

**DOSYA/DERLEME**

## SOSYALİZMİN SAĞLIK ALANINDAKİ BİR BAŞKA ZAFERİ: BULGARİSTAN HALK CUMHURİYETİ ÖRNEĞİ

Özlem ÖZKAN\*

### I. Devrim Öncesi Toplumsal Yaşantı ve Sağlık Hizmetleri (1900-1946)

Bulgaristan'daki devrim öncesi toplumsal yaşantı ve sağlığa ilişkin en somut verilerden birini Tütün romanındaki şu cümlelerde bulmak mümkündür: "...Buraların kışı türlü dertler getirirdi. Kar yağar; fakat, Ege'den esen sıcak rüzgarlarla eriyiverir ve işçi mahallesini geçilmez bir bataklık yapardı. Nehir, yatağından taşar, evlerle bahçeleri su basardı...Alçacık evler, çocukların bütün yaz toplayıp kuruttuğu tezekle ısınırdı. Havalarda ısınca grip salgını başlar ve kirağı düşünce de yoksulların hayatı daha çekilmez olurdu. Bu havasız ve ışısız kulübelerde hayat, yaşanılır gibi değildi. Ayakta durulamayacak kadar alçacık ve leş kokulu kulübelere beş altı kişi bir arada yatarı. Veremlilerden hastalık geçerdi sağlamlara. Çocuklar ekmek diye ağlaşır, kadınlar birbiriyle çekişirdi... Burada insanların ömrü hastalık, kavga ve yoksulluk içinde geçiyordu..." (Dimov, D.;1978:314). Çünkü yüzyıllardır bitip tükenmeyen savaşlar, faşist iktidarların baskıcı ve ezici yönetimi, öte yandan kapitalist üretim tarzının işçi ve emekçilere dayattığı yaşam koşulları çok ağırdı ve böylesi bir yaşam, Bulgar halkının toplumsal yaşantısını alt üst etmişti. Öyle ki, 1912-1913 yılları arasındaki savaşta kayıtlı 53.825, 1915-1918 yılları arasında ise 101.224 kişi yaşamını kaybetmiş idi. 1910 yılında erkeklerin yarısı, kadınların ancak altıda biri okur yazardı (Danailof, G.;1937:9, 20). 1919 yılında Sofya Üniversitesi'nde okuyan kadın sayısı sadece 586 idi (Genov, N., Krasteva, A.;1994). Bunların yanında, dünya kapitalizminin 1929 yılındaki büyük ekonomik bunalımı

Bulgaristan'a da sıçramış, işçilerin hemen hemen yarısı işten çıkarılmış, çalışanların ücretleri de inanılmaz derecede düşürülmüştü (BKP; 1975:154). 1940'lı yıllarda tarımsal üretimdeki mülkiyet ilişkileri açısından değerlendirildiğinde, büyük kulakların az sayıda olması emekçiler için önemli bir kazanımken, endüstriyel sermayenin yaklaşık yarısı yabancıların elinde olması büyük bir kayıptı. (Deacon, B.; 1987:490). Ancak baskı ve zulme rağmen, dünyada faşizme karşı ilk silahı ayaklanma (23 Eylül 1923) bu ülkede oluyor, işçi grevleri durmaksızın aylarca sürüyor ve işçiler ve emekçi köylüler hızla örgütleniyordu.

1903 yılında yasalaşan sosyal güvenlik modeli, Bismarck modeline çok benzemektedir. Örneğin, bu sosyal güvenlik modelindeki katkı paylarının çok büyük bir bölümü işçilere aitti ve işsizler de sosyal güvenlik kapsamı dışındaydı. Aynı yıl, ilk olarak onaylanan halk sağlığı yasasından da daha çok zenginler yararlanmaktaydı. Tedavi edici sağlık hizmetleri, 4000 nüfustan daha fazla olan yerleşim yerlerinde -çoğunlukla kentlerde- hekim odaklı yürütülüyordu. Oysa, 1910 yılında toplam nüfusun yüzde 81'i köylerde yaşamaktaydı ve bu oran, devrimin ilk beş yılına kadar köyler lehine sürdü (Danailof, G.;1937:9, 20). Nitelikli sağlık hizmeti alamayan emekçi köylüler, hekim yardımcılarını olarak adlandırılan feldşerlerin sunduğu sınırlı sayıdaki sağlık hizmetlerinden ve şifalı bitkilerden yararlanarak sağlık gereksinimlerini karşılıyordu (WHO;1999). Sosyalist devrime kadar emekçi köylülerin büyük bir çoğunluğu, sağlık sorunlarının kaynağını ruhani nedenler olarak bilir, sağlık kurumuna gitmeyi en son çare olarak görürdü. Verem ve sıtma en sık görülen bulaşıcı hastalıklardı. İşçi ve emekçilerde ölüm ve doğum hızları

