



D: Sosyalist Ülkeler:

DÜNDEN BUGÜNE SOSYALİST ÜLKELERDE SAĞLIK HİZMETLERİ

Dr. Ata SOYER*

Sosyalizm, çok çeşitli amaçlarla kullanılmış bir kavram. Burada, 1917 Ekim Devrimi ile Sovyetler Birliği'nde hayata geçen, dünyanın değişik coğrafyalarında farklı uygulamalarla vücut bulan, daha sonra birçok ülkede içsel ve dışsal bir takım nedenlerle çökmek durumunda kalan ama bir toplumsal tasarım olarak halen varolan bir olgu anlamında kullanılmaktadır. Sosyalizm ve sağlık hizmetleri ilişkisi, varolan bilgilerimiz ışığında (ve sınırlılığında) tartışılmaya çalışılacaktır.

1 — Sosyalizm ve sağlık ilişkisi üzerinde "teorik" tartışmaları daha sonraya bırakarak, bir tarihsel bağlamda "uygulama" ile başlayalım. 1917 Sovyet deneyiminden önce, Çarlık Rusyasında, çok kötü sağlık koşulları söz konusuydu. Üstelik, yüzyılın başlangıcındaki savaş ortamı, bu koşulları daha da geriletmişti. 1917 sonrası ilk yapılanlar arasında, sağlık hizmetleri konusundaki düzenlemeler vardı. Sovyetler Birliği'nin ilk döneminde, sağlık hizmetleri ulusal ekonomik planın parçası olarak hazırlandı ve yürütüldü. Yerel örgütler, kendi planlarını hazırlamakta bağımsızlardı. Tüm sağlık hizmetleri, devlet eliyle, tek bir merkez tarafından planlanır ve yürütülürdü. Hizmetin temel ilkesi, coğrafi özellik, kişi, grup, sınıf farkı gözetmeksizin, tüm topluma ulaştırılmasıydı. Hizmetin ücretsiz olması, her düzeyde koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin entegre edilmesi, hizmetin temelini birinci basamak hekimliğin oluşturması, hizmeti alan halkın sendika yönetim gibi kurumlar ve bireysel olarak ve hizmete aktif katılması ve denetlemesi ilk sosyalist ülkedeki önemli uygulama ilkeleriydi (Aksakoğlu, 1978).

2 — Yukarıda özetlenmeye çalışılan ilkeler, Sovyetler Birliği'nde uygulamaya yol gösterdi ve bu ilkeler doğrultusunda çok önemli adımlar da atıldı. Ancak bazı tarihsel dönemlerde, örneğin, NEP döneminde, "sosyalist tasarruf ve yoğun sanayileşme", 1930'larda "hızlı kolektivizasyon" sağlık politika-

larının bu ilkeler doğrultusunda biçimlenmesini engelleyici etkiler yapmıştır (George and Manning, 1980).

3 — Sovyetler Birliği dışındaki Doğu Avrupa ülkelerinde, sağlık hizmetleri, Sovyetler Birliği'ndekine çok benzemekteydi. Ancak, Sovyetler Birliği'nde önemli ölçüde kendi iç dinamikleri ile gelişen bu durum, D. Avrupa'da daha çok "dayatma" ile ilişkiliydi. Ayrıca, Sovyetler Birliği'nde çok önceden uygulamaya sokulan, bazı kazanımlar, D. Avrupa'da aynı hızda seyretmemiştir. Örneğin, Macaristan'da ücretsiz sağlık hizmetlerinin tüm ülke çapında yaygınlaşması ancak 1975'de mümkün olabildiği. 1960'a kadar yüzde 15'i sağlık güvencesine sahip olan kırsal nüfusun tümünün (güvence dışı nüfus, yüzde 1 kadardı) bu güvenceye kavuşturulması 1972'de gerçekleşti. (Bu arada, 1919 yılındaki 133 günlük Bela Kun Hükümeti döneminde, tüm Macar işçileri için sağlık hizmetlerinin ücretsiz hale getirildiği dönemi unutmamak gerekir) (Kaser, 1976).

4 — Sosyalizmin sağlık hizmetlerine yaklaşımı, sağlık hizmetlerindeki önceliklerin, toplumun temel gereksinmelerine göre belirlenmesi şeklinde özetlenebilir. Bu bağlamda sosyalist ülkelerde sağlık politikasının olması gereken ölçütleri şöyle belirlenebilir: GSMH'dan sağlığa ayrılan payın ve kişi başına düşen sağlık harcamalarının yüksek olması; kişi başına düşen sağlık personeli ve hastane yatağının yüksekliği; koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi; sağlık hizmetlerinin merkezi olarak planlanması suretiyle herkese eşit ulaşabilmesinin sağlanması; sağlık hizmetlerinin ve kurumlarının halk tarafından denetlenmesi; hekimlerin toplumsal statüsünün, toplumun diğer kesimlerine kıyasla ayrıcalık arz etmemesi; sağlık personeli arasında hiyerarşi değil işbirliği bulunması; sağlık hizmetlerinin bölgeler arasında adil dağılması; toplumun tüm kesimlerinin sağlık hizmetlerine eşit olarak ulaşabilmesi; gerek tıbbi uygulamada, gerekse sağlık arasında

* TTB Merkez Konseyi Genel Sekreteri

arasında cinsel ayrımcılığın olmaması vb. (Deacon; 1984) Bir "nesnelleştirme" girişimi olarak algılanması gereken bu ülkelerin belirlenmesi, sosyalist deneyimlerin değerlendirilmesine yardımcı olma amaçlıdır.

5 — GSMH'dan sağlığa ayrılan pay, tüm dünyada sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde kullanılan nesnel ölçütlerin başında gelir. Sosyalist ülkelerde GSMH'dan sağlığa ayrılan pay, genellikle AT ülkelerinden düşüktü. Örneğin, 1970'lerde bu pay Polonya'da bile (diğer sosyalist ülkelere kıyasla daha yüksek orana sahipti) yüzde 4'e ulaşmazken, AT ülkelerinde yüzde 5.1-6.7 dolayındaydı (1968'de Sovyetler Birliği'nde bu pay, yüzde 2.8'ken, İngiltere'de yüzde 5.1, İtalya'da yüzde 8.0, İrlanda'da yüzde 5.0'dı. (Kaser; 1976).

1980'li yılların sonu, 1990'lı yılların başında da durum pek farklı değildi. Gelişmiş pazar ekonomisine sahip ülkelerde sağlığa ayrılan pay ortalama yüzde 9.2 oranındayken, eski sosyalist ülkelerde bu pay ortalama yüzde 3.6'ydı (3.0-6.0) (World Development Report; 1993). Bu ortalama, sadece gelişmiş pazar ekonomilerinin değil, aynı zamanda Latin Amerika (yüzde 4) ve Orta Doğu (yüzde 4.1) ülkelerinin de altındaydı.

Tablo 1: Eski Sosyalist Ülkelerde Sağlık Harcamaları (1990)

Ülke	Toplam Kişi Başına		Sağlık Harcaması / GSMH		
	s.h.(dolar)	s.h.(dolar)	Toplam	Kamu	Özel
Çin	12969	11	3.5	2.1	1.4
Tacikistan	532	100	6.0	4.4	1.6
Özbekistan	2388	116	5.9	4.3	1.6
Kırgızistan	517	118	5.0	3.3	1.6
Gürcistan	830	152	4.5	2.8	1.7
Azerbeycan	785	98	4.3	2.6	1.7
Türkmenistan	459	125	5.0	3.3	1.7
Ermenistan	506	152	4.2	2.5	1.7
Kazakistan	2572	154	4.4	2.8	1.7
Romanya	1455	63	3.9	2.4	1.5
Polonya	3157	83	5.1	4.1	1.0
Bulgaristan	1154	131	5.4	4.4	1.0
Moldovya	623	143	3.9	2.9	1.0
Ukrayna	6803	131	3.3	2.3	1.0
Çekoslovakya	2711	173	5.9	5.0	0.9
Litvanya	594	159	3.6	2.6	1.0
Macaristan	1958	185	6.0	5.0	0.9
Beyaz Rusya	1613	157	3.2	2.2	1.0
Rusya Fed.	23527	157	4.0	3.4	0.6
Yugoslavya	4512	205	3.0	4.0	1.0
Eski Sosyalist Ülkeler	49143	142	3.6	2.5	1.0
Gelişmiş Pazar Ekonomileri	1483196	1860	9.2	5.6	3.5
Ortadoğu Ülkeleri	38961	77	4.1	2.4	1.7
Latin Amerika ve Karayibler	46660	105	4.0	2.4	1.6
Dünya (Toplam)	1702455	323	8.0	4.9	3.2

(World Development Report; 1993)

6 — Kişi başına düşen sağlık harcaması açısından bir değerlendirme yapıldığında da eski sosyalist ülkeler Avrupa'lı komşularından gerideydi: 1980'lerde Sovyetler Birliği'nde 113 dolar olan kişi başına sağlık harcaması, Macaristan'da 127, Polonya'da 163.9, İrlanda'da 340.4, İngiltere'de 343.9, İtalya'da 398.2 dolardı (Ana Britannica; 1986).

1990'lara gelindiğinde "ara" daha da açılmıştı. Eski sosyalist ülkelerde ortalama 142 dolar olan kişi başına sağlık harcaması, gelişmiş pazar ekonomilerinde ortalama 1860 dolardı (World Development Report; 1993).

7 — Sağlığa ayrılan payda daha geri olmasına karşın, sosyalist ülkeler nüfus/hekim, nüfus/hastane yatağı açısından, Batı'ya karşı üstündüler. 1970'lerde Sovyetler Birliği'nde her 10 bin kişiye 34.6 hekim, 121 hastane yatağı düşerken, Avrupa Topluluğu ülkelerinde bu sayılar sırasıyla 22 ve 95'di.

Tablo 2 : Sosyalist Ülkelerde Hekim ve Hemşire Başına Düşen Nüfus

Ülke	Hekim		Hemşire	
	1970	1990	1970	1990
Tacikistan	—	350	—	—
Özbekistan	—	280	—	—
Romanya	840	560	—	—
Kırgızistan	—	280	—	—
Gürcistan	—	170	—	—
Azerbaycan	—	250	—	—
Türkmenistan	—	290	—	—
Polonya	700	490	250	—
Bulgaristan	540	320	240	—
Ermenistan	—	250	—	—
Moldovya	—	250	—	—
Ukrayna	—	230	—	—
Çekoslovakya	470	310	170	—
Kazakistan	—	250	—	—
Litvanya	—	220	—	—
Macaristan	510	340	210	—
Beyaz Rusya	—	250	—	—
Rusya Fed.	—	210	—	—
Letonya	—	200	—	—
Estonya	—	210	—	—
Yugoslavya	1000	530	420	110
OECD ülkeleri	700	420	220	—
Dünya Ortalaması	7640	3980	3940	—

(World Development Report, 1993)

Hekim ve hemşire başına düşen nüfus yönünden, sosyalist ülkelerin diğer ülkelere kıyasla oldukça şanslı olduğu söylenebilir. Bu olumlu gibi görünen tablonun arkasında, sağlığa daha az yatırımın yapıldığı, emek-yoğun bir çalışma ortamı söz konusudur.

Sağlık personelinin daha az ücretle çalıştırılması, sağlık kurumlarının da teknoloji ile değil sağlık personeli ile doldurulması. Bu çerçevede, verilen sağlık hizmeti sosyalist ülkelerde Batı'ya kıyasla daha az nitelikli, sağlık kurumları da teknolojik olarak daha yetersizdi. Bunun bir başka kanıtı da, 1970'lerin başında Sovyetler Birliği'nde sağlık harcamalarının yatırıma yönelen payı yüzde 5 dolayındayken, İngiltere'de bu payın yüzde 10 olmasıdır (Kaser, 1976).

