

**DOSYA/DERLEME****SOVYET SOSYALİST CUMHURİYETLER  
BİRLİĞİ'NDE SAĞLIK HİZMETLERİ<sup>1</sup>**

Özlem ÖZKAN\*

**Özet**

Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği (SSCB)'nde sağlık hizmetleri başlıklı yazı, devrim öncesi, devrim-1980'li yıllar ve 1980'li yıllardan günümüz olmak üzere üç tarihsel dönem içinde ele alınacaktır. Bu üç dönem, SSCB'deki sağlık hizmeti özellikleri, örgütlenmesi, sağlık emek gücü ve sağlık ortamı başlıklarıyla değerlendirilecek, mevcut durum epidemiyolojik verilerle ortaya koyulacaktır. Bu veriler kimi zaman, SSCB'nin devrim sırası ve sonrası dönemi ile, kimi zaman diğer ülkelerin verileri ile karşılaştırılacaktır.

**I. Rusya'da Sosyalist Devrim Öncesi Sağlık Hizmetleri**

Rusya'daki devrim öncesi sağlık hizmetleri, 1864'den 1917 Ekim Devrimi'ne kadar bütünüyle yerel yönetim otoritelerinin kurduğu *zemstova* sistemi ile yürütülmüştür. *Zemstovanın* yürüttüğü sağlık hizmetleri süreklilik ilkesi dışında, büyük bir çoğunlukla gönüllülerce yürütülür, koruyucu sağlık hizmetleri bütünüyle görmezden gelinir ve nitelikli hizmetler daha çok zenginlere sunulurdu. Ayrıca, pek çok hizmet kurumu gibi, sağlık kurumları da oldukça sınırlı sayıdaydı. Örneğin, 1913 yılında, 80 milyon nüfusa sahip Rusya'da sadece yaklaşık üç bin sağlık kurumu bulunurdu. Bu kurumların 43'ü verem dispanseri, dokuzu kadın-çocuk danışmanlık merkezi idi. Fabrika ve diğer üretim alanlarındaki sağlık birimleri, dispanser, sanatoryum, tatil evi, süt merkezi, kreş ve anaokulu gibi kurumlar da yok denecek kadar az sayıdaydı. Hem mevcut sağlık kurumları hem de sağlık emekçilerinin büyük bir çoğunluğu büyük şehirlerde yoğunlaşmaktaydı. Bu nedenle, kırsal kesimin hiç birisi koruyucu sağlık hizmetleri alamaz, ancak %35'i hastanelerdeki hizmetlerden yararlanabilirdi (Vinogradov, N.A.;1951:8-9). 6.900 kişiye bir hekim (toplam 12.677 hekim) düşmekteydi. Oysa, bu

oran Büyük Britanya'da 4000/1 Birleşik Devletlerde ise 800/1 idi. Sayısı ancak iki bin olan sanatoryumlardan yararlananların yaklaşık %42'si burjuva, %24'ü de Çar ordusu mensubuydu. (Haines, A.J.; 1928:5,10, www.lalkar.demon.co.uk). Sosyal güvenlik yasası, tüm işçilerin ancak beşte birini kapsamaktaydı. Sosyal güvenlik kapsamında olan işçiler sigorta primlerinin beşte üçünü de kendileri ödüyorlardı (Hyde, G.;1974:21).

Çarlık Rusya'sının toprağa dayalı kapitalist üretim tarzı işçi ve yoksul köylülerin yaşamını tam bir sefaletle mahkum etmiştir. Örneğin, 1913'lü yıllarda, doğumda beklenen yaşam süresi ortalama 32 yıla kadar düşmüş, ölüm oranı %29.1'e yükselmiştir (Soviet Sociology;1972:84). Doğan her bin bebekten 269'u ölmekteydi. 1910 yılında bir milyon kişi çiçek ve tifo, 1914-1918 yılları arasında ise, iki milyon kişi verem nedeniyle yaşamını kaybetmiş idi (Semashko, N.A.;1934:102). 1913 yılında beş milyon kişi bitlenmiş, 3.5 milyon kişi sıtmaya, bir milyon kişi de frengiye maruz kalmıştır. 1914 yılında trahom hızı İngiltere'de on binde 7.8, İsveç'te 6.6, Belçika'da 4.8 iken, Rusya'da yaklaşık %20'ye kadar yükselmiştir. 1913 yılında frengi görülme sıklığı on binde 76.6 olup, bu oran köylerde on binde 537'ye ulaşmıştır (Hyde, G;1974:15-18). Bunlara ek olarak, fabrika işçilerindeki ölüm hızı %82-87 gibi yüksek bir orana sahip idi (Vinogradov, N.A;1951:99). Bu toplumsal sorunlarla karşılaşanların çok büyük bir çoğunluğu da işçiler, emekçiler, yoksul köylüler ve aileleri idi. Özetle, Çarlık döneminin bu olumsuz tablosu ve nedeni en çarpıcı bir biçimde liberal *zemstova* hekimi Dr. Al Şingarev tarafından şu şekilde özetlenmiştir: "nüm ama; yüksek ölüm hızının, verem, trahom ve frengi gibi hastalıkların çok yaygın olması, çok kötü yaşam koşullarının sonucudur ve suçlusu da Çarlık devletinin kendisidir" (Vinogradov, N.A;1951:76. akt: SoL Meclis Sağlık Komisyonu (SMSK); 2002:36).

\* Yüksek Hemşire, PhD

## II. Devrim ve 1980'li Yıllara Kadar Sağlık Hizmetleri

"...Devrimle birlikte Sovyet toplumunun alışkanlıkları kısa sürede radikal olarak değişti. Öyle ki, şehirlerin tertemiz ve sigara izmaritlerinin caddelere atılmadığını ülkeyi ziyaret edenlerden öğreniyoruz. Moskova'dan Kazan'a kadar uzanan demiryolunda çöpler için her bir köşe başına yerleştirilen özel kaplar bulunur. Her iki saatte bir kondüktör kompartimanları temizler. Rahat uyumak istediğinizi söyleyenez bile, o size nazikçe, Yoldaş kompartimanınızı temizlemek zorundayım. Sizi rahatsız etmeden temizleyeceğim" der. Sterilize olmamış önlük ve başlıklarla yiyecek fabrikalarına ve sağlık kuruluşlarına girilmesine izin verilmez. Böyle düzenlemeler, bazen çok abartılmış gibi görünebilir. Ama, bu durum büyük bir sosyalist eğitimin parçasıdır" (www.lalkar.demon.co.uk.).