\* Yüksek Hemşire, PhD

oldukça yüksek, sanitasyon koşulları ve konutları da oldukça kötüydü (Markham, R.H.;1926:19). Bu yetersiz toplumsal olanaklar ve sağlık hizmetleri, 1929 yılında çıkan ulusal sağlık yasası ile daha da kötüleşmişti. Çünkü bu yasayla, sınırlı sayıdaki sağlık kurumlarının onarımı dahi, devletten yerel yönetimlere ve özel sektöre devredilmişti (WHO;1999). Durum böyle olunca, 1900'lü yılların başında yüz bebekten 30'u, 1926 yılında ise 27'si bir yaşına gelmeden ölmekteydi. Çocuk ölümleri ise, 1900'lü yıllarda yüzde 49, 1939 yılında da binde 138.9 gibi yüksek bir orana ulaşmıştır. Birinci Dünya Savaşı sonunda, ölüm hızı binde 20.2'ye kadar çıkmıştır (Danailof, G.;1937:11-13, 20). 1926 yılında kayıtlı 110.291 kişi hastalandığı (büyük bir çoğunluğu frengi, sıtma, verem ve ruh hastalıkları) için çok genç yaşta ya çalışamaz duruma gelir ya da işini bırakmak zorunda kalırdı.

Özetle, hangi zaman olursa olsun, kapitalist üretim tarzını yaşayan her ülke gibi, Bulgaristan'daki işçi ve emekçiler de sosyalist devrime kadar daha sık hastalanmış, daha çok korunabilir ve önlenabilir hastalıklara maruz kalmış, çok erken yaşta ölmüş ve sağlık hizmeti gibi hiç bir kamusal hizmeti alamamış, hatta bunlara ulaşamamış, çok sağlıksız konutlarda barınmış; kısacık yaşamı açlık, yoksulluk ve sefalet içinde geçmiştir.

## II. Devrim Süresince Toplumsal Yaşantı ve Sağlık Hizmetleri (1946-1989)

Kapitalizmin yoğun baskısı karşısında Bulgar işçi ve emekçileri büyük sınıfsal mücadeleler göstererek, Ekim Devrimi'nin de mirasıyla birlikte, 1946 yılının Eylül ayında Çarı iktidardan indirerek, monarşiyi ortadan kaldırmıştır. Bir hafta sonra, ülke Bulgaristan Halk Cumhuriyeti (BHC) ismini almış ve 1946 yılının Kasımında Bulgaristan Komünist Partisi'nin (BKP) ilk Genel Sekreteri G. Dimitrov ülkenin başkanı olmuştur.

Yetmiş yıl reel sosyalist deneyimi yaşamış olan Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği (SSCB), Bulgar işçi ve emekçilerine büyük bir örnek teşkil ediyordu. Bu örneğe dayanarak, BHC'de 4 Aralık 1947'de hemen sosyalist Anayasa kabul edilmiş ve sömürsüz bir dünya için mücadele çağrısı yapılmıştır. Aynı yıl, özel mülkiyetin kaldırılacağı ve tüm üretim alanlarının ulusallaştırılacağı ilan edilmiş ve ilk elden sanayi işletmeleri, maden ocakları tütün fabrikaları vb. ulusallaştırılmıştır. Sovyet tipi endüstrileşme ve kolektivizasyon programına başlanmış, tarımda makine ve traktör ağı kurulmuştur. SSCB'deki kolektif çiftliklerin işleyişi Bulgar köylüsüne güven veriyor, bu da işçi ve köylüler arasındaki ideolojik yakınlığı sağlıyordu (Boef, B.;1975:258). Nitekim 1980 yılına gelindiğinde, BHC'nde çiftliklerin yüzde 90'ı devlet mülkiyetine aitti. Bu oran, Macaristan'da yüzde 70 (yüzde 15'i kooperatif), Romanya da yüzde 30 (yüzde 54'ü kooperatif) idi (Deacon, B.;1987:491). Bu ilerlemeler sonucunda, 1950-1960 arasında endüstriyel işgücünün yıllık büyüme hızı yüzde 7'ye çıkmış, devrimden hemen sonra yaklaşık iki milyon kadın aktif olarak iktisadi üretimin içerisinde yer almış, 1956 yılına gelindiğinde istihdam