8 — Sosyalist bir sağlık anlayışının en temel ölçütü; koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önemdir. Gerçekten de, Sovyetler Birliği'nde özellikle devrimin ilk yıllarında önemli adımlar atılmıştır. Örneğin, 1917'de kurulan Bolşevik Hükümet'in hastalıkların toplumsal kökenleri ile mücadele etmesi amacıyla, sanitasyon ve epidemiyoloji departmanlarını daha ilk günlerden oluşturması bile, koruyucu sağlığa verilen önemi göstermekteydi. 1925'de, sanitasyon ve hijyen eğitimi ile bulaşıcı hastalıklarla mücadele, sağlık bütçesinin yüzde 2.6'si harcanıyordu. Yine, 1925'de Tıp Eğitimi Konseyi, tıp eğitiminin amacının "hekimlerin sadece hastalık ile biyolojik süreçler arasındaki bağlantıyı değil, varolan toplumsal yaşamı ve dünya olaylarını anlamaya yardımcı olacak yeterli sosyal bilim temeli; organizma ve çevre arasındaki ilişkiyi doğru anlamak için gerekli olan materyalist bakış açısı; hastanın ev yaşamı ve çalışma koşullarını dikkate alan sosyal hizmet bakış açısına sahip olmaları ve sadece hastalıkları tedavi için değil, onları önlemek için bilgi ve beceri yolu ile yetiştirilmeleri" olduğunu vurgulamıştı (Deacon, 1984).

Sovyetler Birliği'ndeki olumlu başlangıç, çeşitli nedenlerle yeterince geliştirilememiştir. Örneğin, yukarıda sıralanan tıp eğitimi ilkelerinin, tıp eğitimi içinde oldukça sınırlı yer tuttuğu (yüzde 5 kadar) saptanmıştır. Yeni bir tıp eğitimi anlayışı yaratma çabası, Sovyet tıbbının "hastalık ve klinik yönelimli" olmasını engelleyememiş, Sovyetler Birliği'nde tıpkı Batı'da olduğu gibi hastanelerde çalışan hekimlerin oranı giderek artmıştır (Deacon, 1984). Sovyetler Birliği'nde koruyucu hekimlik yönünden yaşanan olumlu dönem, diğer D. Avrupa ülkelerinde pek yaşanmamıştır. Örneğin, Macaristan'da hekimlerin sadece yüzde 1'inin fabrikalarda çalıştığı; iş sağlığı ve güvenliğinin tehlikede olduğu durumlarda sendikaların üretimi durdurma yetkisinin olmasına karşın, bu yetkisini pek kullanmadığı; Batı'dan ithal edilen makinaların, daha ucuza gelsin diye koruyucu aksamından arındırıldığı gibi bilgiler koruyucu sağlık hizmetlerinin olumsuzluk hanesine yazılmaktadır (Deacon, 1984). Polonya'da ise koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersizliği konusunda tehlikeli çalışma süreçlerinin varlığı; hava ve su kirliliği; kanserojen

madde içeren besin maddelerinin yaygınlığı, vb. örnekler gösterilmiştir. Hatta, Dayanışma Hareketi'nin çıkış gerekçelerinden birinin, işçi sağlığı ve güvenliğinin oldukça kötü koşullarına karşın, üretimin sürdürülmesi olduğu belirtilmiştir. Bu kötü koşullarda üretimin zorlanması; işgücü kaybını artırmış (1974'de tüm işgünü kayıplarının yüzde 20'si iş kazalarına bağlı), hava kirliliğini çoğaltmıştır. (1977'de sanayi işletmeleri, havaya 3439 milyon ton zehirli gaz salmış). (Millard, 1981 ve Vale, 1981).

Koruyucu sağlık hizmetlerinde, temiz su ve kanalizasyon sisteminin yeterli olmasının önemli bir yeri vardır. Bu açıdan bir değerlendirme yapıldığında, sosyalist ülkelerin Avrupa'da en olumsuz konumdaki ülkeler olduğu görülür. 1988 yılında su şebekesine bağlı ev oranı kentsel yörelerde yüzde 95'in altında olan 9 ülkenin 6'sı (Çekoslovakya, Polonya, Macaristan, Romanya, Sovyetler Birliği, Yugoslavya), kırsal yörelerde yüzde 80'in altında olan 11 ülkenin 5'i (Polonya, Romanya, Yugoslavya, D. Almanya, Macaristan) sosyalist ülkelerdi. Kanalizasyon şebekesine bağlı ev oranı açısından ise durum şöyleydi: Kentlerde yüzde 90'ın altındaki 8 ülkenin 4'ü (Çekoslovakya, Macaristan, Polonya, Yugoslavya), kırlarda yüzde 70'in altındaki 21 ülkenin 7'si (Çekoslovakya, D. Almanya, Macaristan, Polonya, Romanya, Sovyetler Birliği, Yugoslavya) sosyalist ülkelerdi. Sosyalist ülkelerle sonunculukta yarışan Avrupa ülkeleri ise Türkiye, Yunanistan, Portekiz, Malta, İspanya'ydı (Van Oyen, 1990).

Koruyucu hekimlik açısından durumu yansıtan bir ölçüt de, hava kirliliğidir. Bu çerçevede, 1983 yılı itibarıyla sülfürdioksit emisyonlarına göre sıralama yapıldığında şu tablo ortaya çıkıyordu (UNEP/WHO, 1988).

Tablo 3 : Sosyalist Ülkelerde Kükürt Dioksit Emisyonları (1983)

Ülke	Sülfürdioksit emisyonları Miktarı (Bin ton/yıl)	1974-83 Arası Değişim Yüzdesi
1 — D. Almanya	4000	+ 78
3 — Polonya	3700	
4 — Çekoslovakya	3100	-11
9 — Macaristan	1460	
10 — Bulgaristan	1140	

9 — Sosyalist ülkelerde olumlu yaşanan bir deneyim, birinci basamak sağlık hizmetleri ile ilgilidir. Sovyetler Birliği "hastane-kent-klinik-hekim" merkezli Batı tıbbına ne kadar benzerse benzesin, özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri yönünden oldukça nitelikli bir tablo sergilemiştir.

Sağlık hizmetinin uç noktasında bulunan ve "Uchastok" diye bilinen ana birim, bir genel pratisyen (terapeviti), bir çocuk hastalıkları uzmanı, bir kadın doğumcu, hemşireler, çevre sağlıkçıları ve ebelerden oluşur. Bir uchastok, ortalama 3000 erişkin ve 1000 çocuğu kapsar. Bir uchastok hekimi, günde yaklaşık 3 saatini poliklinikte geri kalan süresinin de ev ziyaretlerinde (toplam 6,5-7 saat) geçirir. Ülkenin en uzak kesimlerine kadar uzanan birinci basamak sağlık kuruluşları Sovyet sağlık sisteminin en olumlu örnekleri sayılabilir (Aksakoğlu, 1978).

Birinci basamaktaki hizmetleri değerlendirme açısından, aşılama oranlarına bakmakta yarar var. 1986-89 yıllarında iki yaşın altındaki çocukların aşılama oranları yüzde 95-100 arasında olan 5 Avrupa ülkesinin 4'ü sosyalist ülkeydi (Arnavutluk, Bulgaristan, Çekoslovakya, D. Almanya). Aşılama oranı yüzde 80'in altındaki 11 ülke arasında yer alan, tek sosyalist ülke ise Sovyetler Birliği'ydi (Van Oyen, 1990).

10 — Hastalık ve ölüm oranları açısından, Sovyetler Birliği'nde devrim öncesine kıyasla olumlu gelişmeler kaydedilmiştir. Hem de sanayi ve tarımdaki üretim gerilemelerine karşın. 1925'de sanayi ve tarımdaki üretim, iç savaş koşulları nedeniyle 1913' deki düzeyin altına düşmüştür. Oysa, bebek ölümleri, devrim öncesine kıyasla yarı yarıya azalmıştır (Deacon, 1984).

Bu olumlu gelişme 1960'lı yıllara kadar sürmüştür. Örneğin, 1960'lı yıllarda, hatta 1970'lerin ortalarında bile, Orta Asya'daki Sovyet Cumhuriyetleri'nde bebek ölüm hızları, komşularına kıyasla 1/3 daha azdı (Soyer, 1993). Yine, 1960'lı yıllarda Avrupa yakasındaki Sovyet Cumhuriyetlerinde bebek ölümleri bazı Avrupa'lı komşularından daha azdı. Örneğin Portekiz (binde 65), Yunanistan (binde 34), İrlanda (binde 25), İspanya (binde 38), İtalya (binde 36), Avusturya (binde 28), Avrupa'daki Sovyet Cumhuriyetleri'nin gerisindeki ülkelerdi. Ancak, 1960'lı yıllardan sonra özellikle Asya'daki Sovyet Cumhuriyetleri'nde olumlu gelişme durmuş, hatta gerilemeler söz konusu olmuştur. Aynı şekilde Avrupa'daki Sovyet Cumhuriyetleri komşuları ile yarışabilen konumlarını yitirmeye başlamışlardır. Rusya'da 1967-1991 yılları arasında bebek ölüm hızı binde 25'den, binde 20'ye gerilerken, Avrupa'nın en kötü durumdaki ülkesi Portekiz'de bile aynı sürede ölüm hızı binde 65'den binde 11'e gerilemiş, OECD ülkelerinde bebek ölüm hızı binde 8'e düşmüştür (World Development Report; 1991 ve World Development Report; 1993).

11 — Bir başka ölçüt, doğumda beklenen yaşam süresidir. 1960'larda doğumda beklenen yaşam süresi yönünden Avrupa ülkelerine daha yakın bir perfor-

Tablo 4 : Sosyalist Ülkelerde Bebek Ölüm Hızı

Ülke	1960	1965	1970	1974	1986	1989	1991
Yugoslavya		72	56		30.7	24	21
Estonya	31.2	19.2 (1967)	20	17.6		—	14
Letonya	27	17 (1967)	23	19		—	16
Rusya Fed.	37.0	25 (1967)	23	23	25.1	—	20
Beyaz Rusya	34.9	21 (1967)	19	17		—	15
Macaristan		39	36		19	17	16
Litvanya	38	20.5 (1967)	19.3	19.4		—	14
Kazakistan	36.8	26 (1967)	26.7	29.2		—	32
Çekoslovakya		26	22		13.3	12	11
Ukrayna	30	18.4 (1967)	17.3	17.4 (1973)		—	18
Moldovya		—	16.8	24.4		—	23
Ermenistan	50	28 (1967)	26.7	21.4		—	22
Bulgaristan	31		27		14.7	13	17
Polonya	42		33		17.5	16	15
Türkmenistan	—		32.4	46.4		—	56
Azerbeycan	43	38 (1967)	24.1	20.7		—	33
Gürcistan	36.8	29 (1967)	21.3	33.9		—	16
Kırgızistan	30	43 (1967)	25.3	24.1		—	40
Romanya		44	49	27	23.9		27
Özbekistan	28	31 (1967)	40	45.5		—	44
Tacikistan	30	38 (1967)	46.7	51.8		—	50
OECD Ülkeleri	—	24	20	—		8	8
Dünya Ülkeleri	—	92	85	—		54	53

(World Development Report; 1991, World Development Report; 1993, Navarro; 1992)

mans gösteren sosyalist ülkeler, 1970'lerde bu ülkelerden daha olumsuz bir konuma gelmişlerdir. 1960'larda sosyalist ülkelerde ortalama yaşam süresi 66'yken, Batı Avrupa'da bu ortalama 70 idi. Bu süre 1970-75 yılları arasında Sovyetler Birliği'nde erkekler için 66.5 ve kadınlar için 74.3'ken, İngiltere'de 1977'de sırasıyla 70.2 ve 76.3 yıldır. 1990'a gelindiğinde Rusya'da 71 olan süre, İngiltere'de ortalama 76 yıldır (Ana Britannica; 1986 ve World Development Report; 1993).

