

# Sosyalist Ülkelerde Sağlık Hizmetleri (II)

Dr. Gazanfer AKSAKOĞLU

## ÇEKOSLOVAKYA :

Sağlık örgütü denince akla ilk gelen ülkelerden birinin Çekoslovakya olmasının nedeni, bu ülkenin birinci savaş öncesi yıllardan beri düzenli bir örgüte sahip olması, hattâ birinci savaştan önce bu örgütün Avrupa'nın en iyi örgütü olduğunun kabul edilmesidir. Bu ülkenin sağlık düzeyini değerlendirebilmek için, uzun dönemli sağlık politikasının dört ana amacını gözden geçirmek gerekir: (3)

1. Giderek yaşlanan toplum, daha çok hastane gereksindiğinden, hastanelerin ve aygıtlarının yapımının hızlandırılması gerekir.

2. Üretimde duyulan iş gücü gereksinimi, daha ileri rehabilitasyon tekniklerinin, yani resussitasyon tekniğinin, yapay böbrek aygıtının, nöro ve kardio cerrahinin, tanı için biokimya, radyoizotop, ionizasyon ve elektronik yöntemlerinin daha geliştirilmesini gerektirmektedir.

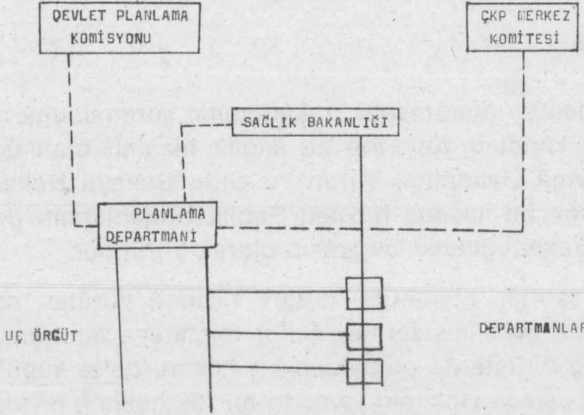
3. Morbiditesi giderek artan kronik ve psikiyatrik hastalıklar ve (azaltmak için gerekli önlemlerle birlikte) trafik kazaları için iyileştirici kurumların artırılması gerekir.

4. Hekim sayısı ve dengesinin yeniden ele alınması gerekir. (1973'te onbin kişiye 26 hekim, başka deyişle 385 kişiye bir hekim var. Ancak bunların kullanım ve dağılımı uygun bulunmuyor. Genel pratisyen oranı % 16).

Yönetsel yapıya göre iki ayrı hükümetten oluşan ülkenin, Çek ve Slovak olmak üzere iki ayrı Sağlık Bakanlığı vardır. Bakanlıklar hizmeti bağımsız olarak sürdürürler. Ancak bunların üstünde yerleşen Sağlık Konseyi, ulusal bütünlüğü sağlamaya, yani örgütlenme yapısına, personel eğitim ve ücretlerine, dış ilişkileri ve belirli koordinasyon sorunlarına yönelik çalışır. Her bir bakanlık hizmetlerin tümünden; koruyucu ve iyileştirici çalışmaların organizasyon ve denetlenmesi, sanitasyon çalışmaları, tıbbî araştırma, tıbbî malzeme, sağlıkta teknik ve ekonomik gelişmelerden sorumludur.

Ayrı örgütler olan Ulaştırma Bakanlığını, ordu sağlık örgütlerini denetler. Hizmetin planlanması, Bakanlığın Planlama Departmanınca yapılır. Devlet Planlama Komisyonunun onayına sunulur. Departman, Çekoslovak Komünist Partisi Merkez Komitesi ile yakın ilişkiindedir.

-ŞEKİL:4. ÇEKOSLOVAKYA'DA PLANLAMA ŞEMASI (Kaynak:1.2.3)



Bakanlığın alt düzeyindeki örgütlenme, yapılan değişikliklerle giderek Sovyet modeline benzetilmektedir.