### SSCB Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Büyük Ekim devrimi ile işçi ve emekçilerin yaşamı bütünüyle değişmiş; insanoğlunun hak ettiği yaşam koşulları yaratılmıştır. Sağlık alanında atılan ilk resmi adım ise, 26 Ekim 1917'de Leningrad Askeri Devrim Komitesi'ne bağlı her bir tren istasyonunda inşa edilen Sağlık Sanitasyon Bölümü'nün kurulmasıdır. Amaç, savaşta yaralı askerlere ilk müdahalenin yapılmasıdır. Savaşın sona ermesiyle birlikte, sağlık hizmetleri geniş olarak yeniden ele alınmıştır. Sosyalist Anayasa'sının 120. maddesinde: "Sovyet halkı, hastalık ve/veya sakatlık olsun tüm yaşamı boyunca sağlığının korunması hakkına sahiptir. Bu hak, sosyal güvenlik sistemiyle, sağlık hizmetlerinin parasız verilmesiyle ve herkesin ulaşabileceği sağlık kurumlarının kurulmasıyla garanti altına alınır. Toplumun sağlığının korunması SSCB devletinin temel sorumluluğu ve görevidir. ..." şeklinde belirtilerek, hukuksal olarak SSCB herkese eşit, parasız, nitelikli sağlık hizmeti sunmayı garanti etmiştir (Lykova, L;1973:32). Hakikaten, 1917-1980'li yılların ortalarına kadar SSCB'deki, sağlık hizmeti; ulaşılabilir, parasız, öncelikli sağlık sorunlarına yönelik, eşit, merkezi, planlı, örgütlü, basamaklı, entegre, toplumun gereksinimine dayalı, işçi ve emekçi sınıfı katımlı, nitelikli ve sağlık emekçilerinin eşit dağılım ile hizmet sunduğu özelliklere sahip olmuştur. Çünkü, sosyalizm sosyal hastalıkların ya da bir başka ifadeyle önlenemez, korunabilir hastalıkların oluşmayacağı bir yaşamı ve çalışma koşullarını hedefler.

Lenin 10 Haziran 1918'de Sovyet İşçileri I. Sağlık ve Sanitasyon Kongresi'nde Sağlık Bakanı'nın Dr. Semaşko olduğunu ilan ederek, komünist sağlık örgütlenmesinin temel ilkelerini üç başlık etrafında toplamıştır: 1) Sanitasyon önlemlerinin alınması, 2) Verem, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, alkolizm gibi sosyal hastalıklarla mücadele edilmesi, 3) Sağlık ve ilaç hizmetlerinin parasız olarak verilmesi (Vinogradov, N.A.;1951:13).

Devrim sonrası kapitalist sistemin sınırlı sayıdaki tüm sağlık kurumları ya kapatılmış ya da eczaneler de dahil olmak üzere kamulaştırılmıştır. Aşılama zorunlu bir hizmet olmuştur. Devrimden sonra ilk yıl içinde, kanalizasyon gibi alt yapı hizmetleri tamamlanmış, hamamlar yaptırılmıştır. Sağlıklı konutlar kurulmaya başlanmış,

konutların yakınına kreş, anaokulu ve Devlet gıda mağazaları açılmıştır. Bu hizmetin denetimi ve hizmetin sürekli sunulması için kırsal yerleşim yerleri de dahil sanitasyon denetim birimleri kurulmuştur. Ulusal bir sağlık kayıt sistemi oluşturulmuş, 1917'den beri sağlık verileri kayıt altına alınmıştır (Vinogradov, N.A.;1951:15-16). 1920 yılında bünyesinde, Sanitasyon ve Hijyen Enstitüsü, Mikrobiyoloji Enstitüsü, Beslenme Fizyoloji Enstitüsü, Biyokimya Enstitüsü ve Verem Enstitüsü bulunan Halk Sağlığı Hizmetleri Enstitüsü kurulmuştur (Mirsky, M;1972:18).

Devrimin ilk gününden yaklaşık ilk beş yıllık plana kadar (1928) yoğun olarak bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmiş, sağlık alanında öncelikleri belirleyen teknikler üzerinde durulmuş, 18 Aralık 1929 yılında Bolşevik Partisi, İşçi ve Köylülerin Sağlık Durumu ve Sağlık Hizmetleri başlıklı tarihsel bir değerlendirme yaparak, sağlık sorunlarının önceliklerini somut olarak ortaya koymuştur (Vinogradov, N.A.;1951:17). Ayrıca, sağlık emekçilerinin eşit dağılımı sağlanmış, dispanserler, anne-çocuk sağlığı danışmanlık birimleri, süt merkezleri gibi koruyucu sağlık birimlerinin sayısı artırılmıştır. Nitekim, ilk plan sonunda (1935) hastane yataklarının, sanatoryumların, istirahat evlerinin, dispanserlerin ve anne-çocuk evlerinin sayısı iki kat artmıştır. Daha çok kronik hastalıklara ve/veya sağlık kurumlarına gidemeyecek kadar durumu kötü olan hasta ve sakatlara yönelik hekim ve hemşire tarafından parasız evde hasta bakımı başlamıştır. 1928'de bu alanda çalışan hekim sayısı 1330 iken, dört yıl sonra bu sayı üç kat artmıştır (Semashko, N.A.;1934).

Paylaşım savaşı sırasında ve sonrasında savaş yaralarını en aza indirmek, tetanoz ve gangreni önlemek amacıyla yeni tedavi teknikleri geliştirilmiş, o güne kadar görülmemiş bir biçimde kan transfüzyonları, sulfanamid tedavisi yapılmış, geniş çapta vitamin yetersizliğini önleme çalışmaları yürütülmüştür. Savaş sonunda 4. beş yıllık kalkınma planında sağlık hizmetlerinin savaş öncesi dönem ve hatta daha iyi koşullara kavuşması için savaşta yıkılmış, yakılmış sağlık kurumları tekrar inşa edilmiştir. Sağlık emekçilerinin niteliğinin artırılması için eğitim müfredat programları tekrar gözden geçirilmiştir. Savaş sonrası bilimsel araştırmalar artarak, 400 tıp ve bilimsel araştırma enstitüsü açılmıştır. Dünyadaki ilk kan transfüzyon enstitüsü Moskova'da kurulmuştur (Vinogradov, N.A.;1951, Hyde, G;1974, Mirsky, M;1972:11-17).

Sağlık eğitimi, sağlık hizmetlerinin her aşamasında en önemli araçlardan birisi olmuştur. Eğitim konuları merkezi düzeyde işçiler ile birlikte belirlenerek yaşama geçirilmiştir. Sağlık eğitimi yapmak sadece sağlık emekçilerinin değil, Kızıl Ordu'nun da görevleri arasında sayılmıştır. 1920 yılında yaklaşık dört bin Kızıl Ordu mensubu hijyen üzerine konferans ve ders vermiş, 1919-1920 yılları arasında bu konu ile ilgili altı bin poster ve kitapçık dağıtmıştır (Vinogradov, N.A.;1951:15-16). İngiliz bilim adamı Manton, Sovyet sağlık eğitimi ile ilgili görüşlerini şu şekilde açıklamıştır (1951): "Tüm sağlık emekçileri ... hem bulaşıcı hastalıkları önlemek hem de sanitasyon koşullarını

sağlamak amacıyla her ay en az sekiz saatini koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik sağlık eğitimine ayırır. Sağlık emekçileri parkta, konferans salonunda, sağlık merkezinde okulda kısacası her yerde bu konuyla ilgili tüm soruları bıkmadan, usanmadan yanıtlar; ne yapması gerekiyorsa yapar" ([www.lalkar.demon.co.uk](http://www.lalkar.demon.co.uk)).

