Available from: <https://www.ipu.org/news/case-studies/2024-07/uzbekistan-parliament-prioritizes-nations-health> [Accessed 6 December 2024].
45. BUZB.uz (2023, August 30). How much do doctors and nurses in Uzbekistan earn? BUZB [online]. Available from: <https://buzb.uz/en/news/how-much-do-doctors-and-nurses-in-uzbekistan-earn> [Accessed 27 July 2024].
46. UzDaily.com (2025, June 4). Salaries spending in Uzbekistan's budget declines amid increased investment in science and healthcare. UzDaily [online]. Available from: <https://www.uzdaily.uz/en/salaries-spending-in-uzbekistans-budget-declines-amid-increased-investment-in-science-and-healthcare> [Accessed 27 July 2024].
47. Paylab.com (n.d.). Medicine & social care, Uzbekistan salaries [online]. Available from: <https://www.paylab.com/uz/salaryinfo/medicine-social-care> [Accessed 29 October 2024].

48. Özbekistan Cumhuriyeti Hükümet Portalı (2019). Sağlık hizmetleri [online]. Available from: <https://old.gov.uz/ru/news/view/25011> [Accessed 29 October 2024].
49. Facts and Details (n.d.). Health care in Uzbekistan [online]. Available from: https://factsanddetails.com/central-asia/uzbekistan/sub8_3f/entry-4736.html [Accessed 31 August 2024].
50. Özbekistan Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Stratejik ve Bölgeler Arası Çalışmalar Resmi Sitesi (2018). [online]. Available from: <https://isrs.uz/ru/maqolalar/vostrebovana-li-v-nase-vrema-narodnaa-medicina> [Accessed 24 November 2024].
51. Ilkhamov, A., & Jakubowski, E. (2000). Health care systems in transition: Uzbekistan. In M. McKee, J. Healy & J. Falkingham (Eds.), *Health care in Central Asia*. Open University Press/WHO.
52. Ahmedov M, Azimov R, Alimova V, Rechel B (2007). Uzbekistan: Health system review. *Health Systems in Transition*, 9(3): 1–210. European Observatory on Health Systems and Policies. Available from: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/96421/E90673.pdf [Accessed 24 November 2024].
53. Özbekistan Cumhuriyeti Cumhurbaşkanı (n.d.). Geleneksel tıp alanını düzenlemeye yönelik tedbirler hakkında kararname [online]. Available from: <https://lex.uz/ru/docs/3977596> [Accessed 24 November 2024].
54. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) (2022). Özbekistan ülke programı belgesi 2022–2026. UNICEF [online]. Available from: <https://www.unicef.org/executiveboard/documents/uzbekistan-draft-country-programme-document> [Accessed 31 August 2024].
55. Lex.uz (2023, September 7). Özbekistan Cumhuriyeti Cumhurbaşkanının PF-158 sayılı kararnamesi: 2023–2026 yıllarında sağlık sistemini geliştirme ve reforme etme konseptinin onaylanması [online]. Available from: <https://www.lex.uz/uz/docs/6597755> [Accessed 16 October 2024].

56. World Health Organization (WHO) (2023, September 21). Uzbekistan's progress in reforming its health system continues: New WHO report shows [online]. Available from: <https://www.who.int/europe/ru/news/item/21-09-2023-uzbekistan-s-progress-in-reforming-its-health-system-continues--new-who-report-shows> [Accessed 16 October 2024].
57. Helms, M. M., & Nixon, J. (2010). Exploring SWOT analysis – Where are we now? A review of academic research from the last decade. *Journal of Strategy and Management*, 3(3), 215–251.
58. Ghazinoory, S., Abdi, M., & Azadegan-Mehr, M. (2011). SWOT methodology: A state-of-the-art review for the past, a framework for the future. *Journal of Business Economics and Management*, 12(1), 24–48.
59. Valentin, E. K. (2001). SWOT analysis from a resource-based view. *Journal of Marketing Theory and Practice*, 9(2), 54–69.
60. Grant, R. M. (2016). *Contemporary strategy analysis: Text and cases edition*. Wiley.
61. Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357.

EKLER

Ek 1. Yarı Yapılandırılmış Mülakat Formu

Özbekistan Sağlık Sistemi SWOT Analizi Yarı Yapılandırılmış Uzman Mülakat Formu

Sağlık Yönetimi alanında yüksek lisans tez çalışması olarak yürüttüğümüz bu araştırmada; Özbek sağlık sisteminin belirleyicileri, sağlık sisteminin tasarım, finans ve destek alt sistemleri ile sağlık hizmetleri alt sisteminin merkez ve taşra örgütlenme yapısı, modern ve geleneksel tıp hizmeti sunan kurumlar ve işletmeler, Özbek sağlık sisteminin güçlü ve gelişime açık yönleri ile sağlık göstergeleri incelenecektir.