Uçta **Halk Sağlığı Birimi** yer alır. Halk sağlığı hekimi denetiminde bir pediatrist, bir jinekolog, bir stomatolojist, bir hemşire, bir çocuk hemşiresi, bir ebe ile ortalama 4.000 nüfuslu bir alanın tüm sağlık hizmeti yürütülür. Bu birimler 200-300 yatağı ve dört departmanı olan bir hastanesi ile, 8-10 departmanlı bir polikliniği ve gerekli laboratuvar olanakları olan 50.000 nüfusu kapsayan bir örgüte dayanır.

İkinci basamak **Okres** düzeyindedir. 10-12 departmanlı ve 700-800 yataklı bir hastane, 6 departmanlı bir poliklinik ile 150.000-200.000 nüfusu kapsar. Hijyen, epidemiyoloji, eğitim hizmetleri yürütebilecek bir merkez niteliğindedir.

Daha yukarıda **Kraj** yer alır. 17-23 departmanlı bir poliklinik ve hastaneye sahiptir. Her kraj hastanesi kural olarak bir eğitim hastanesidir. Hizmet alanı bir milyon kişidir. Seçimle görevlendirilen bir ulusal komite tarafından yönetilir.

Koruyucu ve iyileştirici hizmetin integre edilmiş olmasına karşın, bu sisteme paralel bir de hijyen servisi bulunur. Cumhuriyet düzeyinde, örgüt uzmanlaşmış enstitülerle tamamlanır.

1977 yılında görülen hasta sayısı 183,5 milyon, yani yılda kişi başına hekime görünme 12,7'dir. Doğumların % 98,7'si ilgili kuruluşlarda olur.

Tüm çalışan nüfus sigorta kapsamındadır. Tüm hizmetler ücretsiz olarak yürütülür. Bunun bazı ayrıcalıkları, yasanın gerekli gördüğü kan testlerinden ve sarhoşluğun âcil yardımından ücret alınmasıdır. Ayrıca her reçete için kişi yedi cent değerinde para ödemek zorundadır. 1973 yılı verileri, tüm sağlık harcamalarının % 69,3'ünü devletin, % 23,3'ünü sigortanın karşıladığını, % 7,4'ünün doğrudan ödendiğini göstermektedir. (3)

## **BULGARİSTAN :**

Hizmetin hemen tümü sağlık bakanlığının sorumluluğu altındadır. Bunun dışında kendi örgütlerine ait sağlık hizmeti olan üç kuruluş görülür: Ulaştırma Bakanlığı, Tarım ve Gıda Sanayii Bakanlığı, Savunma Bakanlığı. İlk ikisinin hizmeti Sağlık Bakanlığının denetiminde, Savunma Bakanlığınıninki bağımsız olarak yürütülür.

Birinci basamak, kentlerde integrale hizmeti yürüten hastaneler, kırsal alanda ise 2000'in üzerindeki her lokaliteye kurulan uç birimlerdir. Kırsal uç birimlerde genellikle bir hekim, daha küçük olanlarda bir feldsher çalışır. Hekimin yanında bir diş hekimi, bir de ebe bulunur. Kentlerde ve büyük kırsal lokalitelerde temel birim erişkinler için bir iç hastalıkları uzmanı ve bir hemşire, çocuklar için bir pediatrist ve iki hemşire, ayrıca bir ebe ve bir diş hekimidir. Bu tür her 2-3 ekibe bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanı katkıda bulunur. Her poliklinikte bir profilaktik departman «hekim hastayı bulur» ilkesi ile araştırma yapmakla yükümlüdür.

İkinci basamaktaki Bölge Hastaneleri 30.000-100.000 nüfus kapsar ve 250-400 yataklıdır. Zorunlu olarak Genel Tıp, Pediatri, Cerrahi, Jinekoloji ve İzolasyon bölümleri, bazılarında özelleşmiş bölümler bulunur.