Bir başka özellik de genel bütçeden sağlığa ayrılan pay ile ilgilidir. Kapitalist ülkeler tarihi boyunca bütçesinin büyük bir bölümünü savaşa, silahlara ayırır; bilimsel ve teknolojik ilerlemeler, sağlık, eğitim gibi tüm olanakların büyük bir çoğunluğu zenginler içindir. Oysa, 70 yıllık sosyalist tarihinde, SSCB enerjisini, kaynaklarını, bütçesini ve olanaklarını işçilerin, emekçilerin refahı için harcamıştır. Örneğin, 1925 yılında sağlık harcamaları yaklaşık 90 milyon dolara, 1937 yılında 10.300, 1942 yılında ise 16.500 milyon rubleye kadar yükselmiştir (Haines, A.J.;1928). 1913 yılında toplam halk sağlığı harcaması 128 milyon ruble iken, 1928 yılında 703 milyon rubleye ulaşmıştır. Aynı yıl, kişi başı sağlık harcaması dört kat artarak, 4.5 rubleye yükselmiştir (Semashko, N.A.;1934).

#### SSCB Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi

1918 yılında dünyada eşi ve benzeri olmayan bir sağlık örgütlenmesi kurulmuş; toplumun değişen sağlık gereksinimleri doğrultusunda, 1936 yılında SSCB'deki sağlık örgütlenmesi son haline kavuşmuştur. Bu örgütlenme 1980'li yılların sonuna kadar, hemen hemen hiç değişmemiştir. Sağlık Bakanlığı, SSCB Bakanlar Kurulu'nun bir parçası olup, merkezi Moskova'da idi. Bakanlık merkezi bir örgütlenmeyi ve 15 Cumhuriyet'in Sağlık Bakanlığı buraya bağlıydı. Sovyet Sağlık Yasası'nın ikinci maddesinde de sağlık örgütlenmesinin en üst yapısı olan Sağlık Bakanlığı'nın görevleri şu şekilde belirtilmiştir:

- 1- Toplumun çok büyük bir kesimini oluşturan anne, çocuk ve gençlerin sağlığını önceler,
- 2- Sanitasyon düzenlemelerini acil olarak oluşturur ve sürekli olarak sanitasyon hizmeti ve denetimi yapar,
- 3- Bulaşıcı hastalıklarla öncelikli olarak mücadele eder ve kısa sürede bu hastalıkları ortadan kaldırır,
- 4- Sağlık kurum ve kuruluşlarının sayısını toplumun gereksinimine göre artırır,
- 5- Ulusal istatistik verilerini hazırlar ve kayıt sistemini oluşturur,
- 6- Sağlık eğitimi için gerekli yasal düzenlemeler yapar,
- 7- Sağlık ile ilgili yasalar çıkarır ve çıkan sağlık yasalarının uygulanmasını sağlar,
- 8- Sağlık ile ilgili bilimsel araştırma kurumlarını kurar,
- 9- Sağlık emekçilerinin eğitimini Eğitim Komiserliği ile birlikte yürütür,
- 10- Sağlık Bilimleri Akademisinin bilimsel araştırmalar yürütmesini sağlar ve denetler (Haines A.J.;1928:44-45, WHO;1960:55).

Bakanlıkta eğitim kurumları yönetimi, ilaç-eczacılık, personel yönetimi, dış ilişkiler, ana-çocuk sağlığı olmak üzere 11 ana bölüm, hijyen ve sanitasyon, tropikal hastalıklar, verem, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, sosyal hijyen, diş, fiziksel kültür ve anne-çocuk sağlığını koruma

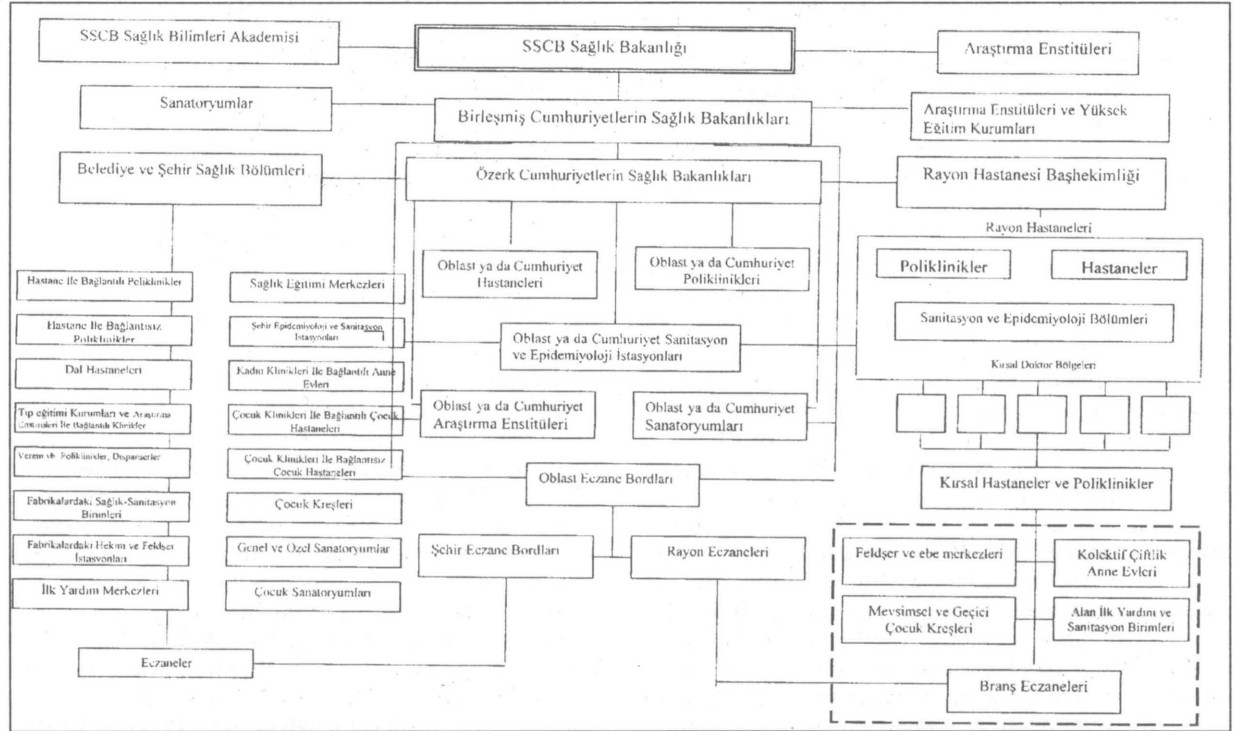
gibi Bakanlığa bağlı 18 araştırma enstitü bulunmaktaydı. (Haines, A.J.;1928:49-50, Semashko, N.A.;1934:42-44,WHO;1960:9). Sağlık planları, genel ekonomik plan içinde beş yılda bir yapılmıştır. Tüm sağlık kurumları, mevcut sağlık durumunu ve sağlık gereksinimlerini kapsayan raporu hazırlayıp, bir üst sağlık kurumuna gönderir ve sonuç olarak, tüm sağlık kurumlarının raporları Bakanlıkta toplanırdı. O da, merkezi düzeyde yaptığı planlama raporunu Gosplan'a gönderir ve burada onaylanırdı (Semashko, N.A.;1934:42-46).