Özbek sağlık sistemi içerisinde olan bir uzman olarak, zamanınızı ayırarak uzmanlığınız ile yapacağınız katkı için çok teşekkür ediyoruz.

Prof. Dr. Sedat Bostan
Danışman

Sadorat Abdulazizova
Araştırmacı

Formun Amacı:

Bu yarı yapılandırılmış mülakat formu, Özbekistan sağlık sistemi hakkında uzmanlardan nitel veri toplanmasını amaçlamaktadır. Özellikle sağlık sisteminin güçlü ve gelişime açık yönlerinin tespit edilmesi, mevcut sağlık hizmetlerinin kalitesi ve finansmanı ile ilgili bilgi edinilmesi için tasarlanmıştır. Form, aynı zamanda modern tıp ile geleneksel tıbbın sistemdeki yerini anlamak ve sağlık hizmetlerine erişim konusunda halkın yaşadığı zorlukları incelemek amacıyla geliştirilmiştir.

Formun Yapısı:

Mülakat formu, **10 ana sorudan** oluşmaktadır. Sorular, Özbekistan sağlık sistemi hakkında geniş bir perspektif sunmayı hedefleyen ve uzman görüşlerine dayanan bilgi toplama sürecini yönlendirecek şekilde tasarlanmıştır. Soruların içeriği aşağıda özetlenmiştir:

1. Katılımcının Tanıtımı:

Katılımcının sağlık sistemi ile olan deneyimi ve uzmanlık alanı hakkında bilgi toplanması.

2. Özbek Sağlık Sisteminin Yapısı:

Kamu ve özel sektördeki kurumsal yapılanmalar, merkezi hükümet ve şehir yapılanmaları hakkında genel bilgi.

3. Modern ve Geleneksel Tıp Hizmetleri:

Özbekistan'daki sağlık sistemindeki modern tıp ve geleneksel tıbbın yerinin ve

yapılandırılmasının sorgulanması.

4. Sağlık Sisteminin Finansmanı:

Devletin, sigorta şirketlerinin ve bireylerin sağlık harcamalarındaki payları ve vatandaşın sağlık hizmetine erişimindeki finansal zorlukların değerlendirilmesi.

5. Sağlık Eğitim ve Personel Yeterliliği:

Sağlık personelinin eğitim süreci ve yeterlilik düzeyi hakkında görüşler.

6. Halkın Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyeti:

Sağlık hizmetine erişim ve memnuniyet düzeyinin şehir ve kırsal alanlar bazında karşılaştırılması.

7. Özbek Sağlık Sisteminin Güçlü Yönleri:

Uzmanların sistemde güçlü gördükleri alanların tespiti.

8. Özbek Sağlık Sisteminin Gelişime Açık Yönleri:

Sistemdeki zayıf noktaların belirlenmesi.

9. Özbek Sağlık Sisteminin Önündeki Fırsatlar:

Sağlık sistemi için mevcut fırsatların tanımlanması.

10. Özbek Sağlık Sistemi İçin Tehditler:

Sistem için potansiyel tehditlerin belirlenmesi

Ek 2. Katılımcı Bilgilendirme ve Onam Formu

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu form, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Öğretim Elemanı/Elemanları tarafından hazırlandı. Sorumlu araştırmacı- Prof. Dr. Sedat Bostan, diğer araştırmacı yüksek lisans öğrencisi- Sadorat Abdulazizova. Araştırmanın adı **“ÖZBEKİSTAN SAĞLIK SİSTEMİNİN, BELİRLEYİCİLERİ, ALT SİSTEMLERİ, ÖRGÜTLENME YAPISI VE GÜÇLÜ YÖNLERİ AÇISINDAN İNCELENMESİ”** olup, bu çalışma Özbekistan sağlık sisteminin: belirleyicileri - coğrafik konum, nüfus yapısı, ekonomik durum, toplumsal ve yönetsel yapı; sağlık sisteminin alt yapısı - sağlık hizmetlerine erişim, sigorta sistemi, sağlık göstergeleri, sağlık durumu, sağlık finansmanı ve harcamaları; sağlık hizmetlerinin sağlanması - sağlık sisteminde hastanın yol haritası, kamu ve özel sektör, modern ve geleneksel tıp hizmeti sunan kurumlar ve işletmeler; sağlık sisteminin güçlü ve gelişime açık yönleri ile sağlık sistemi değerlendirilecektir.