Üçüncü basamakta, tüm ülkede 28 adet olan İl Sağlık Örgütü bulunur. Hem Sağlık Bakanlığı, hem halk konseyinin denetimi altında; kentsel-kırsal, integrale çalışma yapar. Her il örgütü bir danışma hastanesi kapsar.

Tıbbi Akademi tüm bu kuruluşların üstünde yer alır. Hizmet, eğitim ve araştırma fonksiyonlarını yürütür. Bu akademiye bağlı 10 Halk Sağlığı ve Epidemioloji Enstitüsü, koruyucu çalışmaları yürütür.

Mezun olan her hekimin üç yıl kırsal alanda çalışması gerekir. Ancak bu işin yeterli düzeyde yürütülememesi, 1971'den başlayarak yeni bir ücret politikası saptanmasına yol açmıştır. Özel hekimlik çalışmaları 1972'den beri yasaktır.

1972 yılında 48,2 milyon poliklinik, 3,7 milyon ev ziyareti (hekim tarafından), 12,3 milyon dış polikliniği, 0,6 milyon âcil bakım yapılmıştır. (1) Tüm doğumların % 98,2'si hastanelerde olmaktadır. 1951-1956'da tüm ilâçlar ücretsiz verilmiş, 1956 dan beri ise yatan hastalar, öze! ve pahalı ilâçlar ve kronik hastalar dışındaki tüm reçeteler maliyet ücreti ile karşılanır olmuştur.

1973 yılı verilerine göre tüm sağlık harcamalarında devlet % 96, halk % 4 oranında pay sahibidir. (3)

## DEMOKRATİK ALMAN CUMHURİYETİ :

Demokratik Almanya, diğer Comecon ülkelerinden, sanayide belirgin özel sektör varlığı ile ayrılır. Doğal olarak bu durum sağlık sektörüne de yansır. 1972'de sanayideki durumun kontrol altına almış olmasına karşın sağlıkta özel sektörün varlığı devam etmektedir. Ülkede 1973'de devlete ait bulunan 490 hastane yanında, dinsel kuruluşların elinde 82, kişilerin elinde 16 hastane bulunmaktadır. (3)

Demokratik Almanya'nın diğer sosyalist ülkelerden bir diğer önemli farkı, sağlık hizmetinin önemli ölçüde sosyal sigortacılığın tarihsel geleneğine dayalı olmasıdır. Diğer sosyalist ülkelerde tüm sigorta primlerini işveren firma ödemek zorundayken, Demokratik Almanya'da işveren firmanın ödediği % 10 prim yanında işçi de ücretinin % 10'unu prim olarak ödemek zorundadır. İkinci bir sosyal sigorta sistemi, bağımsız çalışanlara da katılma olanağı tanımaktadır (3)

Sağlık Bakanlığı, hükümetin ve Sosyalist Birlik Partisinin ülke ekonomik plânına dayanarak hazırladıkları sağlık uygulamalarını yürütmekle yükümlüdür.

«Sağlık planlaması» biolojik ve sosyal çevresi içinde toplumun sağlığının korunmasını etkileyen faktörlerin beklenen gelişimi, tıbbi araştırmalarla bulunan sonuçlar, ve toplumun sağlığının olası gelişime düzeyine dayanarak hazırlanır. Öncelik koruma ve sağlık eğitimidir.

Ülke 14 il'e, iller Bezirke ve Kreise'lere ayrılır. Her ilin «Sağlık ve Sosyal Güvenlik Departmanı» vardır. Bunlar üst otoritelerin ve Bakanlığın teknik kontrolü, parlamentonun ve yerel konseyin siyasal ve yönetsel kontrolü altında çalışır. Eğitim hastaneleri (D grubu) dışında tüm sağlık kuruluşları yerel düzeyde yönetilir. Sağlık örgütü aşağıdan yukarıya doğru; kırsal sağlık merkezleri (landambulatorion), bağımsız poliklinikler (Kentsel sağlık merkezi), polikliniği olan yerel has-

taneler (A grubu) polikliniği olan Kreise hastaneleri (B grubu) Beziirke hastaneleri (C grubu) olarak sıralanır. Koruyucu hizmetler, Anaçocuk sağlığı ve ilâç hizmetleri Kreise düzeyinde yürütülür. Bunların dışında özel hastalıklar için merkezler de kurulmuştur.