Sağlık idari olarak, Sağlık Bakanlığı Cumhuriyetleri, *oblast (kray), rayon, uçastok ve sağlık istasyonları* olarak beş düzeyde, sağlık hizmetleri ise bu idari yapı çerçevesinde üç düzeyde ve basamaklı olarak örgütlenmiştir. Birinci basamak sağlık birimleri, kentlerde çocuk ve kadın poliklinikleri, sık görülen bulaşıcı hastalıklara yönelik dispanserler, sanayide fabrika sağlık ve sanitasyon birimleri, kırsal bölgede ise kolektif çiftlik sağlık birimi, feldşer-ebe evleri, ilk yardım birimleri ve ev sanitasyon eğitim birimleridir. Kentlerde 3.000-65.000 kişilik nüfusu kapsayan her poliklinikte pratisyen hekim, genel cerrahi uzmanı, kadın doğum ve çocuk uzmanı, diş hekimi, hemşire ve ebe çalışırdı. Aşılama, periyodik muayene, sanitasyon koşullarının sağlanması, sağlık eğitimi, ev ziyaretleri, anne, bebek ve çocuk izlemeleri, kronik hastalıkların evde bakımı ve epidemiolojik araştırmaların yürütülmesi başlıca birinci basamak sağlık hizmetleri idi (Sharbarova, Z;1978:5-7, [www.aiha.com](http://www.aiha.com)). İkinci basamak, *rayon* olarak adlandırılan sağlık kurumlarından oluşurdu. Bir *rayon* yaklaşık olarak 10-15 uçastoktan oluşur ve 70.000-150.000 kişiye hizmet sunardı. Her *rayon*, temel hastane hizmetlerini yürütürken temel halk sağlığı fonksiyonlarını da yerine getirirdi. Rayondaki hastaneler 200-400 yataklı hastanelerdi ve bu hastanelerde 15 kadar uzman çalışmaktaydı. Cerrahi vakalara danışmanlık yapmak, hasta muayenesi, gerekli durumlarda kırsal bölgeye uzman sağlık emekçisi göndermek, acil yardım vb. başlıca hizmet alanları idi. Üçüncü basamak sağlık birimi ise *oblast* idi. SSCB'de 150 oblast bulunur ve her *oblast* 1-5 milyon kişiye sağlık hizmeti sunardı. Daha az kişi olursa hastane hizmetini *kray* yürütürdü. Gerek *oblast* gerek *kray* düzeyinde 600-1000 yatak kapasiteli üst uzmanlık hastaneleri bulunmakta olup, bu hastaneler tedavi, bakım yanında, eğitim ve danışmanlık hizmetlerini de yerine getirirdi. İlaç ve eczacılık hizmeti ise, büyük oranda kırsal yerleşim yerlerinde dahi bulunan kamu eczaneleri tarafından verilmekteydi (Şekil-1) (WHO, 1960: 50-55, Hyde, G.; 1974).

#### İşçi Sağlığı Hizmetleri

İşçi ve emekçilerin sağlığı hem toplumsal koşullar hem işçi sağlığı örgütlenmesi hem de hizmet içeriği itibarıyla kapitalist dünyadan tamamen farklı bir biçimde yapılmıştır. Öncelikle, 1918 yılında işçi sağlığını koruma yasası çıkarılmış ve bu yasa, tüm işçi ve emekçileri kapsamı ve diğer özellikleri nedeniyle dönemin tek örneğidir. Çünkü, yasaya göre, çalışma saatleri genel olarak sekiz saat olmakla birlikte, bazı iş kollarında yedi, diyabetli işçilerde ise altı saat idi. Ayrıca, aşırı çalışılmamasını,

Şekil 1. SSCB Sağlık örgütlenmesi



WHO; 1960: 55

haftada beş gün çalışmasını, işçilerin yılda bir-iki ay izin kullanmasını, yılda bir kez parasız tatil yapmasını, 18 yaş altındaki gençlerin tehlikeli işlerde, 16 yaş altındaki çocukların hiç çalıştırılmamasını, iş yerlerinde koruyucu giysinin giyilmesini, işçilere ilave süt dağıtılmasını ve tüm işçilerin periyodik olarak muayene edilmesini yasal olarak güvence altına almıştır. 1922 yılında işçilerin sağlık muayeneleri yapılmaya başlanmış, endüstriyel yaralanma ve zehirlenmeler kayıt altına alınmıştır (Hyde, G.;1974). Hatta, sık görülen meslek hastalıkları, iş kazaları ve işçi ve emekçinin sağlığını risk altında bırakan durum ve uygulamalar işyerlerinde ve gazetelerde resmi olarak yayımlanmıştır. Sosyalist inşa süresince, kadın işçiler tehlikeli ve ağır işlerde, doğum öncesi-sonrası dönemde de gece çalıştırılmamış, iş seyahatlerine gönderilmemiş, kadın işçiler "Kahraman sosyalist işçi", "Lenin ödülü" vb. unvanlar, ya da madalya ve ücretlerle ödüllendirilmiştir. (Soviet Sociology;1972:78). Enfeksiyon hastalıklarının azaltılması ya da yok edilmesi, salgınların, meslek hastalıkları ve iş kazalarının önlenmesi, sanitasyon koşullarının sağlanması, aşılama, doğru beslenmenin sağlanması, gebe, yetişkin izlemlerinin yapılması, ilgili sağlık verilerinin kayıt altına alınması başlıca işçi sağlığı hizmetleriydi (Hyde, G.;1974:150-151). Hizmetin her aşamasında işçi katılımı sağlanırdı. Anneler çalışsın ya da çalışmasın tarım sektöründe dahi altı aydan sonra bebeklerini kreşe bırakabilirdi. Annelerin çalışma düzenine göre, bebek ya da çocuklar kreş ve anaokullarında 14 saate kadar kalabilirdi. Üretim birimi nerede bulunursa bulunsun ihtiyaca göre, her bir üretim biriminde mutlaka kreş ve anaokulu olur; eğitimli sağlık ve sosyal hizmet emekçileri burada istihdam edilirdi.

1940'lı yıllara kadar işçi ve emekçilerin sağlık hizmetleri ilk yardım istasyonlarında yürütülürken, 1940'lı yıllardan itibaren sanayileşme ve kentleşmenin hızlanması, sanayide çalışan işçi sayısının artması ile birlikte, işçi sağlığı hizmetleri Fabrika Sağlık ve Sanitasyon Birimi örgütlenmesi içinde ele alınmıştır (Şekil 1). Bu birim, kadın sağlık odaları, süt dağıtım merkezleri, feldşer çalışma birimi ve hekim çalışma birimini içeren birinci basamak, fabrika hastanesinin yer aldığı ikinci basamak düzeyindeki sağlık kurumlarını içermekteydi. Ayrıca, bünyesinde işçinin çocuğu için kreş, ana okulu, işçi ve ailesinin istirahat edebileceği istirahat evleri ve sanatoryumlar da yer almaktaydı. Genel olarak 4.000'den daha fazla işçinin çalıştığı yerlerde bulunurken, kömür, petrol vb. sektörlerde 2.000, maden gibi tehlikeli işyerlerinde ise 500 işçisi olan işyerlerinde de kurulmuştur. Bu birim, maden işçisinde 24 saat sağlık hizmeti sunmuştur. Tarım emekçileri ise, devlet ve kolektif çiftliklerdeki sağlık birimlerinden ve feldşer ebe merkezlerinden hizmet almıştır. 70 yıl boyunca hangi üretim birimi olursa olsun, her bir işçi koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti alır, işe başlamadan önce mutlaka bir saat spor yapabilir, iş çıkışında isterse sanatoryumlarda dinlenir, istirahat eder, spor yapar ya da kitabını okuyabilir hatta orada kalabilirdi. (Vinogradov, N.A.;1951, Hyde, G.;1974:69). En önemlisi de işçi ve emekçiler bu hizmetler için para ödemezdi.