Tablo 5 : Sosyalist Ülkelerde Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (1960-1990)

Ülke	1960	1990
Tacikistan	—	65
Özbekistan	—	67
Kırgızistan	—	68
Gürcistan	—	72
Azerbeycan	—	69
Türkmenistan	—	64
Ermenistan	—	72
Kazakistan	—	68
Romanya	63	70
Polonya	65	71
Bulgaristan	67	73
Moldovya	—	69
Ukrayna	—	72
Çekoslovakya	70	72
Litvanya	—	72
Macaristan	68	71
Beyaz Rusya	—	73
Rusya Fed.	—	71
Arnavutluk	51	70
Yugoslavya	59	71
Orta Doğu Ülk.	44	61
Gelişmiş Pazar Ek.	70	76
Dünya Ortalaması	53	65

12 — Ölüm nedenleri incelendiğinde, Sovyetler Birliği'nde ve sosyalist ülkelerde bulaşıcı hastalıklara bağlı ölümlerin zaman içinde azaldığı, buna karşın kalp-damar hastalıkları ve kanserden ölümlerin hem mutlak, hem de nisbi olarak arttığı görülmüştür (Cooper and Shatzkin; 1982).

Sosyalist ülkelerdeki bulaşıcı hastalıklara bağlı ölümler, özellikle Avrupa'da azalmasına karşın, Litvanya, Belorusya, Ukrayna vb. dışında gelişmiş kapitalist ülkeler ortalamasının altına inememiştir. Diğer yandan kronik hastalıklara bağlı ölümler Batı'dakilerden çok fazladır. Üstelik eski sosyalist ülkelerde bulaşıcı olmayan hastalıklardan ölüm hızları, dünya ortalamasının da üzerine seyretmektedir.

Tablo 6 : Sosyalist Ülkelerde Ölüm Hızları (1985-1990) (Yüzbinde)

Ülke	Bulaşıcı Hastalıklar ve Perinatal Nedenler	Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar	Kazalar
Tacikistan	182	558	53
Özbekistan	137	601	65
Kırgızistan	124	651	95
Gürcistan	69	591	56
Azerbeycan	110	595	46
Türkmenistan	216	737	68
Ermenistan	60	580	66
Kazakistan	86	700	103
Romanya	93	685	65
Polonya	73	603	80
Bulgaristan	73	619	64
Moldovya	54	704	104
Ukrayna	32	673	93
Çekoslovakya	51	646	62
Litvanya	25	598	107
Macaristan	55	690	90
Beyaz Rusya	28	625	90
Rusya Fed.	47	704	115
Yugoslavya	87	559	68
Orta Doğu Ülk.	116	619	72
Eski Sosyalist Ülke.	52	658	94
Gelişmiş Pazar Ek.	47	416	49
Dünya Ortalaması	187	626	84

(World Development Report, 1993)

Aynı olgu, kazalara bağlı ölümler için de geçerlidir (World Development Report; 1993). Bu durum, "kapitalist toplumu andıran bir sosyal çevre"nin varlığı ile açıklanmaktadır (Cooper ve Schatzkin; 1982).

Kalp-damar hastalıklarına bağlı ölümlerde sosyalist ülkeler önde geldikleri gibi, bu ülkelerde 1970-85 yılları arasında artış da gözlenmiştir. Bu süre içinde tüm Avrupa ülkelerinde ölüm hızları düşerken, sosyalist ülkelerde kalp damar hastalıklarına bağlı ölümlerde düşme sadece D. Almanya'da görülmüştür. Kadınlardaki durum da, erkeklerden farklıdır. (Uemura and Pisa; 1988).

Tablo 7 : Sosyalist Ülkelerde 30-69 yaş erkek nüfus arasında kalp damar hastalıklarına bağlı standardize ölüm hızları (1970-85).

Ülke	Standardize Ölüm Hızı (Yüzbinde) 1985	Değişim Oranı (1970-85)
1. Macaristan	651	+ 29.5
2. Çekoslovakya	590	+ 9.2
3. Sovyetler Birliği (1986)	579	
4. Polonya	564	+ 35.7
5. Bulgaristan	529	+ 49.3
9. Romanya (1984)	500	+ 23.7
11. Yugoslavya (1984)	441	+ 34.9
14. D. Almanya	407	— 0.6

Kronik hastalıklarla çok yakın ilişkisi olduğu bilinen sigara kullanımı, sosyalist ülkelerde diğer Avrupa ülkelerine kıyasla daha yaygındır. Örneğin, 1985 yılında erkek nüfusun yüzde 50'sinden fazlasının sigara kullandığı 7 ülkenin 3'ü (Çekoslovakya, Polonya, Romanya) sosyalist ülkelerdi. Yine, 1980-86 yılları arasında sigara tüketiminin artış gösterdiği 15 ülkenin içinde Çekoslovakya, Bulgaristan, D. Almanya, Romanya ve Sovyetler Birliği bulunmaktaydı (Van Oyen, 1990).

13 — Toplumsal olumsuzlukların bir göstergesi olarak kabul edilen, tüberküloz hastalığı sosyalist ülkelerde, Avrupa'daki komşularına kıyasla yaygındır. 1990'da dünyada tüberküloz insidensi yüzbinde 142'yken bu oran gelişmiş pazar ekonomisine sahip ülkelerde 20, eski sosyalist ülkelerde 52'dir. Ayrıca Tacikistan (yüzbinde 133) ve Ermenistan (yüzbinde 127) bu konuda en olumsuz konumda olan ülkeler arasındadır. (World Development Report; 1993)

14 — Sağlık hizmetlerinin planlı olarak verilmesi yönünden, sosyalist ülkeler olumlu örnekler sergilemişlerdir. Sovyetler Birliği'nde planlama, üç kademe yapıydı. Merkezi otoriteler (Bakanlar, Sovyetler, işçi delege sovyetlerinin yürütme kurulları), planlama otoriteleri (Cumhuriyetlerin Devlet Planlama Komisyonları "GOSPLAN", Oblast ve Rayon planlama komisyonları), Cumhuriyet ve Yerel Sağlık Otoriteleri. Beş yıllık ulusal ekonomik planlar çerçevesinde ele alınan sağlık planları, diğer sektörlerle uyum içinde hazırlanmaya çalışılırdı. Plan taslağının, Rayon düzeyinde hazırlandığı, yukarı doğru GOSPLAN'a kadar iletildiği, burada son şeklini aldıktan sonra yasalaştığı belirtilmektedir. Denetlenmenin de, her kademe işçi delege sovyetleri ve bunların yürütme komiteleri tarafından yapıldığı iddia edilmektedir (Aksakoğlu; 1978).

Sağlık hizmetlerinin planlanması bağlamında, planlamadan hizmetlerin yürütülmesine kadar toplumsal denetimi de önemli bir olgudur. Özellikle Sovyetler Birliği'nin ilk dönemlerinde, tüm üretim süreçlerinde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de olumlu deneyimler yaşanmıştır. Başlangıçta sorun, iki önemli noktada düğümlenmiştir. Birincisi, sağlık kurumlarının denetiminin, bu kurumlarda çalışanların seçimle işbaşına getirdiği yöneticilerce mi, genel merkezi planın ve politikanın temsilcisi olarak merkezden atanan, genellikle de Komünist Partisi üyesi yöneticilerce mi yapılacağı noktasıdır. Yerel Sovyetlerin diğer işyerlerinde olduğu gibi sağlık kurumlarındaki etkinliği giderek ortadan kalkmış, sonuçta "her kurumun, o kurumun demokratik olarak seçilen işçi komitelerince denetlenmesi" uygulamaları bırakılmış, Sovyetlerin merkezi olarak de-

netlenen ve komünist partinin doğrudan uzantısı haline gelmesi sürecine paralel olarak sağlık kurumlarında değil demokratik denetim, etkin işçi katılımının bile hiçbir kalıntısı kalmamıştır (Navarro; 1977).

İkinci sorun, başta hekimler olmak üzere sağlık personelinin ayrıcalıkları ve bu ayrıcalıklarından ileri gelen sağlık kurumları üzerindeki kontrol güçleriyle ilgiliydi. Bu durumun, sağlık kurumlarının ve toplumun demokratikleşmesi önünde engel olduğu varsayımı ile, Bolşevik Hükümeti, sağlık personelinin bazı ayrıcalıklarını kısıtladı. Sağlık kurumlarında yapılan seçimlerde, mesleki hiyerarşideki yer gözletilmemiş, demokratik seçimle gelen her sağlık personeli yönetici olabilmıştır. Bu "deprofesyonelizasyon" süreci, komünist partinin toplumun katılım kanallarını kurularak tek egemen güç haline gelmesi çerçevesinde kesintiye uğramış, hekimlerin mesleki etkinliği sağlıkta belirleyici olmaya başlamıştır. Sağlık Bakanlığı, giderek üst düzeyde kurumsallaşmış hekim mesleğinin etki alanına girmiş, yöneticilerin çoğu uzman hekimlerden oluşmuş ve hekim-hemşire ücretleri arasındaki oran açılmış, 1/10'a kadar yükselmiştir (Navarro; 1977).

Sovyetler Birliği'nde sağlık sistemi, sanayileşmenin gerekleri ve tıp uzmanlarının akademik çıkarları temelinde merkezi olarak denetlenir hale gelmiştir. Sağlık hizmetlerini yerel yada merkezi düzeyde yürütenlerin büyük bölümünün, uzman tıp mensupları olması, sağlık hizmetlerinin yönetiminin tıp mesleğine aşırı bağımlılığını getirmiştir. Bir diğer bağlantı, bu yöneticilerin hemen tamamının komünist parti üyesi yada partinin önerdiği insanlar olmaları ile ilişkilidir. Dolayısı ile, sağlıktan sorumlu yöneticilerin, komünist partiye olan sorumlulukları, diğer sorumluluklarının önüne geçmiştir. Çalışanların aktif katılımı yerine, parti kadrolarının katılımı ve partinin denetimi, sonuçta sağlık hizmetlerinde de belirleyici olmuştur. Bir de, uzman ve ayrıcalıklı sağlık personelinin ... (Soyer; 1990).

Macaristan'da sağlık hizmetlerinin planlaması ve denetimi, Sovyetler Birliği'ndekine benzemektedir. Macaristan'da da, genellikle parti üyesi olan ve uzman sağlık personeli, ülke düzeyindeki tek tip hizmet sağlamak için ayrıntılı normlar içeren kılavuzlar yukarıdan aşağı tebliğ ederek sağlık hizmetlerini yürütmeyi tercih etmişlerdir. Sağlık hizmetlerinin denetimi ise, çoğunluğu hekim ve temelde komünist partiye karşı sorumluluğu olan sağlık bakanlığı görevlilerince yapılmıştır. Kısmen sendika temsilcilerinin denetime katılma olanağı olsa da, halkın önemli bölümünün bu hakkı söz konusu olmamıştır (Kaser; 1976). Macaristan'da ve diğer D. Avrupa ülkelerinde

bireyci eğilimleri azaltıcı etkisi olan kolektif hizmetlerin ve bireysel - toplumsal insiyatiflerin yaratılmasında önemli yeri olan toplu davranış ve duyguların güçlendirilmesi pek yaşanmamış, gelişim söz konusu ülkelerdeki sosyal yaşamın apolitik ve bireyci olması yönünde olmuştur.

Polonya'da sağlık hizmetlerinin planlanması, önemli ölçüde halkın değil "nomenklature" sistemdekilerin elinde olmuştur. "Nomenklature" sisteminde yer alanlar, yaptıkları planlarda gerçeği yansıtmaktan çok, ortaya çıkmış çıkar gruplarının "dengelenmesi" temelli "politik" planlar yönelmişlerdir. (Millard; 1981 ve Vale; 1981).