içinde kadınların oranı yüzde 27.7'ye ulaşmıştır (Genov, N., Krasteva, A.;1994). Altıncı beş yıllık planda (1971-1975) işçi gelirleri yüzde 32.2 oranında artmış, et tüketimi kişi başı 41 kg'dan 57 kg'a, süt ve ürünleri ise 152 litreden 174 litreye kadar yükselmiştir (Zhivkov, T.;1976:58-59).

Devrim öncesi toplumun büyük bir çoğunluğunun eğitimsiz bırakılmış olması sosyalist aydınlanmacılığının en büyük düşmanıydı. Bu nedenle, devrimle birlikte sosyalist eğitim seferberliği başlamıştır. BKP'nin VI. Kongre'sinde, Marksist-Leninist eğitim ve ideolojik mücadele için stratejiler belirlenmiş ve 1949 yılında Sovyet tipi bir sosyalist eğitimi inşa edileceği kararı alınmıştır (Dimitroff, M.;1975:266). Buna bağlı olarak öncelikli olarak eğitim parasız olmuş, 6-16 yaş arasındaki çocukların eğitimi zorunlu hale gelmiş, devrimin ilk yıllarından itibaren ülkenin dört bir yanında, kütüphanesiz köy, spor salonsuz, oyun bahçesiz ve araç gereci olmayan okul kalmamıştır. Hatta, anne ve babası çalışan çocuklar için Devlet Çocuk Pansiyonları kurularak, okul saati dışında uzman eğitimciler gözetiminde çocuklara ders çalıştırılmıştır. Bu pansiyonların sayısı 1974'e gelindiğinde 300 olmuştur. Bulgaristan'da devrim öncesi sadece 254 anaokulu ve kreş varken, 1974' de sekiz bine ulaşmıştır (Zhivkov, T.;1976:12). Üçüncü beş yıllık kalkınma planının (1958-1960) en büyük sloganı "Çalışalım, okuyalım, komünistçe yaşayalım" yavaş yavaş yaşama geçiriliyordu (Samokovlief, N.;1975:301). Nitekim, 1980 yılına gelindiğinde yaklaşık bir milyon kişi temel eğitime, yarım milyon kişi de ortaokul ve öğretmen okullarına kayıtlıydı (Vassileva, B.;1991). Aynı yıl, okuryazarlık oranı kadında yüzde 93'e erkeklerde ise yüzde 97'ye ulaşmış, orta eğitime devam eden kadınların oranı ise yüzde 76'ya kadar yükselmişti (UNICEF;2001). 1977 yılında üniversite mezunu oranı yüzde 21.6 idi. Bu oran, aynı yıllarda İngiltere'de yüzde 18.9, Türkiye'de yüzde 8, Yunanistan'da yüzde 19 ve Macaristan'da yüzde 12.1 idi (Deacon, B.;1987:494). 1946 yılında, üniversitede istihdam edilen emekçi sayısı 55.238 (yüzde 4.3'ü kadın), 1957'de 74.613 (yüzde 4'ü) olmuştur. Ticaret okulu sayısı 1951 yılında 187, özürülü okulu 11 iken, 1988'de sırasıyla 264 ve 128'e yükselmiştir (Genov, N., Krasteva, A. ;1994).

BHC'nde gerçekleşen sosyalist dönüşümle, 1935 yılında yaklaşık 6 milyon olan nüfus, 1980 yılında 9 milyona çıkmıştır. Kent nüfusu, 1946'da yüzde 24.7 iken, 1980'de yüzde 62.5 oranına yükselmiştir. Sosyalist Bulgaristan, hızlı sanayileşmeye bağlı olarak Doğu Avrupa'da en düşük kentli nüfusa sahipken (1950'de yüzde 25.6), 35 yıl içinde Demokratik Alman Cumhuriyeti'nden sonra Avrupa'da kent nüfusu ikinci büyük ülke haline gelmiştir (1985'te yüzde 68.6) (Deacon, B.;1987:493). Doğal nüfus artışı 1946'da 19.800, 1956'da 25.500, 1965'de 31.800, 1975'de 58.100, ve 1985'de de 30.200 (memory.loc.gov/cgi-bin/query) olmuştur. 1966-1975'de köyden kente göç hızı yüzde 42.7, 1976-1985'de yüzde 34.3, 1986-1992 arasında ise yüzde 22.6'dır. Evlilik hızı 1950 de yüzde 11 iken, 1960-1980 yılları arasında yüzde 6-9 arasında değişmektedir (UNDP;1996).