#### SSCB'deki Sağlık Hizmetlerinin Sonuçları

1913-1937 arasında ölüm hızı %40, çocuk ölüm hızı (ÇÖH) ise, %50 oranında azalmıştır. Öyle ki, ÇÖH 1913 yılında, %268.6 iken, 1960 yılına gelindiğinde %35.3'e,



1932 yılında %0 29.5'e, bebek ölüm hızı (BÖH), 1957 yılında, %0 45'e, 1970 yılında da %0 26'ya, anne ölüm hızı (AÖH) ise 1954 yılında yüz binde 54'e kadar düşmüştür (Semashko, N.A.;1934, Hyde, G.;1974, Hyde, G.;1974). Bu oranlar, hem devrim öncesi dönem hem de günümüz dünyasındaki sağlık göstergelerinden oldukça iyi düzeydedir. Çünkü, bugün dünyadaki BÖH %03-182, ÇÖH %03-316, AÖH da yüz binde 6-1100 arasında değişmektedir (UNICEF;2002).

SSCB'deki bu olumlu sonucun nedeni, temel olarak sosyalist düzenin sömürsüz dünyayı gerçekleştirme çabalarıdır. Bu çabanın sağlık hizmetlerindeki bir görünümü, ana-çocuk sağlığı kurumlarının ve sağlık emekçilerinin ihtiyaç duyulan sayı ve nitelikte olmasıdır. Nitekim, Devrim öncesi Rusya'da kadın/çocuk dokuz danışmanlık birimi varken, 1969 yılında 20.700'e ulaşmıştır. 1917 yılında sadece 27 ana-çocuk sağlığı koruma enstitüsü mevcut iken, 1925 yılında 3.655'e yükselmiş, ebe sayısı 1969 yılında 203.000'e çıkmıştır. (Soviet Sociology;1972:79). Bir başka görünümü, sağlığı geliştirici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin öncelenmesidir. Anne-çocuk izlemlerinin rutin olarak yürütülmesi, gebe izlemlerinin yüzde yüz olması, çocukların %91'inin anne sütü alabiliyor olması, aşılanmanın zorunlu bir hizmet olması vb. en somut olanlardır (Gazaryan, S.;1973). Öyle ki, 1928 yılında difteri aşısı olmayan çocuk sayısı ancak %14 idi. Aynı yıl, Moskova'da kızamık aşısının yapılmasına bağlı olarak kızamıktan ölen bebek sayısı ise sadece %4.6 idi (Semashko, N.A.; 1934:91). Günümüzde çoğu kapitalist ülkenin hiç birisi bu derece yüksek bir bağışıklama oranına sahip değildir. Diğer bir görünümü de sağlık alanındaki ilerlemenin sadece sağlık hizmetleriyle değil, eğitim, yeterli ve dengeli beslenme olanaklarının yaratılması, sosyalist ahlakın yapıtaşlarını oluşturan okul öncesi kurumlarının her yerde bulunması ilk akla gelen hizmetlerdir. Örneğin, 1950 yılında yaklaşık iki milyon 1969 yılında ise, dokuz milyon çocuk okul öncesi kurumlarda eğitim görmüştür. Çocuklar buralarda kolektif yaşamın bütün gerekliliklerini, hijyen alışkanlıklarını öğrenir, günde 2-3 saat spor, fiziksel kültür çalışması yapar, okuma alışkanlığını bu yaşlarda kazanırdı. (Prokofyev, M.;1971:26-28, Soviet Sociology;1972:81). Bunların yanında, 1928 yılından itibaren çocuklar, anneler ve işçiler için özel süt merkezleri kurularak parasız süt dağıtılmıştır. Üretim birimlerinde bulunan süt mutfakları sayısı 1959 yılında şehirde 605 iken, 1965'de 1399'a köylerde ise, 32 iken 255'e yükselmiştir (Hanies, A.J.;1928:72-76, Hyde, G.;1974:56-57). 1928 yılında Moskova'daki süt merkezi yılda 5.527 litre süt dağıttığı için en büyük süt dağıtım merkezi olarak kabul edilmiştir (Hyde, G.;1974:56-60). 1913-1937 arasında kişi başı meyve-sebze tüketimi beş kat artmış, 1938 yılında günlük kişi başı protein tüketimi 100 grama (Almanya'da 35 gram) ulaşmıştır. 1950 yılında kişi başı besin tüketimi et için 26 kg, balık için yedi kg iken, 1968 yılında et 51 kg'a, balık da 15.9 kg'a yükselmiştir. Bu gelişmelere bağlı olarak, sadece 1913-1917 yılları arasında Sovyet çocuklarının göğüs genişliği 2 cm artmıştır. (www.lalkar.demon.co.uk, Vinogradov, N.A.; 1951).

Bulaşıcı hastalıklarla da amansız bir biçimde mücadele edilmiştir. En sık görülen hastalıklara yönelik olarak sayısız dispanser açılmıştır. Devrim öncesi Çarlık Rusya'sında sadece 43 verem dispanseri mevcutken, 1948 yılında 16.000 olmuştur. İlk olarak, 1922 yılında Epidemioloji ve Hijyen dergisi, 1923 yılında Verem Sorunları Dergisi yayımlanarak, bu alandaki bilimsel bilgiler paylaşılmaya başlanmıştır (Hyde, G.;1974:95-96). Ayrıca, veremli çocuklar için orman içinde açık hava okulları (ilk kez 1918 yılında, Moskova'da) açılmıştır. Bu okullarda büyüklüğüne göre değişmekle birlikte, mutlaka bir hekim, iki hemşire çalışır, çocuklar burada hem eğitim alır hem de tedavilerine devam ederdi (Semashko, N.A.; 1934:32). 1924 yılında verem ölüm hızı ise 16.7'ye kadar düşmüştür (WHO 1960:23-24, Hyde, G; 1974:17). Bugün yaklaşık 70 yıllık farka rağmen, dünyada halen her gün yedi bin yetişkin verem nedeniyle ölmekte, her saat başı bin yeni insan vereme yakalanmaktadır (UNICEF, 2001). SSCB'de frengi sıklığı yüz binde 10'a, bel soğukluğu 55'e, sıtma vakası 1934 yılında 9.5 milyon iken toplam 5000 (1957) vakaya lepra ise 6000 vakaya düşürülmüştür. Böyle olunca, sıtma ve lepra, nadir olarak görülürken, kolera, çiçek, tifo neredeyse yok edilmiştir. 1960 yılında İngiltere'de yüz binde 73.8 olan bel soğukluğu hızı SSCB'de 57.2, frengi hızı da 8.6'ya kadar azalmıştır. Dizanteri nedeniyle ölüm 1950'de 3.3 iken, 1960'da 1.8'e, pnömöniye bağlı ölümler, 4.3'den, 1.8'e düşmüştür (Hyde, G.; 1974:49-50,226-230).

Sovyet sağlık sisteminin sonucunu gösteren en önemli göstergelerden birisi de yaşam beklentisidir. 1913 yılında yaşam beklentisi 32 iken, yaklaşık 50 yıl sonra iki kat artmıştır (Tablo 1). Sovyet toplumunda yaşam niteliğinin gelişmesine bağlı olarak, yaş grupları içinde yaşlı nüfus da artmıştır. Örneğin, 1939 yılında 70 yaş üzeri yaşlı nüfus %2.3 oranında iken, 1979' a gelindiğinde %5.8'e yükselmiştir. 1979 yılına ait yaşlılık oranı, şu anki pek çok kapitalist ülkenin yaşlılık oranından daha yüksektir.