Çalışmanın nihai amacı, Türkiye, Özbekistan arasında sağlık alanında işbirliğini geliştirebilmek için Özbekistan sağlık sisteminin Türkiye’de bilinirliğini artırarak literatüre ve politika belirleyicileri katkı sunmaktır.

“Özbekistan Sağlık Sistemi Uzman Değerlendirmesi Yarı Yapılandırılmış Mülakat Formu” ile araştırma yürütülecektir. Veri toplama sürecinde yarı yapılandırılmış mülakat tekniği kullanılacak olup, araştırmacı, belirlediği sorulara göre katılımcılarla görüşmeler gerçekleştirecektir. Görüşmelerde görüşme formu uygulanacak, katılımcılar cevaplarına göre ek sorular yöneltilmiştir.. Ayrıca, dilin anlaşılır olması adına çift dilli çeviri yapılacak ve çevirilerin doğruluğundan emin olunacaktır. Soruların dilindeki karmaşıklık giderilecektir ve uzmanlar tarafından net bir şekilde anlaşılabilir olacaktır.

Veri toplama sürecinde, araştırmacı Özbekistan’daki sağlıkçı olan ailesinin yanına gidecek, onların da yardımıyla sağlık sistemi içerisinde ve sağlık hizmeti kullanıcılarından ulaşacağı uzmanlar ile yarı yapılandırılmış mülakat görüşmelerini gerçekleştirecektir. Görüşmelerde izin veren uzmanların görüşleri ses kayıt cihazı ile izin vermeyen uzmanların görüşleri yazı ile kayıt altına alınacaktır.

Örneklem seçiminde amaçlı örnekleme yöntemi, kolayda örnekleme yöntemi ve kartopu örnekleme yöntemleri kullanılacaktır. Amaçlı örnekleme yöntemiyle sağlık sistemini değerlendirebilecek uzmanlar seçilecek, kolayda örnekleme yöntemiyle ulaşılması kolay olan uzmanlar tercih edilecek ve kartopu örnekleme yöntemiyle mülakat yapılan uzmanların yönlendirmesiyle sonraki katılımcılara ulaşılacak, katılımcıların farklı görüş beyan etmediği noktaya ulaşıldığında, veri doygunluğuna ulaşılmış sayılarak veri toplamaya son verilecektir. Tahminen 12-20 arasındaki uzmana ulaşılması beklenmektedir.

Araştırmanın bir parçası olarak, sağlık sistemi üzerine yapılan değerlendirmelerde SWOT analizi kullanılacaktır. Mülakat sırasında, katılımcılardan sağlık sisteminin güçlü ve zayıf yönleri, karşılaşılan fırsatlar ve tehditler hakkında görüşler alınacaktır. Bu değerlendirme, sistemin iyileştirilmesine yönelik önerilerin geliştirilmesine katkı sağlayacaktır. Mülakat formundaki ilgili sorular, bu analizi oluşturmak için kullanılacaktır. MAXQDA, COREQ. Yarı yapılandırılmış mülakat formu ile toplanan veriler, öncelikle bilgisayar ortamına aktarılacak, sorular bazında sınıflanacak, araştırmacılar tarafından temalarına göre kodlanacak ve belirtilen görüşlerden Özbek sağlık sisteminin güçlü ve gelişime açık yönleri tespit edilecek, betimsel tablolar oluşturulacak ve açıklanacaktır. Verilerin analizinde MAXQDA nitel veri analiz programı ndan yararlanılacaktır. Araştırmacıların metin, ses, video, resim ve diğer veri türlerini analiz etmelerine ve anlamalarına yardımcı olur. Program, veri analizi için çeşitli araçlar sunar ve araştırmacıların verileri kodlamasına, kategorilere ayırmasına, temaları tanımlamasına, ilişkileri analiz etmesine ve sonuçları görselleştirmesine olanak tanır. Bu sayede, araştırmacılar karmaşık nitel veri kümelerini daha iyi anlayabilir ve araştırma sorularına yanıtlar bulabilirler. Araştırmanın, kapsamlı ve net bir şekilde raporlanmasını teşvik etmek için COREQ kontrol listesi takip edilecektir. COREQ kontrol listesi, araştırmacıların nitel veri toplama, analiz ve yorumlama süreçlerini daha iyi açıklamasına ve okuyucuların araştırmanın yöntemlerini daha iyi anlamasına yardımcı olur. Bu kontrol listesi, nitel araştırmaların daha sistematik ve şeffaf bir şekilde raporlanmasına katkıda bulunarak araştırmanın kalitesini artırır. Yaptığımız tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bu araştırmada kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Ayrıca araştırma sonuçlarını yazarken sizlerin isimleri kesinlikle araştırma raporunda yer almayacaktır. Çalışmanın süresi 02.12.2024-16.05.2025'dir. Bu çalışma süresince sizlerden(katılımcının sorumluluğu)..... beklenmektedir. Aşağıda çalışma kapsamında