Poliklinik hizmetleri hem ilk basamakta, hem de hastanelerde yapılmaktadır. İlk basamakta çalışan hekimler iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzmanlarıdır, aile hekimi fonksiyonu da görülür. Eğilim, hastane yataklarını azaltmak yolundadır. Doğum ve Tüberküloz yataklarının azaltılması sayesinde onbinde yatak sayısı 1960'da 121 iken, 1973'de 109'a düşmüştür. 1972 yılında özel hekimlik dışında 122,7 milyon muayene yapılmıştır. (Yılda kişi başına 7,2) (1)

Hekim yetiştiren eğitim hastaneleri (D grubu) bakanlıkla özel anlaşmalı olarak çalışır. Üniversite klinikleri, bakanlığın gösterdiği hizmeti yürütmekle yükümlüdür. Tüm üniversiteler, Yüksek ve Uzmanlaşmış Eğitim Bakanlığı'na bağlıdır.

Sağlıkta özel sektöründe varlığı nedeniyle, tüm harcamaları saptamak ve oranlamak güçtür. 1968 yılında harcamaların % 48,8'ini devletin, % 47,7'sini sigortanın, % 3,5'ini doğrudan kişilerin ödediğini söylemek olasıdır. (3)

Sağlık sektöründe çalışan kişilerin sayısı çok yüksektir. 1972 yılında 380.900 kişinin sağlık hizmetinde görev aldığı saptanmıştır. Bu sayı, toplam çalışan nüfusun % 4.7'sini oluşturur.

## K Ü B A :

1959 başında Küba'da yönetim el değiştirdi. Bu olayın hemen ardından, diğer Latin Amerika ülkelerindeki gelişimi frenlemek amacıyla, ABD'nin öncülüğünde diğer tüm Latin Amerika ülkeleri «İlerleme İçin Birlik»i kurdular. Bu hareketin içinde olan iki yazar AID'den Levinson ve New York Times'den Onis amacı şöyle belirtiyor :

«Birlik, Latin Amerika'nın bir zamanlar uysal olan işçi ve köylü kitlelerine demokratik yapı içinde ekonomik çıkarlar ve sosyal reformlar sunarak, Kastroizm'in çekiciliğini önleyecekti.» (15) Aynı yazarlar 1970 yılında «Yolunu Kaybeden Birlik »adında bir kitap yayınladılar. Bir yerinde şöyle diyorlardı: «Küba, Birliğin bir çok amacına, çoğu birlik üyelerinden daha yakın duruma geldi. Eğitim ve halk sağlığında hiç bir Latin Amerika ülkesi bu denli planlı ve ulusal düzeyde yaygın program yürütemedi. Küba'nın merkezsiz planlı ekonomisi (ulusal gelir dağılımı politikası yoluyla) kırsal ve kentsel sektörleri birleştirmekte diğer Latin Amerika ülkelerinin pazar ekonomilerine oranla çok başarı gösterdi.» (15)

Yönetimin el değiştirmesi, Küba'da çok şey değiştirdi. Toprak reformları yapıldı, sanayileşmeye yönelindi, ekonomi hızlandırıldı. Ancak başından beri devrim iki konuya çok önem verdi: Eğitim ve sağlık. Tüm Latin Amerika ülkeleri gibi yoksul olan bu ülke kaynaklarını öncelikle halkın konut, okul, sağlık ekibi sahibi olmasına yöneltti.

Sağlık hizmetlerinin ilkelerini Küba'lılar aşağıdaki noktalarda özetliyor:

1. Tüm sağlık komponentlerinin (ilâç sanayii dahil) yasal, yönetsel, ve parasal güce sahip olan Halk Sağlığı Bakanlığı'nda toplanması.