#### Sağlık Emekçileri

Devrimden yedi yıl sonra, sağlık emekçilerinin eğitim ilkeleri:

1) Dünyadaki ve ülkesindeki sosyal olayları anlayabilmek ve değerlendirebilmek için toplum bilimleri ağırlık vermek

2) İşçi ve emekçilerin toplumsal ve iş yaşantılarını bütüncül bir yaklaşımla değerlendirmek

3) Sadece hastalıkların tedavisi değil, işçi ve emekçi sınıfının sağlığını geliştirmeyi ve korumayı öncelemek

4) Sağlam bir bilimsel eğitim için tarihsel materyalizm yöntemini öğretmek olarak belirtilmiştir (Haines, A.J.;1938:145-150. akt:SMSK; 2002:97).

Eğitimin sorumluluğu 1930 yılından sonra Eğitim Bakanlığı'ndan Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Devrim

Tablo 1. Çeşitli ülkelerde ortalama yaşam beklentisi

Ülkeler	Yıllar	Toplam	Kadınlar
Devrim Öncesi Rusya SSCB	1896-1897	32	33
	1926-1927	44	47
	1968-1969	70	74
	2000	66.1	
Bulgaristan	1935-1939	52	53
	1965-1967	71	73
Macaristan	1930	50	51
	1968	70	72
Alman Demokratik Cumhuriyeti	1955-1958	69	71
	1968	71	73
Moğolistan Halk Cumhuriyeti	1964-1965	65	66
Polonya	1931-1932	50	51
	1965-1966	70	73
Çekoslovakya	1937	57	59
	1966	70	74
Norveç	1961-1965	74	76
İsveç	1967	74	76
İngiltere	1901-1910	50	52
	1965-1967	72	75
	2000	77.7	
Japonya	1968	72	74
Fransa	1898-1903	47	49
	1967	72	75
İsviçre	1958-1963	71	74
Belçika	1959-1963	71	74
Kanada	1960-1962	71	74
Batı Almanya	1966-1968	71	74
Avustralya	1901-1910	57	59
	1966	71	74
Yeni Zelanda Tüm Nüfus	1960-1962	71	74
Avrupalılar	1960-1962	72	75
ABD Tüm Nüfus	1900-1902	49	51
	1966	70	74
	2000	77.7	
İtalya	1960-1962	70	72
	1967-1969	70	74
Finlandiya	1961-1965	69	73
Hindistan	1951-1960	41	41

Soviet Sociology, 1972; 85-86.

Tablo 2. Devrim öncesi ve sonrasında SSCB'de yıllara, yaş gruplarına göre ölüm hızları

Özellikler	1896-1897	1958-59	1969-1970	1978-1979	1982-1983	1984-1985
<b>Yaş Grupları</b>						
0-4	133.0	11.9	6.9	8.1	7.9	7.7
5-9	12.9	1.1	0.7	0.7	0.6	0.6
10-14	5.4	0.8	0.6	0.5	0.5	0.5
15-19	5.8	1.3	1.0	1.0	1.0	1.0
20-24	7.6	1.8	1.6	1.7	1.6	1.5
25-29	8.2	2.2	2.2	2.3	2.2	2.0
30-34	8.7	2.6	2.8	2.9	2.9	2.8
35-39	10.3	3.1	3.7	4.3	3.8	3.6
40-44	11.8	4.0	4.7	5.4	5.6	5.7
45-49	15.7	5.4	6.0	7.8	7.4	7.3
50-54	18.5	7.9	8.7	10.3	10.9	11.3
55-59	29.5	11.2	11.7	13.5	14.3	15.1
60-64	34.5	17.1	18.0	20.1	19.8	20.4
65-69	61.6	25.2	27.5	29.2	30.7	31.1
70 yaş ve üstü	89.0	63.8	75.7	76.5	74.0	78.7
Toplam Ölüm Hızı	32.4	7.4	8.2	9.9	10.2	10.7

Pockney, B.P.;1970:82

boyunca, işçi, emekçi ve yoksul köylü çocukları istediği okulda okuyabilmiştir. Çünkü, herkes parasız okuyor, konaklama, ulaşım gibi gereksinimleri de devletçe karşılanıyor, öğrencilere ek olarak aylık 250-300 ruble yardım yapılıyordu. Öğrencilerin başarısızlığı durumunda bu yardım kesilirdi (WHO, 1960:33-40.). Hekimler 1930 yılına kadar on yıllık temel eğitim üzerine beş yıl, 1947'den sonra altı yıl, eczacı ve diş hekimleri beş yıl, hemşireler yedi yıllık temel eğitim üzerine üç yıl, ebeler ise temel eğitim üzerine iki yıl eğitim alarak çalışma yaşamına başlardı. Tüm sağlık emekçileri sağlık muayenesinden sonra okula kabul edilirdi. Okula girişte bir tıp öğrencisi, genel tıp, halk sağlığı-hijyen ve çocuk gibi üç temel bölümden mutlaka birini seçmek zorunda idi. Sağlık emekçilerinin pratik yaşama hazırlanması için her okulun, hastanesi, polikliniği, dispanseri, fabrika sağlık ve sanitasyon birimi, anne ve çocuk dispanserleri, kadındağım hastaneleri bulunur ve öğrenciler burada uygulama yapardı. Eğitim müfredat programı içinde, tarihsel materyalizm, sosyal ve politik bilimler gibi dersler her yıl olur, halk sağlığı ve hijyen dersleri de müfredat içinde büyük bir yer kaplardı. Mezun olan bir hekim, üç yıl kırsal alanda çalışmak zorundaydı. Genel de kırsal kesimde çalışanlar daha yüksek ücret alırdı. Uzmanlaşmak isteyenler için 14 temel uzmanlık alanı bulunmaktaydı. Viroloji, epidemiyoloji, sıtma, bakteriyoloji, helmintoloji, dezenfeksiyon ve parazit uzmanlığı halk sağlığının uzmanlık alanlarıydı. Klinik bilimlerdeki bir hekim, bir yıl öğretim üyelerinin gözetiminde hastanede eğitim alıp, üç yıl süre ile alanda deneyimli hekimlerle birlikte çalıştıktan sonra uzman olmaya hak kazanırdı. Poliklinik hekimi, üç saatini ev ziyaretine, üç saatini danışmanlık hizmetine, yarım saatini de sağlık eğitimine ayırırdı. Buna bağlı olarak, bir hekim günde ortalama 15 hasta bakar, ortalama altı ev ziyareti yapardı (Hyde, G.; 1974, Haines, A.J.;1928:145-150).

Sovyet sağlık emekçilerinin erkekleri 60, kadınları 55 yaşında emekli olur, haftada toplam 40 saat çalışırdı. Oysa, 1970'li yıllarda ABD'deki hekimler haftada ortalama 60 saat çalışırdı. Tüm işçi ve emekçiler gibi, sağlık emekçileri de her türlü, toplumsal olanaklardan yararlanırdı. Bunların yanında, 1920 yılından itibaren Sağlık Emekçileri Sendikası altında örgütlenirdi. Oysa, Haines'in belirttiği gibi: "Amerika gibi pek çok kapitalist ülkede hekimin, hemşirenin ve diğer, sağlık emekçilerinin tek bir birlik altında toplanması mümkün değildir. Bu durumdan özellikle hekimler kendilerini çok rahatsız hissederler" (Haines, A.J.;1928:32 akt;SMK:95).