### Sağlık Hizmetleri

BKP'si, devrimin hemen ardından, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde Sovyet sağlık sistemini esas alacağını ifade etmiştir. Buna dayanarak, eşit, parasız, nitelikli, basamaklı, merkezi planlı, koruyucu sağlık hizmetleri öncelikli vb. özelliklere sahip, Sovyet sağlık sistemine çok benzeyen sağlık hizmetlerini kurmaya başlamıştır. Öncelikle sosyalist sağlık sistemi, Anayasa ile güvence altına alınmıştır. Anayasa'nın 3. maddesinde: "Devlet halkın çıkarlarını ve sosyalist kazanımlarını koruyarak; memleketin toplumsal-ekonomik gelişmesini planlı bir biçimde yöneterek; halkın refah, eğitim ve sağlığının durmaksızın iyileşmesi, aynı zamanda bilim ve kültürün etrafı olarak gelişmesi için koşullar yaratarak halka hizmet eder" (Todorov, N.;1979:124). 37. maddesinde: "Devlet, anneye doğumdan önce ve sonra ücretli izin, parasız ebe ve sağlık hizmeti, doğum evleri, daha hafif işlerde çalışmayı sağlayarak, çocuk yuvaları, komünal ve sosyal hizmet kuruluşları, toplumsal yemekhaneler ağı genişleterek, özel bir himaye ve ilgi gösterir....." (Todorov, N.;1979:132). 42. maddesinde ise: "Vatandaşların dinlenme hakkı vardır. Bu hak, emek ücretini azaltmaksızın ve diğer emek haklarına dokunulmaksızın çalışma süresinin azaltılmasıyla yıllık ücretli izinle ve durmadan artan istirahat evleri, kulüpler, halk kütüphaneleri, kültür evleri ve diğer dinlenme ve kültür merkezleri ağıyla sağlanır" (Todorov, N.; 1979:140) denmektedir. Anayasa'ya bağlı olarak BHC'de, 43 yıllık sosyalist deneyimi süresince doğum yapan her bir kadın bir yıl ücretli izinli olup, eğer isterse çocuk üç yaşına gelene kadar daha az bir ücret karşılığında izinli sayılmıştır (Todorov, N.; 1979:34). Sosyal güvenlik fonundan annelere verilen annelik harçlığı ilk çocuk için 10 ay, ikinci çocuk için bir yıl, üçüncü çocuk içinde 18 aya kadar devam etmiştir (Deacon, B;1987:497).

Sosyalist ilkeler çerçevesinde, devrimin hemen sonrasında özel hastaneler ve eczaneler çok kötüye kapatılmış; ancak, çoğunlukla ulusallaştırılmıştır. Sağlık sigortası sistemi terk edilerek, Devlet, sağlık hizmetini parasız olarak finanse eden tek kurum olmuştur. Devrim öncesi kurulan Bulgaristan Tıp Birliği kapatılmış, yerine tüm sağlık emekçilerinin örgütlenebileceği bir sendika kurulmuştur. Tüm üretim ve yerleşim birimlerine sağlık kurumları inşa edilmiştir. 1950 yılından itibaren, en kırsal yerleşim bölgesine dahi bulaşıcı hastalıklarla mücadele için epidemiyoloji istasyonları kurulmuştur. Aşılama zorunlu olmuş, ilaç, ağız dişi sağlığı ve hemşirelik hizmetleri geliştirilmeye başlanmıştır. 1960-1970'li yıllarda beş yeni tıp fakültesi açılmıştır (WHO;1999). Böylece işçi ve emekçilerin üretim birimleri ne olursa olsun her türlü sağlık hizmetini alabilmesi, yılda bir ay istirahat evlerinde parasız olarak kalabilmeleri sağlanmıştır. Ek olarak, fabrikalardaki poliklinikler, hekim ve feldşer merkezleri işçilerin birinci basamak sağlık gereksinimini karşılamaktadır. Ayrıca, 1975 yılına gelindiğinde tüm işçi ve emekçiler için, 63.978 yataklı 918 kreş ve anaokulu, 1161 yataklı sekiz sanatoryum, 40 kaplıca-ılıca, 3836 yataklı 34 anne-çocuk otelevi, sporcuların sağlık muayeneleri ve kontrolleri için