2. Sağlık hizmetlerinin tüm nüfusu kapsamına alması. İlâç, laboratuvar incelemeleri, hastane bakımı dahil, hizmetlerinin tümünün ücretsiz olması.

3. Halkın, sağlık hizmetinin ulaştırılmasına, değişik kuruluşlar yoluyla katılımı.

4. Koruyucu, iyileştirici ve esenlendirici hizmetlerin integrasyonu.

Belirtilen ilkelerin uygulanması; yolu, parası, elemanı olmayan bir ülke için çok güçlü. 1959 yılında ülkede % 65'i Havana'da yaşayan 6300 hekim vardı. Devrimden sonra bunların 3000'i ülkeyi terk etti. (15-17) Bu kaybın giderilmesine yönelik önlemler, 1959-1970 arasında 5293 yeni hekim yetiştirilmesini ve 1972'de toplam hekim sayısının 7000'in üzerine çıkmasını sağladı.

### **Örgütlenme ve Hizmetin Yürütülmesi :**

Sağlık hizmeti tek bir elde, Halk Sağlığı Bakanlığında toplanmıştır. Ülke 1-1,3 milyon nüfuslu yedi İl'e (province) 11ler ortalama 250.000 nüfuslu Bölge'lere (region), Bölgeler 30.000 nüfuslu Alan'lara (area), onlar da 3-5.000 kişilik sektörlere ayrılmıştır. Bu basamakta aşağıdan yukarı hasta sevki, yukarıdan aşağıya kaynak ve bilgi desteği sağlanır. Her düzeyde integrasyon sağlanmıştır. Integrasyon ile kastedilen, koruyucu ve iyileştirici hizmetlerin, çevresel ve kişisel hizmetlerin, tıbbi ve sosyal hizmetlerin birbirleriyle koordinasyonudur.

Birinci Basamak, alandaki Sağlık Merkezi'dir. Ortalama 30.000 kişiyi kapsar. Kendisine bağlı sektörlerde paramedikal personel görevlendirilmiştir. Ana-çocuk sağlığı ve gözlem için kullanılan az sayıda yatağı vardır. Dört tür fonksiyon üstlenmiştir: 1.) Klinik hizmetler. (Koruyucu ve iyileştirici) Dört ana daldadır: İç Hastalıkları, Pe-

diatri, Kadın Hastalıkları - Doğum ve Diş Hekimliği. 2.) Çevre sağlığı hizmetleri. 3.) Halk sağlığı ve toplumsal hizmetler. 4.) Sosyal hizmetler. Her bir fonksiyon, ayrı ekip tarafından yürütülür. Klinik ekibin içinde de ayrı gruplar vardır: Dört klinik dalın her birinde birinci basamak uzmanları, uzman hemşireler, yardımcı hemşireler vardır.

Sağlık merkezinde değişik türde hekimler çalışır. 1959 öncesinden kalan ve giderek elimine edilen genel pratisyenler, zorunlu hizmet yapan yeni mezun hekimler, birinci-ikinci-üçüncü basamak uzmanları. Bakanlığın yeni politikası birinci basamakta uzman çalıştırmaktır. Bunun nedeni birinci-ikinci-üçüncü basamakları integre edebilmektir. Bu nedenle tüm uzmanlar her basamakta rotasyon içinde çalışır.

Hekim dışı personel yaygın olarak kullanılır. Özellikle hemşirelere çok iş düşer. Hemşireler de bağlı oldukları ekibe göre uzmanlaşır.

İkinci basamakta **Bölge Hastaneleri** görülür. 250-350 yataklı üst uzmanlık dallarını kapsayan, her türü laboratuvar olanaklarına sahip merkezlerdir. Poliklinik hizmeti yapmazlar. Bu hastanelerde çalışan uzmanlar polikliniklere konsültasyonlara giderler. Profesörlerin haftada iki, diğer uzmanların üç yarım gün Sağlık merkezinde çalışması ve bunun en az yarım gününün koruyucu çalışmalara yönelik olması zorunludur.