Sağlık emekçilerinin sayısı, dağılımı toplumun gereksinimleri ölçüsünde planlanmıştır. Örneğin, toplam istihdam içinde sağlık emekçilerin oranı 1930 yılında %1.6 iken, 1970 yılında %3.1 oranında artmıştır. Sağlık, fiziksel eğitim ve sosyal güvenlik sektörü ekonominin 1940 yılında %6'sını, 1960' da %11'ini, 1985'de ise %18'ini oluşturuyordu (Pockney, B.P.; 1970:73). 1940 yılında 1.512.000 olan sağlık emekçisi sayısı, 1970 yılında beş milyona yükselmiştir. 1957 yılında tüm sağlık

emekçilerinin 71.151'i hemşire, 99.921'i de ebedir. 1970'li yıllarda SSCB nüfusu, dünyanın yedide birini oluştururken, SSCB'de hekimlerin sayısı dünyadaki tüm hekimlerin dörtte biriydi. ABD ise, dünya nüfusunun %5.7'sine sahip idi ve hekimlerin sayısı dünyadaki tüm hekimlerin %12'sini kapsıyordu. Durum böyle olunca, 1960'lı yılların ortalarında SSCB'de 10.000 kişiye 23.9 hekim düşerken, Türkiye'de 3.3, ABD'de ise, 3.7 hekim düşmüştür (Hyde G., 1974:195, Field, M.G., 1975:458). SSCB'de 1913 yılında sadece 13 tıp fakültesi varken, 1965 yılına gelindiğinde bu sayı 72'ye yükselmiş, diğer tüm sağlık ile ilgili okulların sayısı da 1928' de 127 iken, 12 yılda iki kat artmıştır (WHO, 1960:33-36; Field, M.G., 1975:459).

### III. 1980'li yıllardan Günümüze SSCB Topraklarındaki Sağlık Hizmetleri

1983 yılında, ilk kez paralı özel poliklinik ve dispanser uygulaması başlamıştır. Bu tarihten sonra Sağlık Bakanı E. Çazov, genel ekonomik-politik gelişmeler ışığında sağlık sorunlarının yeni ekonomik politikalarla aşılabileceğini belirtmiş ve Haziran 1987'de sağlık sektöründe de Perestroyka uygulamasına geçilmiştir. Aynı yıl, ilk paralı hastane açılmıştır. 1989 yılından sonra ise, sağlık sisteminin merkezî yapısı yerine desantralize sağlık örgütlenmesi, kamu finansmanı yerine özel sağlık sigortacılığı, geniş kapsamlı birinci basamak sağlık hizmetleri yerine aile hekimliği ve paralı sağlık uygulamaları başlamıştır. 1991 yılında, sağlık hizmetinin finansmanı ile ilgili yasa çıkarılmış, 1993 yılından itibaren zorunlu özel sağlık sigortası kurulmuştur. 1996 yılından sonra eski SSCB ülkelerinde yaygın olarak aile hekimliği resmi olarak başlamış, birinci basamak sağlık hizmetleri genel olarak sadece aile hekimleri tarafından sunulmuştur. Bugün Beyaz Rusya'da birinci basamak sağlık hizmetlerinde halk sağlığı hemşireleri yok denecek kadar azdır (WHO;1998). 1997 yılında Rusya Federasyonu ve eski SSCB ülkelerinde yeni sağlık örgütlenmesine gidilmiş, Dünya Bankası bu yeni sağlık örgütlenmesi için sekiz milyon dolar yardımda bulunmuştur (WHO;1999.).

Bu tür uygulamalarla 1990 yılından itibaren eski Sovyet ülkelerinde eşitsizlikler başlamıştır. Hatta, eşitsizlikler son beş yıldan beri derinleşmiş, sağlık hizmetlerine ulaşım güçleşmiş, yaşam süresi kısalmış, en sık görülen ve en çok öldüren hastalıklar bulaşıcı ve önlenemez hastalıklar olmuştur. Devletin sağlığa ayırdığı pay 1970'li yıllarda %6.1 iken, 1980 yılında %4.3'e kadar düşmüştür. 1990'lı yıllardan itibaren Rusya Federasyonu Avrupa bölgesi içinde sağlığa en az pay ayıran ülke olmuştur. GSMH içindeki sağlık harcamaları 1965 yılında %4.1'lik paya sahipken, 1995'de %3.9'a düşmüştür. Rusya Federasyonu, 1994-1998 döneminde Avrupa ülkeleri içinde yaşam beklentisi en düşük ülkedir. Yaşam beklentisi 1986-1993 arasında 2.2, 1993-1994 arasında 6.1 yıl azalmıştır (Barr, D.A. ve ark.;1996, Field, M.G.;1996:309). Beş yıl önce, bu ülkedeki sağlık kaynaklarının %69'u hastane hizmetlerine, %3'ü halk sağlığı hizmetlerine, %2'si de sağlık eğitimine ve bilimsel araştırmalara ayrılmıştır (WHO;1998).

1994-1995 yılları arasında gebe kadınların ancak %72'si doğum öncesi bakım alabilmiştir. AÖH 1985'de yüz binde 54 iken, 1990 yılında ise yüz binde 70'e kadar yükselmiştir. Anne ölümlerinin dörtte biri kürtaj nedeniyle olmaktadır. ÇÖH 1990-2001 arasında oniki, 1990-1995 arasında ise on kat artmıştır. 1990 yılında bin bebekten 17.4'ü birinci yaşını göremeden ölürken, 1999 yılında bu oran Rusya Federasyonu'nda %18, Kırgızistan'da ise, %552'ye kadar yükselmiştir. Bebeklerin yarısı parazitler hastalıkları yüzünden ölmektedir (UNICEF;2002). 1998 yılında bir yaş altı bebeklerde kızamık aşısı olmayanların oranı Özbekistan'da %8, Tacikistan'da %20 ve Türkmenistan'da %34'dür (Orta Asya bölge ortalaması %28). Rusya Federasyonu'nda kızamık aşısı 1989-1992

arasında %82'den %62'ye düşmüştür. Nüfusun yarısı mikrobiyolojik ve kimyasal standartların altında içme suyu kullanmaktadır. Şehirlerin %40'ı hava kirliliği içindedir (Tuchinsky T.H., Varavikova E.A.;1996:317). Endüstriyel sektörde çalışan kadınların altıda biri işyerlerinde sağlık ve güvenlik standartları ile bir kere dahi karşılaşmamıştır (WHO;1998). 1990-1999 yılları arasında en düşük %43'lük nüfus Rusya federasyonunda %13, en yüksek %20 %54 pay alırken bu oran, Estonya'da %18, %45, Azerbaycan'da %18, %43'dür (UNDP;2002). Rusya federasyonu'nda %7'lik, Ermenistan'da %8'lik nüfus günde bir dolardan az kazanmaktadır. Rusya Federasyonu ve diğer Cumhuriyetlerdeki sağlık göstergeleri tablo 3, tablo 4 ve tablo 5'de gösterilmiştir:

**Tablo 3. Ülkelere, yıllara göre anne ölüm hızı**

Ülke	1990	1980-1998	1985-1999 Anne Ölüm Oranı
Rusya Federasyonu	75	50	44
Ermenistan	50	35	35
Azerbaycan	22	37	80
Gürcistan	33	70	65
Kazakistan	80	70	65
Kırgızistan	110	65	65
Tacikistan	130	65	65
Türkmenistan	55	110	65
Özbekistan	55	21	21
Beyaz Rusya	37	22	20
Letonya	40	45	45
Moldova Cumhuriyeti	60	42	28
Estonya	41	50	50
Litvanya	36	18	18

UNICEF 1998, 2000

**Tablo 4. Ülkelere ve yıllara göre bebek ölüm hızları ‰**

ÜLKELER	1970	1980	1991	1994	1996	1998	1999	2000
Rusya Federasyonu	29	22	20	28	20	21	18	18
Ermenistan	24	20	22	27	25	25	25	25
Azerbaycan	-	30	33	35	34	36	35	74
Gürcistan	14	14	16	23	23	19	19	17
Kazakistan	-	33	32	41	45	36	35	24
Kırgızistan	-	43	40	47	39	56	55	53
Tacikistan	78	58	50	63	56	55	54	95
Türkmenistan	82	54	56	70	57	53	52	100
Özbekistan	-	47	44	52	46	45	45	51
Beyaz Rusya	22	16	15	18	14	22	23	17
Letonya	21	14	16	22	16	18	17	17
Moldova Cum	46	35	23	31	26	28	27	27
Estonya	21	17	14	20	13	18	17	17
Litvanya	23	20	14	17	18	19	18	17

UNDP 2002, UNICEF, 20002



Tablo 5. Ülkelere ve yıllara göre beş yaş altı ölüm hızları %

ÜLKELER	1970	1980	1994	1995	1996	1998	1999	2000	2000 Yılı Sıralama
Rusya Federasyonu	36	36	31	30	25	25	22	22	120
Ermenistan	30	28	32	31	30	30	30	30	98
Azerbaycan	60	52	51	50	44	46	45	105	47
Gürcistan	-	44	27	26	29	23	23	52	
Kazakistan	-	57	48	47	45	43	42	75	60
Kırgızistan	146	73	56	54	50	66	65	63	41
Tacikistan	111	94	81	79	76	74	74	73	63
Türkmenistan	120	95	87	85	78	72	71	70	64
Özbekistan	-	78	64	62	60	58	58	67	69
Beyaz Rusya	27	23	21	20	18	27	28	20	129
Estonya	26	25	23	22	16	22	21	21	123
Moldova Cumhuriyeti	61	52	36	34	32	35	34	33	92
Letonya	28	25	20	20	13	22	21	21	123
Litvanya	28	26	18	19	18	23	22	21	123

UNDP, 2002, UNICEF, 2001

#### IV. Sonuç

Bu yazıda, SSCB'deki sağlık hizmetleri üç dönemde kısaca irdelenmişse de iktisadi olarak reel sosyalizm öncesi ve sonrası diye değerlendirilebilir. Böyle olunca, coğrafyası ne olursa olsun, kapitalizmin her alanda eşitsizlik, yoksulluk, sefalet ve hastalık üretmekte olduğu görülmektedir. Nitekim, SSCB öncesi ve sonrası karşılaştırmaları bunun en belirgin örneği olarak kabul edilebilir. Sosyalizm ise, insanın refahı ve nitelikli yaşamı için bir zorunluluktur. Çünkü sosyalizm sağlıklı yaşam üretir ve sağlığı bozan etkenleri ortadan kaldırmaya çalışır. Reel sosyalizm uygulaması SSCB 70 yıllık tarihinde büyük oranda bunu gerçekleştirmiştir.

*Dipnot 1 Bu makale, "Sosyalist Türkiye'de Sağlık" Nazım Kültürevi Kitaplığı, İstanbul, Kasım 2002 adlı kitabının yazar tarafından kaleme alınan "SSCB ve sağlık sistemi" bölümünün bir özetidir.*

#### KAYNAKLAR

- Barr, D.A., Field, M.G. (1996), "The Current State of Health Care in The Former Soviet Union: Implications for Health Care Policy and Reform", American Journal of Public Health (AJPH). 86 (3):307.
- Field, M.G. (1975), "American and Soviet Medical Manpower: Growth and Evolution, 1910-1970" International. Journal Health Services. 5 (3):455-473.
- Gazaryan, S. (1973), "Children in the USSR", Navosti Press Agency Pub. House. Moscow.
- Haines, A.J. (1928), "Health Work in Soviet Russia", Vanguard Press, Inch. March. New York. First.Edt.
- Hyde, G. (1974), "The Soviet Health Service A Historical and Comparative Study", Lawrance&Wishart London. First Edt. ISBN:085 315 2969.
- Lykova, L. (1973), "Social Security the USSR. Yesterday, today and tomorrow", Navosti Press Agency Pub. House. Moscow.
- Mirsky, M. (1972), "Promoting Public Health", Navosti Press Agency Pub. House. Moscow.
- Pockney, B.P. (1970), "Soviet Statistics Since 1950", Darthmouth Aldershot-HongKong Singapore-Sydney.

Prokofyev, M. (1971), "Education in the USSR", Navosti Press Agency Pub. House, Moscow.

Semashko, N.A. (1934), "Health Protection in the USSR", The New Soviet Library. London, Victor Gollancz Ltd. 14 Henrietta Street Covent Garden.

Sharbarova, Z. (1978), "Report on The International Conference on Primary Health, Alma-Ata, USSR", September 6-12, WHO, Geneva.

Shultz, D.S., Rafferty, M.P. (1990), "Soviet Health Care and Perestroika", American Journal of Public Health. 80(2):193-197.

SoL Meclis Sağlık Komisyonu.(2002), "Sosyalist Türkiye'de Sağlık", Nazım Kültürevi Kitaplığı, İstanbul.(ISBN 975-8271-48-2).

Tuchinsky, T.H., Varavikova, E.A. (1996), "Addressing The Epidemiologic Transition in The Former Soviet Union: Strategies For Health System and Public Health Reform in Russia", American Journal of Public Health. 86(3):313-318.

UNICEF. (2002), "Ulusların Gelişmesi", UNICEF.

UNDP. (2002), "Human Development Report 2002", UNDP, New York, Oxford University Pres.

Vinogradov, N.A. (1951), "Public Health in the Soviet Union", Foreign Languages Pub. House, Moscova. Sec. First Edt.

WHO. (1960), "Health Services in The USSR", WHO, Geneva.

WHO. (1998), "Evaluation Studies Financing, Health. Health Care Reform. Health System Plans Russian Federation", WHO, Regional Office for Europe. Copenhagen. www.who.dk

WHO. (1999), "Highlights on health in Russian Federation". November. WHO.www.who.dk

Soviet Sociology. (1972), "Women in the USSR: Statistical Datavestnik Statistiki", Summer. XI(1):57-87.

www.lalkar.demon.co.uk: "Health in the USSR".

www.aiha.com: "Introduction to the Health Care System of the New Independent States".

#### Teşekkür

Kaynaklar bölümünde ayrıntısı verilmiş pek çok kaynağı bana ulaştıran İngiltere'deki Working Class Movement Library çalışanı Pastrick Ward'a çok teşekkür ederim. Bu kaynaklar olmasaydı, SSCB sağlık hizmetleri büyük oranda eksikli kalacaktı.