Ses Kayıtlarının Saklanması ile İlgili Açıklama:

Araştırma sırasında elde edilen ses kayıtları, yalnızca araştırma amacıyla kullanılacak olup, yalnızca araştırma ekibi tarafından erişilebilecektir. Ses kayıtları, güvenli bir dijital ortamda şifreli olarak saklanacak ve yalnızca araştırma tamamlandıktan sonra anonimleştirilecek veya silinecektir. Katılımcıların kişisel bilgileri kesinlikle gizli tutulacaktır.

Ek 3. MAXQDA Kodlama Ekran Görüntüleri

Giriş Sayfası İçerikler Kodlar Memolar Değişkenler Analiz Karma Yöntemler Görsel Araçlar Raporlar MAXDicto Stats AI Assist Sadorat Abdullazizova

Yeni Proje **Proje aç** **Etkinleştirmeleri Sıfırla** **Günlük** **Ekip Çalışması** **Projeleri birleştir** **Projeyi Farklı Kaydet** **Projeyi Kaydet ve Anonimleştir** **Etkinleştirilmiş Belgelerden Proje** **Harici Dosyalar** **Arşiv Verisi** **AI Assist nedir?**

Belgeler **Yeni belge grubu** **K1** **K2** **K3** **K4** **K5** **K6** **K7** **K8** **K9** **K10** **Kümeler**

K1 (13 Paragraflar) **1. Özbek Sağlık Sisteminin Yapısı Hakkında Görüş** **2. Modern ve Geleneksel Tıp Hizmetleri Hakkında Görüş** **3. Sağlık Sisteminin Finansmanı Hakkında Görüş** **4. Sağlık Eğitim ve Personel Yeterliliği Hakkında Görüş** **5. Halkın Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyeti Hakkında Görüş** **6. Özbek Sağlık Sisteminin Güçlü Yönleri** **7. Özbek Sağlık Sisteminin Gelişime Açık Yönleri** **8. Özbek Sağlık Sisteminin Önündeki Fırsatlar** **9. Özbek Sağlık Sistemi İçin Tehditler**

Geri Çatırılan Bölümler **10 kodlanmış bölüm (10 belgelerden, 1 belge grubu)** **Yeni belge grubu > K1** **44 yıllık deneyimli adli otopsi uzmanı** **Yeni belge grubu > K2** **42 yıllık deneyim. Özbekistan Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Fergana ili Sağlık Müdürlüğü Bog'dod İlçesi Tıp Birliği Başhekiminin tedavi işlerinden sorumlu başyardımcısı**

Kümeler **Katılımcı No** **Ad Soyad (isteğe bağlı)** **Görev ve Uzmanlık Alanı** **1. Özbek Sağlık Sisteminin Yapısı Hakkında Görüş** **2. Modern ve Geleneksel Tıp Hizmetleri Hakkında Görüş** **3. Sağlık Sisteminin Finansmanı Hakkında Görüş** **4. Sağlık Eğitim ve Personel Yeterliliği Hakkında Görüş** **5. Halkın Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyeti Hakkında Görüş** **6. Özbek Sağlık Sisteminin Güçlü Yönleri** **7. Özbek Sağlık Sisteminin Gelişime Açık Yönleri** **8. Özbek Sağlık Sisteminin Önündeki Fırsatlar** **9. Özbek Sağlık Sistemi İçin Tehditler**

44 yıllık deneyimli adli otopsi uzmanı

Şu anda devlet bünyesindeki hastaneler ve özel hastaneler, bilimsel araştırma enstitüleri, dispanserler, rehabilitasyon merkezleri, anne ve çocuk sağlığı merkezleri, aile poliklinikleri faaliyet göstermektedir. Şehirlerde sağlık altyapısı kırsal bölgelere göre daha gelişmiştir, uzman sayısı daha fazladır, cihazlar daha modern, laboratuvarlar ise daha geniş hizmet yelpazesine sahiptir. Kırsal bölgelerde ise köy aile poliklinikleri açılmıştır ve halkın ilk başvurduğu sağlık birimleri haline gelmiştir.