Üçüncü Basamakta **İl Hastane Merkezleri** bulunur. En üst uzmanlaşma düzeyinde kuruluşlardır. Buralarda çalışanlar da Sağlık Merkezi'nde geçici görev alırlar.

Sağlık örgütünün yeniden düzenlenmesi sırasında sağlık kuruluşlarının, nüfusun % 35'inin yaşadığı kırsal alana kaydırılmasına önem verilmiştir. Bu arada hastane hizmetlerinin azaltılması, birinci basamağa ağırlık verilmesi yoluna gidilmiştir. 1969 yılında kişi başına hekime başvurma 4,06, bebekler için bu oran 6,8'dir. (15) Doğumların % 90'dan fazlası hastanede olmaktadır. Hizmetin bu denli yüksek kullanılmasının çeşitli nedenleri arasında yeni yollar yapılması, uç sağlık kuruluşları açılması ve eğitim çalışmaları önemli yer tutar. Daha iyi yararlanmanın sağlanabilmesi ve alt yapının oluşturulması amacıyla köyler 250 ailelik merkezlerde birleştirilmeye başlanmıştır. (Ülkenin herhangi bir yerinde yaşayan herkes, en fazla 4 saat yürüyerek, bir sağlık örgütüne başvurabilmektedir.)

Halkın sağlık düzeyinin yükseltilebilmesi için uygulanan özel bir yöntem, gıda yardımlarıdır. 1959 yılında yedi yaşın altında ve altmış-beş yaşın üzerindeki nüfusa, hastalara ve madencilere günde yarım litre süt — evlerinde teslim edilmek üzere — ücretsiz olarak dağıtılmaya başlandı. 1969'da bu miktar günde bir litreye çıkarıldı. 1969-

70'de dağıtımına et, balık, tereyağı, yumurta, kahve, ekmek, pirinç, şeker gibi gıdalar da belli ölçülerde katıldı. 1969 FAO raporuna göre Küba'da ortalama kalori alımı günde kişi başına 2650'dir. (15) Protein alımı, 29 gramı hayvansal olmak üzere, 64 gramdır. 1967 yılında kırsal alanda 6 yaş altındaki çocukların % 70'i iyi beslenmiş, % 25'i birinci derecede malnütrisyonlu, % 5'i ikinci derecede malnütrisyonlu bulunmuş, üçüncü derecede malnütrisyonluya rastlanmamıştır. (15) Özel bir uygulama ile malnütrisyonlu yeni doğanlar anneleri ile birlikte hastaneye kabul edilmekte, bebeğin tedavisi yanında annesinin eğitimi de yapılmaktadır.

### Eğitim :

1959 öncesinde bir olan tıp fakültesi sayısı, bugün üçtür. Çalışmalar, yılda 1500 mezun verecek düzeye gelmesini sağlamıştır. Hekim sayısı artırılırken, öğretim üyesi sayısı da artırılmıştır. 1959'da mevcut 158 öğretim üyesinin 17'si dışında tümü ülkeyi terketmiş, onüç yıl içinde bu sayı 250'nin üzerine çıkarılabilmştir. Tıp eğitiminin ilk iki yılı teorik, sonraki üç yılı klinik çalışmaya ayrılmıştır. Altıncı yıl internliktir, intern bir yıl süreyle ister rotasyonel, isterse seçtiği dalda sürekli çalışabilir. Ancak beşinci yıl öğrencileri gibi internler de haftada iki yarım gün sağlık merkezinde eğitim görmek zorundadır. Ayrıca dördüncü, beşinci ve altıncı yıllarda öğrenciler hekim dışı personelle birlikte ekip oluşturarak şeker kamışı kamplarındaki işçilere sağlık hizmeti götürmekle yükümlüdürler. Eğitimini tamamlayan her hekim, kırsal alanda iki yıl süreyle çalışmak zorundadır. 1970 yılında, bu iki yıl zorunlu çalışmayı tamamlayan yeni hekimlerin % 80'i, uzmanlık eğitimine kabul edilmiştir.