11 dispensar, 1470 yataklı 10 verem savaş dispenseri kurulmuştur (WHO;1980:17-19). İşyeri güvenliği çalışmalarından Trade Union Movement (Sendikal Hareket) sorumlu olmuştur (Deacon, B;1987:502). Ulusal Sağlık Eğitimi Komitesi önderliğinde sosyalist sağlık eğitimi için televizyon ve radyo gibi tüm araçlar kullanılmış, filmler gösterilmiş ve herkese ulaştırılmıştır. Sağlık eğitimi için 1956 yılında 5791 köy teker teker sağlık emekçileri tarafından gezilmiştir.

Devrim boyunca Bulgar sağlık emekçileri Sovyet sağlık emekçilerinin izinde yürümüş, benzer özellikte sağlık hizmeti sunmuş ve istihdam olmuştur. Sağlık sektöründe 1964 yılında on bin kişiye 19.7 hekim düşerken, bu oran, SSCB'de 23.9, Çekoslovakya'da 20.4, Küba'da 9.0, İngiltere'de 14.7 ve Almanya'da 19.4 ve Türkiye 3.3'dür (Hyde, G.;1974:195). 1975 yılında 2360 kişiye bir dişhekim, 2400 kişiye bir eczacı, 232 kişiye bir hemşire düşmekteydi (WHO;1980:28). Hekimlerin, yüzde 21.8'i Tıp Akademisi'nde, yüzde 69.4'ü sağlık hizmetlerinde, yüzde 1'i de halk sağlığı yönetiminde çalışmaktaydı. Tıp eğitimi altı yıl olup, her bir hekimin bir yıl zorunlu hastane hizmeti vardı. Diş hekimliği ise beş yıl olup, dişhekimlerinin altı ayı üniversitede çalışmak ile geçirdi. Hemşire, ebe ve feldşer eğitimi ise iki yıldır.

Sosyalist Bulgaristan'daki sosyalist sağlık örgütlenmesi ise şu şekildedir: Ülke idari olarak, 28 okruğ'a (eyalet) ayrılmıştır. Her bir okrug, kentsel ve kırsal rayondan (commun) oluşmaktadır. Sağlık hizmetleri merkezi bir örgütlenme olup, örgütlenmede idari bölünme önemli oranda dikkate alınmış ve sağlık hizmetleri dört düzeyde örgütlenmiştir:

**Birinci Düzey:** Birinci basamak sağlık birimleri: Kırsal kesimde, en az nüfuslu yerleşim yerlerinde bir pratisyen hekimin sorumluluğunda feldşer istasyonları, diğer yerleşim yerlerinde kırsal sağlık merkezi, rayon hastanelerine ve okruglara bağlı poliklinikler, kentlerde ve fabrikalardaki poliklinikler, hekim ve feldşer sağlık merkezleri ve diş poliklinikleri birinci basamak sağlık birimleridir. 1975 yılında toplam 3.644 birinci basamak sağlık birimi bulunmaktaydı. Kırsal feldşer merkezleri (20.082), kırsal sağlık merkezleri (999), işyerlerindeki feldşer merkezleri (172), yataklı kırsal sağlık merkezleri (166) ve birimleri rayon hastanelerine bağlı poliklinikler (79) sayıları en fazla olan birinci basamak sağlık kuruluşlarıdır (WHO;1980:13). Kırsal sağlık merkezinde genel pratisyen (bir terapist, bazen dahiliye uzmanı), dişhekim, ebe ve hemşire çalışırdı. Daha büyük köylerdeki sağlık merkezinde bu sağlık emekçilerine ek olarak, dahiliye, çocuk, kadın hastalıkları, nöroloji ve göz uzmanları da yer alırdı. Kırsal sağlık merkezleri rayon hastaneleri ile bağlantılı çalışır ve gerekli görüldüğü takdirde, hastalar rayon hastanesine sevk edilirdi. Ana-çocuk sağlığı, enfeksiyon ve paraziter hastalıklarla mücadele, sağlık eğitimi, temiz içme suyunun sağlanması, sanitasyon koşullarının yerine getirilmesi, aşılama, sağlıklı konut ve sağlıklı çevrenin yaratılması başlıca birinci basamak sağlık hizmetleridir. Kentlerde yaşayanlar, birinci