15 — Sosyalist ülkelerde sağlık hizmetleri, devlet aracılığı ile sunulmaktaydı. Sağlık hizmetlerinin sunumundan yerel düzeyde sorumlu ise, devlet adına yerel konseyler olmuştur. Sağlık hizmetlerinin sunumu konusu, işyerleri temelindeki sağlık merkezleri özel bir önem taşımıştır. Sovyetler Birliği'nde daha 1920'lerin sonlarından itibaren, sanayi kuruluşlarında kuruluşların büyüklüğüne göre bir hemşireden 100 yataklı bir hastaneye kadar değişen çok sayıda işyeri sağlık merkezi kurulmuştur. Bunlar, yerel Sovyetler tarafından yürütülen sağlık hizmetlerinden, örgütsel olarak da ayrıldılar. Bu merkezler, daha çok, üretim kayıplarını önlemeye yönelik politikanın bir parçası olarak gündeme gelmişlerdi. Ancak, sanayileşmenin talepleri ile işçilerin sağlık gereksinimleri bir dereceye kadar çakışıyordu. Daha sonra, ikisi arasında çelişkiler derinleştikçe, yöneticiler ağırlığı sanayileşme taleplerine kaydırdılar. İşyerleri temelli sağlık örgütlenmesi gibi, çok önemli ve işlevsel yaklaşımın, sanayileşmenin yerel çıkarları uğruna giderek içi boşaltıldı (Deacon; 1984).

Sosyalist ülkelerde, özel sektörün yerinin olmadığı saptaması yapılmakla birlikte, bazı durumlarda biraz da "yasal olmayan" uygulamalar biçiminde öne çıkabilmiştir. Örneğin, kürtaj birçok D. Avrupa ülkesinde bir dönem yasal olmamasına karşın, devlet kurumları dışında yaygın uygulama olanağı bulmuştur. Ayrıca, özel sağlık kurumları ya da büyük kentlerde özel poliklinikler vardı (Plantaya poliklinika). Bu polikliniklerde, hekimler özel olarak paralı muayene yapabilirlerdi. Ancak, bu sağlık kuruluşlarının sorumluluğu da, yerel yöneticilere aitti. Çok yaygın olmamasına karşın, bu özel sağlık kuruluşları bugün D. Avrupa'da egemen olmaya başlayan "parayı veren, daha iyi sağlık alır" anlayışının yaygınlaşmasında çok önemli işlev görmüşlerdir. Bu arada, devlet hastanelerinde sağlık personeline "kapı arkası" ek ödemelerin yapıldığı da yaygın bilgiler arasındadır. Örneğin, bu ödemelerin 5-25 rubleden,

500 rubleye kadar değiştiği saptaması yapılmıştır (Kaser; 1976).

Macaristan'da da sağlık hizmetleri genelde devlet sorumluluğu altında olmasına karşın, özel hizmet de söz konusuydu. Ayrıca, hekimlere -devlet kuruluşlarındaki- hergün bir saat özel çalışma izni verilmişti. Bu izin, zamanla bir saati aşmıştır. Örneğin, toplam 25 bin doktorun 4 bininin özel çalıştığı ve bu çalışma ile devletten aldıklarının iki katı kadar gelir ettikleri saptanmıştır (Deacon; 1984).

16 — Sovyetler Birliği'nde hekimlik mesleğinin, statü olarak Batı'dakine kıyasla daha düşük olduğu belirtilmekle birlikte, tıbbi işbölümünün özde aynı olduğu belirlemesi vardır. Ancak, Sovyetler Birliği'nde kırsal alanda uygulanan feldsher sistemi, bu konuda farklılık arz etmektedir. Feldsher, orta öğretimden sonra 3-4 yıl tıp eğitimi görmüş, yardımcı nitelikte sağlıkçılara verilen bir addir. Görevleri arasında koruyucu hizmet, aşılama, ilk yardım, gastroenterit, üst solunum yolu enfeksiyonu gibi bazı hastalıkların tedavisi, evde bakım, hasta sevki, sağlık eğitimi sayılabilir (Aksakoğlu; 1978). Bilinenin aksine, feldsher sistemi, sosyalist bir buluş değil, devrim öncesinin bir kalıntısıdır. Sonradan vazgeçilen ilk Bolşevik politikaları da, ikinci sınıf olarak nitelendirilen bu "hekimler"den kurtulmayı amaçlıyordu (Deacon; 1984).

Sovyetler Birliği'nde sağlık politikasının, sosyalist tıbbın, tıp pratiğinin, işbölümünde yatay ve dikey anlamda değişikliklerin gerçekleşmesi biçiminde yeniden tanımlanması gerektiğini kavradığını -başlangıçta da olsa- ancak bunun yaşama geçirilmesi konusunda aynı çabayı göstermediği söylenebilir. Uzmanlaşma eğilimi, mekanik tıp anlayışı ve teşhisçi poliklinik yaklaşımı giderek baskın hale gelmiştir. Sağlık Bakanlığı yetkililerinin; teşhis ve tedavisi karmaşık olan hastalıklar karşısında yüksek nitelikli bir bakımın sağlanması, "herşeyden anlayan, geniş bir temeli olan bir hekim"ce mümkün olamayacağı iddiası, hastaların ihtiyaçları yerine, açıkca akademik uzmanlaşmayı destekleyen bir tıbbi çıkarı ve algılamayı göstermektedir. Hekimlere "bahşiş" verilmesinin sık olduğu, buna karşın hekimlerin şikayet edileceği yeterli sayıda bağımsız kurumun olmadığı da belirtilmiştir. Bu çerçevede, Sovyetler Birliği'nde kapitalist tıp pratiğinin içerdiği ilişkilere, alternatif uygulamaların olmadığı iddiasının haklılık kazandığı söylenebilir. Navarro; Sovyetler sağlık sistemine Batı'da olduğu gibi "teknolojileşme, depolitizasyon, hastaneleşme ve kentleşme"nin hakim olduğunu ileri sürmüştür (George ve Manning; 1980 ve Navarro; 1977)

17 — Sağlık hizmetlerinden eşit yararlanmak, sağlık hizmetlerine sosyalist yaklaşımın en temel ilkesidir. Bu bağlamda, Sovyetler Birliği'nde oldukça eşitsiz olan bölgeler arası sağlık hizmetleri dağılımı konusunda, özellikle ilk yıllarda önemli adımlar atılmıştır. Büyük ölçüde merkezi planlama ile, bölgelerin sağlık ihtiyaçları giderilmeye çalışılmıştır. Buna karşın, kaynakların kentsel alanlarda yoğunlaşması önlenememiştir. Örneğin, tüm ülkede 10 bin kişiye 2.3 hekim düştüğü dönemde, Moskova'da bu sayı 76'ydı (Navarro; 1977).

Gerçi kaynakların kentlerde yoğunlaşması, işyeri temelli sağlık kuruluşları ile birlikte düşünüldüğünde, kentteki işçi sınıfının yararına olduğu yorumu da yapılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, başlangıçta işçi sınıfının ihtiyaçlarına göre düzenlenmiş, örneğin kentlerde hizmet veren devlete ait polikliniklerin pazar günleri de açık olması sağlanmıştır. Eşitsizliklerin giderilmesi amacı ile işçi sınıfından yana bu olumlu uygulamalara karşın, "Kremlouha" diye adlandırılan, sadece devlet ve parti yöneticilerine hizmet veren klinik ve hastaneler de vardır. Bunun yanı sıra, bilim adamları için de böylesi ayrıcalıklar söz konusudur. Ayrıcalıklar burada bitmemekte, bu hizmetlerden yararlananlar ilaçları edinirken de ayrıcalıklarını sürdürmektedirler. Bu kesim, ilaçlarını sadece kendilerine hizmet sunan "Sagrytie raspredieti" adlı dükkanlardan temin etmektedirler. (Deacon; 1984).

Eşitsizlik konusunda bir önemli nokta, hizmetin ücretsiz olmasıdır. Oysa ilaç, diş, gözlük, protez vb. kısmen yada tamamen paralıdır. Sadece gençler ve sakatlar, bu durumdan muafıdır. Örneğin, 1979'da ilaç maliyetlerinin yüzde 30'u halkın cepten ödemeleri ile karşılanmıştır (Kaser; 1976).

Macaristan'da da yönetici, akademisyen, işletmeci "elit" için, "halka kapalı" hastane ve kliniklerin varlığı söz konusuydu. Örneğin, Budapeşte'deki Devlet Merkez Hastanesi (Kutwolgyi), bu ayrıcalıklı sağlık merkezlerinin en bilineniydi. Ek olarak hastalar aldıkları ilaçların maliyetinin yüzde 15'ini ceplerinden karşılamaktaydılar. Sağlık personelinin ülke düzeyinde dağılımının eşitsiz olması, yoğunlaşmanın Budapeşte'de görülmesi, dağınık kırsal bölgelerde yaşayanların yeterli sağlık hizmetlerine ulaşamadığı, eşitlik iddialarıyla çelişen noktaları. Bu arada bazı olumluluklardan söz etmekte yarar var. Kol işçilerinin iş saatleri dışında da sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi amacı ile, sağlık kurumlarının mesai saatlerini ayarlamaları, doğum öncesi gebelik kontrollerinin oldukça düzenli olması, her doğum için teşvik ücreti ödenmesi... Ücretsiz sağlık hizmetinin savunucuları, bunu nispeten az gelir sa-

hiplerinin ücret ve yaşam düzeyleri üzerinde olumlu bir etki yapması noktasında savunmaktadır. Gerçekten, varolan sınıflararası eşitsizliğin, bir parça azaltılması amacıyla devletin alt sınıflar lehine düzenlemeler yapması, savunulması gereken bir durumdur. Ancak bu yapılırken, aynı devletin hiyerarşinin üst kademesinde bulunanlara imtiyazlı kurumlar, hizmetler sunması kabul edilebilir değildir. Örneğin, Budapeşte'de yapılan bir araştırmada, bir hastaneye bir yılda yatanların yüzde 40'ının "acil" olduğu saptanmış, nedeni bazı ayrıcalıklı üst düzey bürokratların "acil" gerekçesiyle hizmetten yararlandırılmasıymış... Sağlık hizmetlerinden yararlanmada sosyal sınıflararası eşitsizliğe bir başka kanıt da, kol emeği ile geçinenlerin ölüm yaşının, diğer çalışanlara kıyasla düşük olması (1974'te kol emeği ile geçinenlerin ortalama ölüm yaşı: 46.3, diğer çalışanlarıki: 49.3) ve kol emeği ile geçinenlerde bebek ölüm hızının (binde 35.6) diğer çalışanlardan yüksek olması (binde 29.2). (Kaser; 1976 ve Deacon; 1984).

Polonya'da da özel kliniklerden, ayrıcalıklıların yararlanması bir kural gibiydi. Devlet hastaneleri ve yerel yönetim hastaneleri aşırı kalabalık ve koridorlarda ölümler ile, olağan bir görünüm arzederken, parti ve devlet yöneticilerinin ayrıcalıklı hastanelere gitmesi, kağıt üzerindeki eşitliğin ne hale geldiğini göstermekteydi. Devletin sağlık hizmetlerine uzun süredir yatırım yapmaması, sağlık personeline çok az ücret verilmesi gibi nedenlerle, halkın önemli bir çoğunluğu iyi hekimlere ve iyi sağlık kurumlarına ulaşamaz olmuştu. Sağlık kurumları rüşvet vermeden iş yapamaz duruma gelmişti. Teorik olarak ücretsiz olan hizmet, halkın sağlık personeline tedavi olabilmek için para vermesinin meşrulaşması ile geçersiz kılınmıştı. Bu çerçevede, halk gereği gibi sağlık hizmeti görebilenler ve göremeyenler olarak -para temelinde- ayrılmıştı. Giderek, ikinci grubun büyüme eğilimi gösterdiği, halkın büyük kesimi için bir uzman hekim tarafından tedavi edilebilmenin oldukça uzak olduğu belirtilmişti. İmtiyazlıların gittikleri klinikler, diğerlerine normal bir hizmet verildiğinde belki bir parçaya kadar tolere edilebilir. Ancak yapılan bir hesaplama, büyük parasal sıkıntılar içinde olan bu ülke için, çelişkinin ne düzeyde olduğunu göstermekte: İmtiyazlı kesimin gittiği bir klinikte 120 kişinin sağlık hizmeti görmesi için ayrılan para ile, sıradan bir hastanede 1100 kişiye sağlık hizmeti verebilmenin mümkün olduğu belirlenmiş (K.O.R.; 1981). İmtiyazlılar arasında sadece parti ve devlet yöneticileri değil, işçi sınıfının temsilcisi olduğu iddiasındaki sendikacılar da var. Dayanışma, neden bir bağımsız sendika olarak çıktı sorusuna yanıtta, bir ipucu olabilir de...