Uzmanlık dallarından biri de halk sağlığıdır. Halk sağlığı uzmanlığı dört ayrı dalda alınır: Epidemioloji, sanitasyon, beslenme, sağlık yönetimi. Eğitim, Sağlık Bakanlığına bağlı olan hekim ve hekim dışı personelin eğitiminde en üst otorite olan Ulusal Sağlık Birimi'nce yürütülür. Bu eğitim programına kabul edilebilmek için öğrencilikte en iyi % 10 arasına girmek, internlik ve kırsal alan çalışmalarında üstün başarı göstermek gerekir. Eğitim iki yıldır. Birinci yılda ABD'nin MPH ya da İngiltere ve Kanada'nın DPH programlarına benzer teorik eğitim, ikinci yılda ise özel alan çalışması verilir.

### Planlama :

Sağlık Bakanlığı, biri «Tıbbi Bakım ve Eğitim», ikincisi «Hijyen ve Epidemioloji» olmak üzere iki alt gruptan oluşur. Bunlardan ba-



ğimsız olarak gerek ülke, gerek il, gerekse bölge düzeyinde «Planlama-Geliştirme Departmanları» kurulmuştur. Her örgütlenme düzeyinde bu üç kuruluşun ortak ve zincirleme çalışmaları, Partinin onayını ve halk kuruluşlarının denetimi ile planlama yapılır. Örgütün bu düzeyinde yer alan «Halk Sağlık Komisyonları»nın planlamada doğrudan müdahale yetkisi vardır.

### **Halkın Katılımı :**

Küba'da sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde en dikkate değer nokta, halkın hizmete doğrudan katılmasıdır. Halk gerek Komünist Parti gerekse diğer kitle örgütleri aracılığı ile hem doğrudan hizmete katılır, hem de oluşturduğu halk konseyleriyle (Halk Sağlık Komisyonu örneği) hizmeti denetler. Kitle örgütlerinin en önemlileri Devrimi Savunma Komiteleri, Küba'lı Kadınlar Federasyonu, Küçük Çiftçiler Birliği ve İşçi Sendikaları Birliği'dir. Bu kitle örgütleri sokakların temiz tutulmasından, aşılamaya; kan toplanmasından anne eğitimine kadar her alanda çalışır. Güzel bir örneği poliomyelitis aşılmasıdır. Bu örgütlerin katkısı sayesinde 1962 yılında 15 yaş altındaki çocukların % 80'i (iki milyondan fazla çocuk) 11 gün içinde aşılandı. 1969'da aynı uygulama 72 saatte, 1970'de ise yalnızca bir günde başarılıydı. (15) Bunun nedeni kitle örgütlerinin haftalarca evleri dolaşması, aşı eğitimi yapması, eğitime dirençli vakalar üzerinde özenle durması, aşılanacakların listesini yapması, tüm bu yapılanlardan sonra sağlık örgütüne yalnızca teknik uygulamanın kalmasıdır.

Başka bir örnek, bebek ölümlerinde yüksek risk grubu çalışma yapılması sırasında her bir bebek ölümünün nedenleri ve önlenilebilirliğin her ay işçi temsilcilerinin de katıldığı ve uzmandan hademe kadar herkesin söz sahibi olduğu toplantılarda tartışılmasıdır. Diğer bir örnek, riskli bebeklerin en yakın hastane çalışanının sorumluluğuna verilmesidir. Küba'lı Kadınlar Federasyonunun çalışmaları arasında eğitim seferberliği, yakından izlenmeyen gebe ve çocukların taranıp bulunması, sağlık örgütünün ana-çocuk sağlığı araştırmaları yapacağı bölgelere önceden girip tüm kayıt işlemlerinin tamamlanması ve bölgeyi araştırmaya hazırlaması sayılabilir.