basamak sağlık gereksinimlerini genellikle polikliniklerden, diğer sağlık gereksinimlerini de bölgelerindeki okrug ve rayon hastanelerinden karşılamaktaydı. Her bir polikliniğin hizmet alanı, uchastoklara ayrılır; her bir uchastok, 15 yaş üstü 3000 kişiye genel pratisyen ve çocuk uzmanı (15 yaş altı 900-1000 çocuk), hemşire ve hemşire yardımcılardan oluşan sağlık ekibi ile hizmet sunardı. Şehir poliklinikleri tüm bu sağlık hizmetlerine ek olarak, nüfusun sağlık taramalarını yapardı. 1975 yılında, ülkedeki 71 sağlık ekibi, 1.451.681 kişinin sağlık taramasını yapmıştır (nüfusun yüzde 16.6'sı). Şehir polikliniklerinde her 807 kişiye bir, kırsal sağlık merkezlerinde ise, her 804 kişiye bir hekim düşmekteydi. Ağız diş sağlığı merkezleri, toplam 30 diş poliklinik ile hizmet vermekteydi. Aynı zamanda, diğer sağlık kuruluşlarında da 836 diş danışmanlık birimi ile 155 diş bölümü bulunmaktaydı (WHO;1980:13-15).

**İkinci Düzey:** Hem kasabada hem de köylerde yaşayan emekçi ve işçilere hizmet veren ya bir rayon ya da bir okrug hastanesinin hizmet sunduğu sağlık birimleridir. Bir rayon hastanesi, 200-250 yataklı olup, hem ayaktan hem de yatan hastalara sağlık hizmeti verirdi. Dahiliye, cerrahi, kadın hastalıkları, doğum ve çocuk uzmanları, dişhekimleri, hemşireler vb. bir rayon hastanesinde çalışan sağlık emekçileri idi.

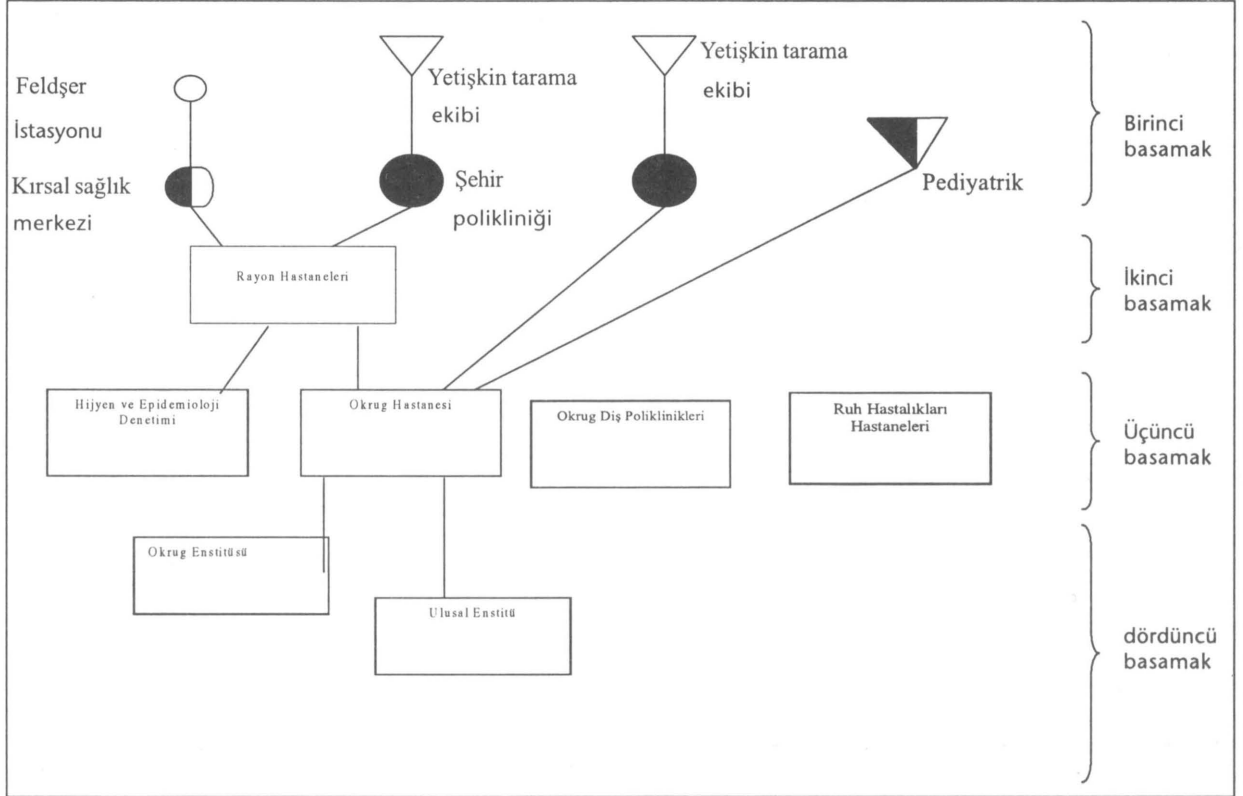
**Üçüncü Düzey:** Toplam 28 okrug düzeyindeki okrug hastanesi, hijyen ve epidemioloji denetimi, diş poliklinikleri ve ruh hastalıkları hastanelerinden oluşan sağlık merkezleriyle hizmet verir. Hijyen ve epidemioloji denetimi birimi, çevre sağlığı işçi sağlığı, beslenme, radyasyondan korunma, bulaşıcı hastalıkları önleme, ana-çocuk sağlığı ve sağlık eğitimi faaliyetini sürdürür. Bünyesindeki sağlık eğitimi bölümleri okrugdaki tüm etkinlikleri örgütler ve sağlık materyalleri geliştirir. Bu birimdeki hijyen ve epidemioloji denetçileri sadece kentte değil kırsal kesimde de çalışırdı (WHO;1980:16).