18 — Bir önemli ölçüt de, kadınların sağlık hizmetlerindeki yeri ve konumudur. Bu açıdan, Sovyetler Birliği'nde kadınların sağlık hizmetlerine katılım düzeyi, Batı'dakine kıyasla yüksek olmuştur. Örneğin, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin yüzde 90'ı, üniversite mezunu olmayan sağlık işçilerinin yüzde 70'i, yöneticilerin ise yüzde 50'si kadındı. Toplam sağlık işgücünün de yüzde 85'inin kadın olması söz konusuydu. Ancak, bu olumlu görünüm kıdem yükseldikçe dağılmıştır. Tıp alanındaki profesörler arasında kadınların oranı sadece yüzde 20'ydı. Uzmanlar arasında kadınların oranı düşük olmuştur. Tıp eğitimi görenlerin ise, yüzde 54'ü kadındı. (Navarro: 1977 ve Buckley; 1981)

Kadınlar ile ilgili bir başka konu, bu alandaki kadın haklarıdır. Örneğin, kürtaj hakkı, Sovyetler Birliği'nde 1930-60 yılları arasında yasaklanmıştı. Ancak, daha sonraki demografik değişiklikler, bu politikanın değişmesine yol açmıştır. Bu arada doğumların hemen tamamının hastanelerde gerçekleşmesi, kadınlar (ve toplum) açısından önemli bir olumluluktur. Yine işçi kadınlara anne rolünün yüklenilmesine tepkiler sonucu, birçok yerde genetik ve psikolojik danışma merkezleri oluşturuldu.

Genel olarak Sovyetler Birliği'nde doğumlar ve "mutlu" evlilikler, devletin "aile politikası" doğrultusunda teşvik edilmiştir. Ancak, Sovyetler Birliği'nde biyolojik bir olgu olarak yeniden üretim ile toplumsal olarak öğrenilmiş roller olarak çocuk bakımı ve ev kadınlığı arasındaki ayrıma Batı'daki kadar duyarlı olunamadığı belirtilmiştir. Dişiliğin, analık ve evcillikle eşitlenmesi yönündeki anlayış, bu ülkede de geçerli olmuş, bu alandaki uygulamalar önemli ölçüde muhafazakar varsayımları yansıtmıştır (David; 1979, Lapidus; 1978 ve Navarro; 1977).

Macaristan'da, Sovyetler Birliği'ndeki kadar olmasa da, kadınlar sağlık personeli arasında önemli bir orana sahip olmuşlardır. 1949'da tıp fakültesi mezunu kadınların oranı yüzde 17.2'yken 1973'de yüzde 40.4'e ulaşmıştır. Ancak yönetici konuma ulaşmada, kadınlar açısından eşitsizlik söz konusudur. Kürtaj, 1974'de, o da ancak üç hekimin, "gayri meşruluk, boşanma, geçimsizlik, yaşı 35'in üzerinde olması vb." gerekçelerle, karar vermesi ile yapılabilir hale gelmiştir. Buna tepki duyan kadınlar ise, çeşitli yollarla baskı altına alınmaya çalışılmıştır. Örneğin, kürtaj konusundaki engellere karşı yürütülen bir kampanyanın lideri olan kadın ve eşi, "karşı devrimci" faaliyetleri nedeniyle işlerinden atılmışlardır. Sağlık personelinin bir bölümü de, kürtaja ahlaki açıdan karşı olmuşlar, bu görüşlerini meşrulaştırmak için, eski-mode kürtaj tekniklerinin ne denli riskli olduğu ve kürtajın kadınları küçültü-

cü bir süreç olduğu noktasından yola çıkmışlardır (Deacon; 1984). Polonya'da da, tıbbi pratiğin cinsiyetçi içeriğine ilişkin yeterince veri olduğu belirtilmektedir. Ailenin istikrarı, kürtajın denetimle yapılması, evli olmayan kadınlara kürtajın yapılmasının engellenmesi, ahlaki gerekçelerle savunulmaktaydı (Millard; 1981).

Kadınların sağlık konusundaki durumlarını yansıtan bir başka ölçüt de, "maternal mortalite"dir. Sosyalist ülkelerin Avrupa'da anne ölümleri sıralamasında önde gelmeleri, bir başka olumsuzluktur (Van Oyen; 1990).

Tablo 8 : Avrupa'da Sosyalist Ülkelerde Anne Ölüm Hızı (Yüzbin canlı doğumda) (1980-87)

Ülke	1980	1987	Fark(%)
1 - Romanya	123.1	148.8	+ 21
3 - Bulgaristan	21.1	25.0	+ 23
4 - Macaristan	20.9	13.5	-35
7 - Yugoslavya	17.8	16.4	- 8
9 - D. Almanya	17.5	12.4	-29
13 - Polonya	11.7	15.9	+ 36
16 - Çekoslovakya	9.2	10.9	+ 18
Sovyetler Birliği	—	47.8	

Sosyalist ülkelerdeki anne ölümlerinin içinde düşüklere bağlı olanların oranları, diğer Avrupa ülkelerine kıyasla yüksek olmuştur (Van Oyen; 1990). Örneğin, 1986'da düşüklere bağlı ölümler, toplam anne ölümleri içinde Çekoslovakya'da yüzde 40, Sovyetler Birliği'nde yüzde 29, D. Almanya'da yüzde 25, Macaristan yüzde 15, Yugoslavya'da yüzde 13, Polonya'da yüzde 12 oranındaydı (Aynı yıl Danimarka, Finlandiya, Norveç, İsveç gibi ülkelerde bu oran 0'dı.)

19 — Doğu Avrupa ülkelerindeki sağlık sistemlerinin, 16 temel ölçüte göre yapılan değerlendirilmesinde, Sovyetler Birliği'nde 5 tam-2 yarım, Macaristan ve Polonya'da ise 4 tam (ayrıca Macaristan'da 3 yarım, Polonya'da 1 yarım) gerçekleşme olduğu -oldukça niceliksel bir zorlama da olsa- belirlenmiştir. Her üç ülkede de ortak olan, gerçekleştiği varsayılan "sosyalist" ilke şunlardır: Merkezi planlama, sağlık hizmetlerinin devlet tarafından sunulması, hekimlerin diğer personele ve halka karşı statüsünün nisbeten düşük olması -Batı'ya kıyasla- kadınların sağlık hizmetlerinde daha çok oranda istihdam edilmesi. Sovyetler Birliği'nde ayrıca, insangücü ve hastane yatağı kaynağı açısından, sosyalist anlayışa uygun bir dağıtımın olduğu da ileri sürülmektedir. 1917-21 dönemi Sovyetler Birliği ise, farklı olarak, koruyucu hizmetlere ağırlık vermesi, sağlık hizmetlerinin yerel insiyatiflerce denetlenmesi yönünden de sosyalist kabul edilmektedir (Deacon; 1984). Yalnız, bu olumlu olduğu ileri sürülen belirlemeler giderek gerilemiştir. Örneğin, hekimlerin statüsünün giderek Batı'

dakine benzer ayrıcalıklı bir düzeye ulaştığı, kadınların mesleki statülerinin gerilediği, tıp uzmanlarının merkezi politika üzerinde etkilerinin arttığı gibi gelişmeler yaşanmıştır.

Tüm bunlara bakarak, Sovyetler Birliği'nde ideal bir sosyalist sağlık sisteminin yaşandığından söz etmemiz, hele hele sınıfsız topluma giden bir alternatife sahip olduğunu söylememiz çok zordur. Sistemin taşıdığı ve giderek aşınan olumsuzluklar, büyük ölçüde devrimin ilk yıllarındaki yaklaşımların kazanımlarıdır. Gerçekten sosyalist bir sağlık sistemi anlayışı oluşturulmak isteniyorsa, bu ağırlık olarak, kapitalist tıp anlayışından temel bir kopuşun sağlanması ile olanaklıdır. Sağlığı etkileyen toplumsal ve üretken yaşamın tüm yönleriyle (çalışma koşulları, yaşam koşulları, beslenme alışkanlıkları, ilişkiler vb.) ilgili olmalıdır alternatif sağlık anlayışı. Sovyet sağlık sistemi, hastalık yapılarında benzerliğinden, sistemin toplumsal yaşamın tüm yönlerini kapsamamasına kadar, kapitalist sağlık sistemine giderek daha fazla benzemeye başlamıştır (Soyer; 1990).

Bu ülkelerde sağlık hizmetlerinin vaat ettiği sosyalist ilkelerden uzaklaşmasına tepki olarak, bazı alternatif öneriler gelişmiştir. Örneğin Macaristan'da bir kesim sağlık hizmetlerinde varolan eşitsizlikler konusunda hizmetlerin daha kolay ulaşılabilir hale getirilmesi, kaynakların kır ve kent işçilerinin yaşadıkları ortamların yararına yeniden dağıtımını, özel sağlık hizmetlerinin kaldırılması, işyerlerinde koruyucu hekimliğe gerçekten önem verilmesi, yoksullar için yaşam ve eğitim standartlarının demokratik olarak iyileştirilmesi, halkın katılımına olanak verebilecek şekilde hizmetin demokratikleştirilmesi, halkın hekimlere danışarak kendi kendini iyileştirmeye daha çok yönelmesi ve böylelikle tıp mesleğinin profesyonellikten arındırılmasını savunmuştur. Diğer bir kesim ise, sağlık hizmetlerinin devlet üzerindeki yükünü hafifletmek amacı ile, bir bölüm hizmetin özel sektöre ve devlet hizmetlerinin koruyucu hekimliğe kaydırılması gibi açıkca antisosyalist yaklaşımları savunmuştur (Deacon; 1984).

Polonya'da da; Deneyim ve Gelecek Grubu raporları, Eylül 1979 İşçi Hakları Bildirgesi, Ağustos 1980 Gdansk anlaşması, Ekim 1981 Dayanışma Konferansı programı, Aralık 1981 raporu vb. gibi belgelerde sağlık hizmetlerinin içinde bulunduğu olumsuz duruma alternatif arayışları vardır. Bunlar öz olarak; sağlık hizmetleri için daha fazla kaynak ayrılması, koruyucu hekimliğe daha fazla öncelik verilmesi, iş güvenliği ve çevre korunmasına önem verilmesi, yerel inisiyatiflere ağırlık verilmesi, sağlık hizmetlerinden ayrıcalıklı olarak yararlanmanın engellenmesi, sağlık hizmetlerine ayrılan ödeneklerin adil dağıtıl-

ması vb. gibi talepler içermektedir. Yine, sağlık çalışanlarının ücret artımı, mesleki risklere korunma, sosyal taleplerini anımsatmakta ve gereksiz kırtasiye işleri ile uğraşan idari binaların sağlık kurumlarına dönüştürülmesi, yetersiz ve rüşvetçi sağlık personelinin görevden alınması, çevreye olumsuz etkisi olan işyerlerinin kapatılması, sağlık kurumlarının ve tıbbi donanımın çalışanlarca demokratik olarak denetlenmesi gibi taleplerin olduğunu eklemede yarar var. (Vale; 1981 ve K.O.R.; 1981).