Kısaca, Küba'da sağlık örgütünün başarısı, halkın inançlı desteğine ve katılımına bağlıdır, denebilir.

### **Sorunlar :**

Sağlık alanındaki bunca başarıya karşın, Kübalılar halen temel halk sağlığı sorunları olduğunu belirtiyor, bunları şöyle özetliyorlar :

## SOSYALİST ÜLKELERDE SAĞLIK HİZMETLERİ

- 1 — Çevre sanitasyonu eksikliklerine bağlı sorunlar.
  - 2 — İlaç sanayiinin yetersizliği, bu nedenle yüksek fiyatla ilaç hammaddesi ya da son ürünün alınmak zorunda kalınması.
  - 3 — Gastroenteritler, barsak parazitleri, tifo ve lepra gibi bazı enfeksiyonların henüz istenen ölçüde kontrol altına alınmamış olması,
  - 4 — Astma, diabet, kardiovasküler hastalıklar gibi bazı kronik hastalıkların ve kazaların artan prevalansı.
  - 5 — Sağlık hizmetinin yapısının, bulaşıcı ve kronik hastalıkların insidans ve prevalansına uyumlu duruma getirilmesi gereği.
  - 6 — Hemşire ve uzman hekimler gibi belirli kalifiye personelin göreceli azlığı.
- Tüm bu sorunların çözüme kavuşturulması için Kübalıların gerekli her türlü önlemi şimdiden aldıkları, başarıya ulaşmak için de zamandan başka hiçbir engelleri olmadığı söylenebilir.

### KAYNAKLAR

- 1 — Fifth Report on the World Health Situation 1969-1972, WHO, Geneva, 1975.
- 2 — Health Service in Europe: Reg. Off. for Europe, WHO, Copenhagen 1975.
- 3 — Health Care in the Soviet Union and Eastern Europe: M. Kaser, Crom Helm, London 1976.
- 4 — Highlights of Soviet Health Services, Milbank Memorial Fund Quarterly, V. 15 Oct. 1962, pp. 373-406.
- 5 — Cerkovny, G., Some Characteristics of the Health of the Population of the USSR, Health Needs of Society: A Challenge for Medical Education, CIOMS, WHO, Geneva, 1977.
- 6 — Fry, J.: Structure of Medical Care Services in the Soviet Union, Int. J. of Health Services, Vol. 2, N. 2, May 1972, pp. 239-242.
- 7 — Ryan, I. M., Primary Medical Care in the Soviet Union, Int. J. of Health Services, Vol. 2, N. 2, May 1972, pp. 243-253.
- 8 — Public Health in the USSR, Broşür.
- 9 — USSR Health Service, Broşür.
- 10 — Erdal, R.: SSCB'de Sağlık. Özel Çalışma.
- 11 — Sağlık İdaresi : N. H. Fişek, HÜTF Top. Hek. Ens.
- 12 — Sağlık Yönünden İnsan ve Çevresi: N. Fişek, HÜTF Top. Hek. Ens.
- 13 — Fişek, N.: Hekimlikte Sürekli Eğitim, Türkiye Tıp Akademisi Mecmuası, C. 10, S. 4, s. 927, İstanbul, 1976.
- 14 — Arat, Ö., Sürekli Eğitim, çoğaltılmış teksir.
- 15 — Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs in Developing Countries : V. Djukanović, E. P. Mach, WHO, Geneva 1975.
- 16 — Navarre, V.: Health, Health Services, and Health Planning in Cuba, Int. J. of Health Services, V. 2, N. 3, August 1972, pp. 397-432.
- 17 — Stein L., Susser, M.: The Cuban Health System: A Trial of a Comprehensive Service in a Poor Country, Int. J. of Health Services, V. 2, N. 4, Nov. 1972, pp. 551-55.
- 18 — Sosyalist Küba: L. Huberman, P. M. Sweezy, Ekim Yayınları, 1969.