Ek 5. COREQ Kontrol Listesi

Aşağıda, nitel araştırmalar için standart olarak kullanılan 32 maddelik COREQ kontrol listesi sunulmaktadır. Her bir madde, araştırmacının şeffaflığı ve güvenilirliğini sağlamak için yanıtlanmalıdır (43).

1. Araştırma Ekibi ve Yeterliliği

- ☐ 1.1. Görüşmeleri kim yaptı?
- ☐ 1.2. Görüşmeci ile katılımcı arasında bir ilişki var mıydı?
- ☐ 1.3. Araştırmacının mesleki geçmişi nedir?
- ☐ 1.4. Araştırmacının cinsiyeti nedir?
- ☐ 1.5. Araştırmacı, katılımcılarla ilgili ön kabullere sahip miydi?

2. Çalışma Tasarımı

- ☐ 2.1. Çalışma türü ve teorik çerçeve açıklandı mı?
- ☐ 2.2. Katılımcılar nasıl seçildi?
- ☐ 2.3. Katılımcılarla nasıl iletişime geçildi?
- ☐ 2.4. Araştırma ortamı neresi?
- ☐ 2.5. Katılımcıların çalışmaya katılmayı kabul etme nedenleri açıklandı mı?
- ☐ 2.6. Katılımcı bilgileri gizli tutuldu mu?
- ☐ 2.7. Katılımcılara çalışmanın amacı bildirildi mi?
- ☐ 2.8. Katılımcıdan yazılı onam alındı mı?
- ☐ 2.9. Görüşmeler kaydedildi mi?
- ☐ 2.10. Görüşmelerin süresi ne kadar sürdü?
- ☐ 2.11. Görüşme sırasında not alındı mı?
- ☐ 2.12. Katılımcılar görüşmeyi tekrar gördü mü veya onayladı mı?

3. Analiz ve Bulgular

- ☐ 3.1. Temaların kodlanması açıklandı mı?
- ☐ 3.2. Kodlama işlemi birden fazla kişi tarafından mı yapıldı?
- ☐ 3.3. Temalar önceden mi belirlendi yoksa sonradan mı oluşturuldu?
- ☐ 3.4. Yazılım programı kullanıldı mı? (örn. MAXQDA)
- ☐ 3.5. Doğrudan alıntılar kullanıldı mı?
- ☐ 3.6. Katılımcılar alıntılarda tanımlandı mı? (örn. P1, K2)
- ☐ 3.7. Bulgular açık ve tutarlı mı sunuldu?
- ☐ 3.8. Bulgular ile yorumlar arasında denge var mı?
- ☐ 3.9. Negatif/desteklemeyen bulgular da raporlandı mı?

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

BASVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Özbekistan Sağlık Sisteminin, Belirleyicileri, Alt Sistemleri, Örgütlenme Yapısı ve Güçlü Yönleri Açısından İzlenmesi
	ARAŞTIRMANIN PROTOKÖL/PLAN KODU	2025/37
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Sedat BOSTAN
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Sağlık Yönetimi
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRMACILAR, UNVANI/ADI/SOYADI	Sadorat Abdulazizova Yüksek Lisans Öğrencisi
	DESTEKLEYİCİ	Yok
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	Yok
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	YÜKSEK LİSANS TEZİ ☒ DOKTORA TEZİ ☐ BİLİMSEL ARAŞTIRMA/PROJE ☐ BAP PROJESİ ☐ TÜBİTAK PROJESİ ☐ KURUMSAL ARAŞTIRMA ☐ BİTİRME PROJESİ ☐ DİĞER (LÜTFEN BELİRTİNİZ) ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	DİĞER	☐		

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Sadorat ABDULAZIZOVA
Uyruğu : Özbek
Doğum Tarihi :
Telefon (İş) :
E-Posta :
Yazışma Adresi (İş) :

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı	2025
Lisans	(PFUR) Rusya Halkların Dostluğu Üniversitesi	2019
Lise	Özel Ekonomi Koleji	2015

YABANCI DİL

Rusça
İngilizce
Türkçe

HOBİLER

- 1 Piano çalmak
- 2 Seyahat etmek