20 — Tüm eksikliklerine karşın, birçok alanda olumlulukları barındıran sosyalist ülkelerin sağlık sistemlerinde, 1989 sonrası çok önemli değişiklikler yaşanmaya başlamıştır. Sosyalist sistemlerin çöküşünden sonra, girilen ekonomik-toplumsal süreç, bu ülkelerde "ekonomik büyümenin yeniden başlatılması ve iş imkanları yaratılmasına verilen öncelikler" nedeniyle eğitim ve sağlık hizmetlerine daha fazla harcama yapılmamasını getirmiştir. Girilen yeni süreç, ekonomide ve istihdamda daralmaya yol açmıştır. Bu durumdan en fazla sağlığa ve sosyal hizmetlere ayrılan merkezi fonlar etkilenmiştir. Büyük kamu işletmelerinin çoğunun çökmesi, ücretle geçinen insanların işsiz kalmasına yada eskiye kıyasla daha az sosyal güvence altında çalışmalarına neden olmuştur (d'Intignano; 1992). Sonuçta, vergilendirme ile finanse edilen sağlık hizmetleri, finansman açısından olumsuz etkilenmiş, eski sosyalist ülkeler istihdam-temelli sigorta sistemine geçmeye zorlanmaya başlamışlardır. İşçi, patron primleri ve genel vergilerden ayrılacak payla oluşacak sağlık sigortası, bu ülkelerde zorunlu uygulama haline gelmiştir.

Örneğin, 1993 yılı başında çıkarılan bir yasa ile sağlık sigortası yasası yürürlüğe girmiştir. Zorunlu olan temel sağlık hizmetlerinin dışında yüksek standartta hastane, ayaktan bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanmak isteyenler için gönüllü sigorta sistemi getirilmiştir. Çalışanlardan yüzde 8-12 oranında prim toplanması, ile oluşturulan bu sigorta sistemi henüz oturmamıştır ve çeşitli sorunlara sahiptir (Vienonen; 1993).

Rusya'dakine benzer bir sigorta sistemine 1991'de geçen Estonya'da ise, toplanan sigorta primleri yeterli olmamıştır. Üçte biri devlet bütçesince karşılanan sağlık harcamalarının gelecekte genel bütçe ve genel yönetimlerin bütçesinden oluşacak bir fonla karşılanması düşünülmektedir. Litvanya ve Letonya'da da sigorta fonlarının yeterli olmaması nedeniyle, genel bütçe ve hasta ödentilerinden geniş biçimde yararlanılmak durumunda kalmıştır. Beyaz Rusya ve Ukrayna'da yaşayanlar, Rusya Federasyonu'ndakine benzemektedir. Transkafkasya cum-

huriyetleri kargaşa içinde olmaları nedeniyle, henüz "reform"ları yaşayamamaktadırlar. Orta Asya Cumhuriyetleri ise, halen Sovyetler Birliği dönemindeki sağlık örgütlenmesi modelini kullanılmaktadır ve "reformlara" geçiş sürecini tartışmaktadırlar (Vienonen; 1993). Örneğin, Kazakistan'da 1992 yılında zorunlu sağlık sigortasına acilen geçilmesi gerektiğini ifade eden "Halkın Sağlığını Koruma Yasası" gündeme gelmiştir. Yine aynı yıl, sağlık sigortası yasa taslağı hazırlanmıştır.

Bu yasa ile zorunlu sigortanın temel sağlık hizmetlerini kapsamı, ek hizmetler isteyenlerin gönüllü sigortaya kaydolabilmesi, işçilerin işverenlerce sigortalanması, kendi hesabına çalışanların kendi kendilerini sigortalamaları, işsizlerin ve ödeme gücü olmayanların ise hükümetin sosyal servislerince sigortalanması öngörülmüştür. Ayrıca pazar ekonomisinin güçlendirilmesi, özel uygulamaya izin verilmesi, hastaya hekim seçme özgürlüğü tanınması, sağlık sigortası şirketleri ile sağlık hizmeti sunanların anlaşma yapabilmesi, temel sağlık hizmetlerine destek olunması da önerilmiştir. Daha sonra, 1993 yılında Ulusal Özelleştirme Programı kabul edilmiştir. Sağlıkta özel uygulamaya ilişkin bir yasa da hazırlanmaktadır (Vienonen et al.; 1993).

Macaristan'da da 1990 sonrası, tüm alanlarda olduğu gibi, sağlıkta da "reformlar" yaşanmaktadır. 1990'da kabul edilen Yerel Yönetim Yasası ile sağlık kurumlarının mülkiyeti ve sağlık hizmetlerinin sorumluluğu yerel yönetimlere devredilmiştir. 1991 yılında Ulusal Halk Sağlığı Hizmeti Yasası kabul edilmiştir. Bu yasa ile merkezi yapılar, sağlık politikalarının belirlenmesi ve koordine edilmesi görevi ile sınırlı bir konuma getirilmişlerdir. 1992 yılındaki sağlık sigortası yasası ise, zorunlu sigorta sistemini getirmiştir.

Böylelikle ilke olarak Macaristan'da tüm yurtaşların sigortalandığı bir sigorta sistemi yaşama geçirilmiştir. Kişiler bir "katkıda bulunan" veya "katkıda bulunanın aile üyesi"; veya bir emekli; veya işsiz; veya sosyal ihtiyaç içinde olan kişi olarak sınıflandırılmıştır. Temel formül de işverenin maaşın yüzde 19.5'inin, ücretlinin de maaşının yüzde 4'üne eşit bir miktarda ödeme yapılmasıdır. Sigortalanan nüfusa, temel sağlık bakımının sağlanması güvence altına alınmıştır.

Sağlık Sigortası Yasası ile bir aile hekimliği ağı kurulması ve hekim seçme özgürlüğü sağlanmıştır. "Aile Hekimliği" kavramı, burada genel pratisyenlik kavramının yerine şematik bir değişiklik olarak kullanılmamıştır. Yasa koyucular bu sistemle tedavi yerine korumaya, hasta kişiler yerine aileye, iyi

bir hekim-hasta ilişkisinin sürekliliğine öncelik verildiğini ileri sürmektedirler. Yasa sonrası, yerel hükümetler ile sözleşmeli çalışan, 6500 birincil sağlık bakım uygulayıcıları (aile hekimleri, çocuk sağlığı uzmanları) arasından özgürce seçim yapılabilmesinin olanaklı olduğu ifade edilmektedir. Özünde getirilen bu sistem, birinci basamağın özelleştirilmesi anlamına gelmektedir. Nitekim, 1992'de 70 aile hekimi özel çalışmayı tercih ederek, Ulusal Sağlık Sigortası ile sözleşme yapmıştır. 1993'de kapsamı genişletilen özelleştirmenin, 1995'de tüm uzman hekimleri 2000 yılında ise tüm hastaneleri kapsamı planlamaktadır (Szatmori; 1993).

Bu uygulamaların yanı sıra, özünde sağlığa devletin katkısının azaltılıp, kişisel katkıların artırıldığı ve sağlığın özelleştirildiği bir sisteme yönelik çok sayıda uygulama daha söz konusu olmuştur. Aslında fiilen sosyalist sistem yıkılmadan önce başlayan bu gelişmeler, 1989 ile birlikte büyük boyutlara ulaşmıştır. Örneğin, 1981'de yüzde 6.6 olan sağlık harcamalarında özel sektör payı 1988'de yüzde 14.1'e ulaşmıştı (Vienonen et al; 1993). Oysa, 1990 sonrası önceden devletin sorumlu olduğu alanlardan çekilip, özel sektörün ise az var olduğu alanlara hücum ettiği şeklinde yaşanan değişimle, bu oran katlanmıştır.

Tablo 9 : Macaristan'da Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

	Birincil Sağlık Hizmetleri		Hastane	
	Kamu	Özel	Kamu	Özel
1990 Öncesi				
Hükümet	Tümü	—	Tümü	—
Sosyal Sigorta	Hiç	—	Hiç	—
Özel Sigorta	Hiç	—	Hiç	—
Hasta ödentisi	Hiç	Hiç	Hiç	—
1990 Sonrası				
Hükümet	Düşük	Düşük	Düşük	—
Sosyal Sigorta	Yüksek	Yüksek	Yüksek	—
Özel Sigorta	Hiç	Hiç	Hiç	—
Hasta Ödentisi	Doktorlara ödenen bahşişler hariç	(Bahşişler-Hiç le Düşük)	Hiç	—

(Vienonen; et al 1993)

Çekoslovakya, Slovakya ve Polonya'da benzer gelişmeler yaşanmaktadır. Ancak, bu noktada yeni bir sorunlar yumağı ile karşı karşıya kalmışlardır; eski sosyalist ülkeler. Örneğin, 1993 yılında Rusya'da 30000 difteri vakası rapor edilmiş, eski Yugoslavya'da beslenme bozuklukları yaygınlaşmış, tifus ve uyuz salgınları çıkmıştır (Sayek; 1993).

Kısacası, bugün eski sosyalist ülkeler, kapitalist ülkelerin yüzyılımızın başında yaşadığı sorunları yaşamaya başlamış ve Kuzey'den ziyade Güney'li olma yoluna yönelmişlerdir (Belek; 1994).

Burada, ulaşabildiğimiz bilgilerin sınırlılığında sosyalist ülkelerin 1989 öncesine bir bakış yapmaya ve 1989 sonrası yaşadıkları değişikliklere de değinmeye çalıştık. Eski sosyalist ülkeler, 1917 ile açılan yeni bir dünya kurma umudunu, 70 yıl sonra pek de başarılı olmayan bir şekilde azaltmalarına karşın, halen umutlu olmamızı sağlayan birçok olumluluk yaratmışlardır. Ancak, çağımızın sonunda dünyamızın girdiği yeni dönem, eskiye ait tüm olumlulukları, değerleri öldürmeye başlamış, hepsinden önemlisi umudu yoketmeye yönelmiştir. Bu bağlamda, daha sağlıklı dünya, daha iyi yaşam, daha onurlu bir çağ isteyenlerin, 21. yüzyıla girerken bu olumsuzlukları görüp, bunlardan umutsuzluk üretmemek gibi sorumlulukları vardır.

BİR SOSYALİST DEV:ÇİN, NEREDEN NEREYE?

1 — Çin'i diğer sosyalist ülkelerden ayrı ele almakta yarar var. Büyük bir coğrafyada, dünya nüfusunun en büyük bölümünü barındıran ve 1949'dan itibaren böylesi bir yapıda kendince bir sosyalizm uygulamış bir ülke, Çin.

2 — Çin, çok sınırlı kaynaklara karşın, belki dünyanın en kapsamlı sağlık hizmetleri ağını geliştiren, halkın sağlık statüsünü diğer ülkelere kıyasla çok önemli bir şekilde yükseltebilen olumlu bir örnektir. 1949 yılındaki Çin Devrimi'nden bu yana, aynı koşullardaki ülkelere göre sağlıkta çok önemli ilerlemeler kaydeden Çin, Dünya Sağlık Örgütü'nün temel sağlık hizmetleri konusundaki ilkelerinin en somut yaşama geçirildiği ülkelerin de başında gelmiştir. (Yang, et al; 1991)

1949 öncesi oldukça kötü koşullara sahip olan Çin, Asya'daki komşularının çoğuna kıyasla, daha hızlı ve olumlu gelişmeler kaydetmiştir.

Tablo 11 : Çin'de ve Demografik Yapısı Çin'e Benzeyen Bazı Asya Ülkelerinde Bebek Ölüm Hızları

Ülke	1949 Öncesi	1950	1954	1958	1960	1965	1970	1975	1980	1981	1983	1985	1987	1989	1991
Çin	200*	195**	138.5*	50.8(kent) 89.1*(kır)	121**	81** 90***	61** 69***	41**	38**	34.7*	13.6*(kent) 26.5*(kır)	14*(kent) 25.1(kır)	32	13.8*(kent) 21.7*(kır) 30***	38***
Hindistan	192	192	140		140	150***	137***	135	126			105	99	95***	90***
Bengladeş						144***	140***							106***	103***
Endonezya						128***	118***							64***	74***
Filipinler						72***	66***							42***	41***
Pakistan						149***	142***							106***	97***

* Birleşmiş Milletler verileri

** Çin Halk Cumhuriyeti, Halk Sağlığı Bakanlığı verileri

*** Dünya Bankası verileri

(World Development Report; 1991, World Development Report; 1993, Navarro; 1992)

Tablo 10 : Doğumda Beklenen Yaşam Süresi

Ülke	1949 Öncesi	1960	1987	1990
Çin	30.5	43	69.5	69
Hindistan	41.1	47	57.9	58
Bangladeş	—	46	—	56
Endonezya	—	46	—	59
Filipinler	—	59	—	64
Pakistan	—	49	—	56

(World Development Report; 1993 ve Navarro; 1992)

3 — Çin'de öteki sektörlerde olduğu gibi sağlık hizmetlerinin gelişmesi de birbirini izleyen beş yıllık toplumsal ve ekonomik planlar kapsamında ele alınmış ve merkezi hükümet tarafından belirlenmiştir. 1976'dan 1983'e kadar sağlık bütçesi yüzde 2.10'dan 3.25'e yükselmiştir. Bütçe, tıbbi araştırmaları, sağlık yönetimini ve koruyucu hizmetleri kapsamaktadır. (Ministry of Public Health; 1988)

Kişi başına düşen GSMH açısından, Çin 370 dolar ile dünyanın en yoksul ülkeleri arasındadır. Hindistan 330, Bengladeş 220, Endonezya 610, Filipinler 730 ve Pakistan da 400 dolarlık bir kişi başına GSMH düzeyine sahipken, sağlığa ayırdıkları pay şöyledir. Çin yüzde 3.5 (11 dolar/kişi; yüzde 2.1 kamu, yüzde 1.4 özel), Hindistan yüzde 6 (21 dolar / kişi; yüzde 1.3 kamu, yüzde 4.7 özel) Bengladeş yüzde 3.2 (7 dolar/kişi; yüzde 1.4 kamu, yüzde 1.8 özel), Endonezya yüzde 2 (12 dolar/kişi; yüzde 07 kamu, yüzde 1.3 özel), Filipinler yüzde 2 (14 dolar/kişi; yüzde 1 kamu, yüzde 1 özel), Pakistan 3.4 (2 dolar/kişi; yüzde 1.8 kamu, yüzde 1.5 özel) (World Development Report; 1993).

Görüldüğü gibi, kişi başına sağlığa ayrılan payın en az olduğu ülkelerden biri olmasına karşın Çin, sağlık ölçütleri açısından daha olumlu bir tabloya sahiptir. Bunda hizmetin kamu ağırlıklı olmasının

-Pakistan hariç, diğer ülkelerde özel sektör ağırlığı var- ve öncelikle temelli sağlık örgütlenmesinin etkisi vardır.

Kaynaklarının çok sınırlı olmasına rağmen Çin dünyanın belki de en geniş sağlık hizmeti kurumları şebekesini geliştirmiştir ve sağlık hizmeti alanında en kalabalık işgücüne sahiptir. Örneğin 1949-85 yılları arasında hastane sayısı 23, tıbbi araştırma kurum sayısı 110, tıp eğitimi kurumu sayısı 5.5, hastane yatağı sayısı 28 misli artmıştır. Bu sayısal artış, nüfus artışına göre de pek geri değildir. Her bin kişiye 0.15 hastane yatağı düşerken, bu oran binde 2.25'e yükseltilmiştir (15 misli). Yine nüfus başına düşen hekim sayısı da iki misli artmıştır (Bir kişiye 0.67'den 1.39'a) (Ministry of Public Health, 1988).

Tablo 12 : Ulusal Sağlık Hizmetleri, Eğitim Kurumları ve Yataklar, 1949-1985

	Kurumların ve yatakların sayısı			
	1949	1965	1978	1985
Hastaneler	2600	42711	64421	59614
Sanatoryumlar	30	887	389	640
Klinikler	769	170430	94395	126604
Tıbbi Araştırma Kur.	3	94	219	329
Tıbbi Eğitim Kur.	22	37	98	119
Geleneksel Tıp Kur.	0	5	22	27
Hastane Yatakları	80000	765558	1856391	2229219
Sanatoryum Yatakları	3900	98388	50864	106192

Çin'de sağlık sisteminin geçirdiği önemli aşamalar söz konusudur. 1950'de toplanan Birinci Ulusal Sağlık Konferansı'nda üç büyük ilke belirlenmiştir: "İşçilere, çiftçilere ve askerlere hizmet et; koruyuculuğa öncelik ver; hem batı tıbbını, hem de geleneksel tıbbi geliştire." (Chen, 1985) Hekimlerin kamu sektöründe çalışması istenmiştir. Devlet kurumlarında çalışan insanlara ve ailelerine tıbbi hizmetler, ilaç ve bağışıklama hizmetleri hekimlerce ücretsiz verilirken, kırsal bölgelerde bu görev "çıplak ayaklı hekimler"e verilmiştir. "Çıplak ayaklı hekimler, 1970'lere kadar sunulan kırsal yörelere yönelik hizmetlerin önemli bir etkeni olmuşlardır (Yang et al., 1991).

Sağlık hizmetleri geliştirilirken aşılama ve bulaşıcı hastalıklarla mücadeleye gibi koruyucu hizmetlere öncelik verilmiştir. Bu çerçevede beslenme ve spor özel ağırlıklı konular olmuştur. Örneğin kişi başına düşen kalori 1960'da 78.8'den 1983'de 111'e, protein ise 1960'da 49.6 gr'dan 1980'de 66.8 gr'a yükselmiştir. Aynı süre zarfında, Hindistan'da kişi başına 95.6 kaloriden 96 kaloriye, 53.6 gr. proteinden 46.6 gr'a değişmiştir (Navarro, 1992). Bu anlamda, koruyucu hizmetlere öncelik verildiği, ulaşılabilir ve ücretsiz hizmetin sunulduğu kamu sağlık siste-

mi Çin sağlık sisteminin temel özelliği olmuştur.

Çin, bütünüyle modern tıba teslim olmak yerine, özellikle devrim öncesi ülkede çok önemli yeri olan geleneksel tıbbi da geliştirme yoluna gitmiştir. Daha çok kronik hastalıkların tedavisinde kullanılan geleneksel tıp, ayrı bir örgütlenmeye de kavuşturulmuştur. 1987'de Sağlık Bakanlığı'ndan ayrılan geleneksel tıp, Geleneksel Tıp Devlet İdari Bürosu şeklinde örgütlendi (Yang et al., 1991).

Çin'de önemli bir etmen de, sağlık hizmetlerine, özellikle de sağlık eğitimi kampanyalarına toplumun aktif katılımı olmuştur. 1950'lerin başında, Yurtsever Kamu Sağlık Kampanyası, çevresel sağlık önlemlerine yönelik kitleyle bir seferberlik anlayışı ile geliştirildi. Ayrıca, geleneksel Çin felsefesinde önemli bir yeri olan fiziksel egzersizlere ağırlık verildi ve hemen her eğitim kurumunda zorunlu fiziksel eğitim yapıları oluşturuldu. Kentlerde yaşayan pek çok emekli, bedensel egzersiz uygulamalarına ve kendi bölgelerindeki Yurtsever Kamu Sağlığı Kampanyaları'na aktif olarak katılmıştır.

Bir başka adım, işçi sağlığı alanında atılmıştır. Devlete ait olan fabrikalar ve çiftliklerde işçi sağlığı ve meslek hastalıkları konusunda, sağlık merkezleri açılmış, 1960 ve 1970'li yıllarda bu uygulama ağır sanayi kollarında yaygınlaştırılmıştır (Yang et al., 1991)

5 — Çin'de sağlık alanındaki tüm olumlu adımlara karşın, 1980'lerde halen önemli sorunlar vardır. Sağlıktan sorumlu olanlar, bu sorunları şöyle özetlemektedirler: "Kaynak dağılımında ve hizmetlerde, halen kır-kent eşitsizliği sürmektedir. Sağlık kurumlarında üretkenlik düşüktür ve hizmet kalitesi yeterli değildir. Maliyet artışları, önemli düzeylere ulaşmıştır. Sağlık alanında koruyucu önlemler için gerekli yasal güvenceler yeterli değildir. Bulaşıcı hastalıklar sorunu halen sürmektedir ve özellikle kırsal yörelerde koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinde altyapı zayıftır. Sağlık hizmetleri yönetimi oldukça merkezileşmiştir ve bu durum yerel yatırımları ve kamu sağlık etkinliklerine verilen desteği sınırlandırmaktadır" (Yang et al., 1991).

Bu sorunlar gerekçe gösterilerek, bir dizi sağlık reformu geliştirilmiş ve 1985 yılında Devlet Konseyi'nce onaylanmıştır. Söz konusu reformun en önemli köşe taşları şunlardır:

a - Yönetim ile ilgili sorumlulukların desantralizasyonu ve gelişmenin yerel planda sağlanması.

b - Üretkenliği artırmak ve ücret düzeylerini yükseltmek için, tıp alanındaki yöneticilere parasal teşvikler sağlanması.

d - Hastane yöneticilerinin yer değiştirmesi sayesinde kent hastanelerinin kırsal ve daha küçük hastaneleri desteklemesi ve hasta bakımında sorumluluk almaları; bu düzenlemeleri kolaylaştırmak için sözleşme uygulamasının getirilmesi ve programlar için fonların oluşturulması.

e - Sağlık sisteminin yasalarla düzenlenmiş olarak geliştirilmesi.

f - Sağlık sigortası sisteminde reform yapılması (Yang et al., 1991)

Yukarıda sıralanan bu çözümler, Dünya Bankası'nın genellikle "üçüncü dünya" ülkeleri için önermiş olduğu çözümlerdir. 1980'lere kadar çeşitli bölgelerde ve kurumlarda fiilen uygulanmış olan bu çözümler, 1985'de tüm ülke için geçerli kılınmıştır. Bu uygulamaların sonuçları, Sağlık Bakanı Chen Minzhang tarafından şöyle özetlenmiştir (Chen; 1989).

a - Merkezi yapı desantralize edildi, yerel sağlık hizmetleri yerel inisiyatiflere devredildi. Sağlığa yapılan yatırımlarda, ağırlık yerel geliştirme fonlarına kaydırıldı. Bölge sağlık yönetimleri ve Sağlık Bakanlığı hastaneler üzerindeki yetkilerini, bizzat hastanelere devrettiler.

b - Sağlık hizmetlerine çeşitli teşvikler sağlandı. En fazla uygulanan teşvik fazla çalışmaya verilen, ek gelir şeklinde oldu. Örneğin, Şanghay'da çok uzun olan ameliyat bekleme sürelerini normal çalışma süresinin dışında fazla çalışarak azaltan bir cerraha günlük ücretinin iki katı ücret ödendi (yaklaşık 15 yuan). Böylece bekleme süresi üç aydan bir aya inmiş, hastane kazancı 70 yuandan 120 yuana çıkmıştır. Böylesi uygulamalar, mevcut sınırlı olanaklardan daha fazla yararlanılmasını sağlamış ve hasta kuyrukları kısaltılmıştır. Örneğin, Huashan Hastanesi'nde beyin cerrahi kliniğinde aylık ameliyat sayısı 50'den 80'e çıkmıştır. Yatak kullanım oranları artmıştır.

c - 1980'lerin başından itibaren 133 bin pratisyenin özel çalışmasına izin verilerek, devlet yatırımı olmaksızın hizmetlerden yararlanma düzeyi yükseltilmiştir.

d - İlaç masraflarına, ayaktan tedavi edilen hastaların yüzde 10-20 oranında katkısının istenmesi şeklinde sağlık sigortasında yapılan değişiklikler, sağlık harcamalarını azaltmıştır.

e - Hastanelerin devlet bütçesinden tahsisat olmaksızın, daha çok hizmet vermeleri sağlanmıştır.

f - Reformun tıp eğitimine sağladığı esneklik so-

nucu, tıp fakülteleri kırsal bölgelerdeki sağlık hizmetlerinin ihtiyaçlarına uygun farklı düzeyde kurslar düzenlemiş, "çıplak ayaklı doktorlar" yeniden eğitilmiş, kırsal kesimdeki belli başlı köylerin yüzde 87'sinde verilen sağlık hizmetleri düzeyi yükseltilmiştir.

6 — Sağlık Bakanlığı yetkililerinin çizdiği bu "pembe tablo" gerçeği ne kadar yansıtmaktadır?

a - Çin'de uygulanan Dünya Bankası patentli formüllere uygun "reform"un en temel ayaklarından biri hekim ve sağlık personeli "verimliliği"nin teşvik edilmesidir. "Daha çok kazanmak isteyen, daha fazla çalışır" ilkesi, çalışma süresini uzatmış, üstelik rüşvet ve ihmalkarlıkları ortadan kaldıramamıştır. Sağlık harcamaları, ileri sürülenin aksine artmıştır. Birçok hekim, daha fazla kazanmaya güdülenmeleri sonucu, ilaç ve hasta faturalarında sahtekarlığa başvurmuşlar, kullanılmayan tıbbi araç gereçleri kullanarak yolsuzluklar yapmışlardır. Yine, hastaların da hastane satış mağazalarından fatura imzalayarak fotoğraf makinası aldıkları ve bu faturaları hastane masrafı gibi gösterdikleri durumlar söz konusu olmuştur. Ayrıca, hekimler hastalara gereksiz konsültasyonlar isteyerek, iki yada üç misli fazla ücret almışlardır. Çin hükümetinin yaptığı denetlemeler sonucu, örneğin Şanghay'daki 4000 ödemenin ancak 2080'ninin geçerli olduğu saptanmıştır. (Yang et al.; 1991).

b - Sağlık hizmetlerinden yararlananlara getirilen mali yük artmıştır. Bunda sağlık "reform"larının yanı sıra, ekonomik alandaki "reform"ların da katkısı vardır. Kır komünlerinin, kooperatif sistemlerinin kaldırılması, kırdaki dayanışmayı büyük ölçüde kaldırmış, kırsal sağlık fonunun zayıflamasına yol açmıştır. Ayrıca, her fabrika/işyerinin ayrı ekonomik birim/işletme kabul edilmesi ve her işletmenin kendi sorumluluğuna sahip kılınması da, rekabet ve verimlilik adına mali sorunlar doğurmuştur. Bu çerçevede, en çok kısıntıya uğrayan koruyucu hizmetler olmuştur. Örneğin, bir sanayi bölgesinde denetlenen işyerlerinin yüzde 46.8'inin atıklarla ilgili gerekli koruma önlemleri almadıkları saptanmıştır. Özellikle kırsal alanlarda, hekimlerin özel hekimliğe özendirilmesi, kârlı bulunmayan koruyucu hekimlik alanında gerilemeler yol açmıştır. (Yang et al.; 1991 ve World Bank; 1989)

c - Hastanelerdeki uzun bekleme sürelerinin kısaltılması için, evde tedavi sistemleri, "aile hastanesi" gibi yöntemler uygulanmıştır. Ancak, özellikle sağlık kurumlarına ulaşım, vb. nedenler bu uygulamanın başarısını engellemiştir. (Yang et al.; 1991)

d - Dah önce kamu sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanan çalışan kesim, tedavi giderlerine yüzde 10-20 oranında katkıda bulunmaya başlamıştır.

Çin'deki sağlık "reformu"nun özü, devletin ekonomik katkısının azaltılmasıdır. Devletin sağlık sektöründen çekilmesi ile boşalacak yeri doldurabilmesi için, özel tıbbi uygulamalar teşvik edilmiştir. Öncelikle sağlık alanındaki bazı kamu hizmetleri (çamaşır, temizlik, yemek, donanım, vb) özel sektöre devredilmiştir. (Creese and Vienonen; 1993).

Sağlık "reformu" sonucu, sağlık harcamalarına hükümetin katkısı azalmış, kişilerin cepten harcamaları ise artmıştır (Creese; 1993).

	1980	1989	Artış Oranı(%)
Hükümet	31	20	51.2
Sigorta	45	44	123.3
Cepten ödeme	24	36	258.1

e - "Reform"dan en çabuk ve en çok etkilenen bebekler olmuştur. 1949-80 döneminde bebek ölüm hızlarındaki çarpıcı azalma, 1980'lerin başından itibaren Çin'deki politik-ekonomik ve sağlık "reform"larından sonra yavaşlamıştır. 1983-89 döneminde kırsal alanlarda bu azalma hızı yavaşlamış, kentlerde ise azalma tersine dönmüş, artış başlamıştır (Navarro; 1992) (Bak. Tablo : 11).

Benzer şekilde, 1970'lerden itibaren oldukça yükselen hububat, et, balık tüketimi kentsel bölgelerde azalmaya başlamıştır. Kırsal yörelerde ise, hububat tüketimindeki artış oranı düşmüştür. (Navarro; 1992).

Yıllar-Bölgeler	Toplam Hububat	Hububat	Et	Kümes Hayv. Eti	Balık
KIR					
1978	248	123.01	5.76	0.25	0.84
1982	260	192.14	9.05	1.32	1.32
1985	257.45	203.31	10.97	1.03	1.64
1988	259.51	210.46	10.71	1.25	1.91
KENT					
1981		145.44	18.6		7.26
1982		144.56	18.67		7.67
1985		131.16	20.16		7.8
1988		137.17	19.75		7.07

f - Tüm "reform" söylemlerine karşın, Çin'de sağlık yetkilileri, bulaşıcı hastalıklar ve solunum sistemi hastalıklarının en önemli ölüm nedeni olduğunu inkar edememektedirler (Tablo: 15). Ayrıca kalp hastalıkları, kanser ve diğer kronik hastalıklar da hızla artmaktadır. Yine, Son on yılda, tüm dünyada sigaraya başlayanların yarısının Çin'de yaşadığı hesaplanmıştır. Yine, 2025 yılında 2 milyon Çin'linin sigaranın yol açtığı kronik hastalıklardan ölebileceği sanılmaktadır. Bu grubun sağlık hizmetlerine talebinin hızla artacağı kesindir. Bulaşıcı hastalıklar için kişi başına hesaplanan tedavi masrafının, kişi başına GSMH artışından, yıllık olarak yüzde 2.05 oranında daha yüksek olacağı da hesaplanmıştır. (World Bank; 1989 ve Yang et al.; 1991).

	Hastalık Oranı (1/10 000)	Ölüm Oranı (1/10 000)
Dizanteri	230.67	0.24
Viral hepatit	108.23	0.23
Grip	140.49	0.02
Tifo yada paratifo	19.84	0.0
Leptospirosis	13.02	0.04
Kızamık	9.88	0.02
Epidemik hemorajik ateş		
Boğmaca	5.61	0.01
Kızıl	4.36	0.00

Bunların yanı sıra tüberküloz oldukça yaygındır. Örneğin, 1988'de 5.7 milyon tüberküloz vakası olduğu ve günde 900 yeni vaka ortaya çıktığı belirtilmiştir (Yang et al.; 1991). Güney Çin'in dağ ve nehir bölgelerinde ve orta kesimlerindeki düzlüklerde, şistosomiazis yeniden ortaya çıkmaya başlamıştır. Tüm bunlar, temel sağlık hizmetleri ve koruyucu hekimlik için gerekli kaynakların azalması yada "önce koruyuculuk" diye nitelendirilen ve 1950'lerden itibaren çok da iyi uygulanan sağlık politikasının "mali teşvikler" nedeniyle engellenmesi ile ilişkilidir. Ve sadece maddi teşvikler temelli bir "reform" uygulamasının, bulaşıcı hastalıkları nasıl ulusal bir sorun haline getirdiğinin en iyi kanıtıdır.

Sonuçta, çok olumsuz koşullarda, oldukça olumlu gelişmeler sergileyen Çin sosyalizm deneyimi, serbest pazar ekonomisine teslim olunca, 35 yılda yaratılanların 5-10 yılda tahrip edilmesi sürecine girmiştir. Geleceğin nasıl şekilleneceğini hep birlikte göreceğiz.

KAYNAKLAR

1. Aksakoğlu, G. (1978) "Sosyalist ülkelerde sağlık örgütlenmesi-I", Toplum ve Hekim, 7.
2. Ana Britannica (1986) Karşılaştırmalı Uluslararası İstatistikler.
3. Belek, İ. (1994) Sosyal Devletin Krizi ve Sağlıkın Ekonomi Politikası, Sorun Yayınları.
4. Buckley, M. (1981) "Women in the Soviet Union", Feminist Review, 8.
5. Chen, H. (1985) China Health Care, Beijing.
6. Chen, M. (1989) China Health Year Book, 1988, Beijing.
7. Cooper, R. and Schatzkin, A. (1982) "The pattern of mass disease in the USSR", Int. J. of Health S. Vol. 12, N. 3.
8. Creese A (1993) Global and European trends in health care reforms, WHO, Almaty.
9. Creese A. and Viononen (1993) Global trends in health care reform, WHO, Almaty.
10. David, H. (1979) Family Planning and Abortion in the Socialist Countries of Central and Eastern Europe, New York.
11. Deacon, B. (1984) "Medical Care and Health Under State Socialism", Int. J. of Health S., Vol. 14, N.3.
12. d'Intignano B.M. (1992) Health Care Finance in Europe, WHO Technical Discussions, Copenhagen.
13. George, V. and Manning, N. (1980) Socialism, Social Welfare and The Soviet Union, London.
14. Kaser, M. (1976) Health Care in the Soviet Union and Eastern Europe, Croom Helm, London.
15. K.O.R. (1981) "The State of hospital system", Critique 15.
16. Lapidus, G. (1978) Women in Soviet Society, Berkeley.
17. Millard, L.F. (1981) "The Health of Polish health service", Critique, 15.
18. Ministry of Public Health (1988) Chinese Health Statistical Digest, 1987. Beijing.
19. Navarro, V. (1977) Social Security and Medicine in the USSR, Levington Books.
20. Navarro, V. (1992) "Has Socialism Failed? An Analysis of Health Indicators Socialism", Int. J. of Health S., Vol. 22, N.4.
21. Sayek, F. (1993) Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bürosu Utrecht Toplantısı (28-29.1.1993) raporu. Mimograf.
22. Soyer, A. (1990) "Sosyalist sağlık hizmetleri tartışmasına giriş-I, II' Birikim, 14-15.
23. Soyer, A. (1993) "Sosyalizm mi? Kapitalizm mi? Halkın Sağlık İhtiyaçlarını Karşılama Hangisi Başarılı?", Toplum ve Hekim, 53.
24. Szatmari, M. (1993) Structural changes in Hungarian health care, WHO, Almaty.
25. Uemura, K. and Pisa, Z. (1988) "Trends in cardiovascular disease mortality in industrialized countries since 1980." World Health Statistics Quarterly, 41.
26. UNEP/WHO (1988) Assessment of urban air quality: Global environmental Monitoring System, Monitoring and Assessment Research Centre (London).
27. Vale, M. (1981) Poland: The State of the Republic, Pluto, London.
28. Van Oyen H.J. (1990) Health For All In Europe: An Epidemiological Review, WHO.
29. Viononen, M. (1993) Health care reforms of the European scene-Evolution, revolution or a see saw, WHO Almaty.
30. Viononen M, Jungclaus, W, and Tirado-Perez, G. (1993) Rover on Kazakhstan, Reform Overview on health Care in Transition, WHO Copenhagen.
31. World Bank (1989) China: Long-term Issues in Options for the Health Sector.
32. World Development Report (1991) The Challenge of Development.
33. World Development Report (1993) Investing in Health.
34. Yang, T., Lin V. and Lawson J. (1991) "Health Policy Reform in the People's Republic of China", Int. J. of Health s., Vol. 21. N.3.