**Dördüncü Düzey:** *İnter Okrug ve Ulusal:* 300.000'den daha az kişiye hizmet veren okrug hastanelerinin her zaman etkin hizmet veremeyeceği kaygısıyla kurulmuş uzmanlık hastaneleridir. Okrug hastanelerinin bazıları beyin cerrahisi, üroloji vb. uzmanlık alanlarının fonksiyonlarını da içeren interokrug düzeyindedir. Verem ve dermato-venereoloji dispanserleri, okrug hastaneleri diğer verem, kanser, psikiyatrik hastalıklar, dermato-venereoloji dispanserleri interokrug düzeyindedir. İnter okrug düzeyinde 32 hastane (16'sı verem, 16'sı ruh hastalıkları), 51 dispanser (verem, dermato-venereoloji, kadın hastalıkları ve psikiyatri) bulunmaktaydı. Ulusal düzeyde kadın hastalıkları ve doğum (4 adet), infeksiyon hastalıkları (4 adet) ve çocuk uzmanlık hastaneleri yer almaktaydı. Hijyen ve İşçi Sağlığı Hastalıklar Enstitüsü, Sosyal Hijyen ve Sağlık Hizmetleri Örgütlenmesi Enstitüsü, Beslenme Enstitüsü, İdeolojik Sorunlar ve Tıp Pedagojisi Enstitüsü, İnfeksiyon Hastalıkları ve Paraziter Hastalıkları Enstitüsü ve Onkoloji Enstitüsü 23 ulusal enstitünün bazılarıdır. Tıp Pedagojisi ve İdeolojik Sorunlar Enstitüsü, Halk Sağlığı denetiminde sağlık eğitimi sorumludur. Bu enstitü, sosyalist kitle eğitimi, sağlık eğitimi yöntemi ve eğitim materyali geliştirme faaliyetlerini yerine getirirdi (WHO;1980:20-21) (Şekil 1).

Sağlık hizmetlerinin yönetimi ise, ulusal ve okrug düzeyinde olmuştur. Ulusal sağlık düzeyi, Sağlık Bakanlığı'nı ifade etmektedir. Bakanlık merkezi Sofya'da bulunmaktadır. Sağlık emekçilerinin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitiminden, sağlık hizmetlerinin planlanmasından, yönetiminden, ulusal veri tabanının geliştirilmesinden, her türlü sağlık hizmeti sunumundan ve sağlık emek gücü istihdamından Sağlık Bakanlığı sorumlu olmuştur. Bunun dışında, BHC'de kendi örgütlerine ait sağlık hizmeti sunan üç kuruluş: Ulaştırma Bakanlığı, Tarım ve Gıda Sanayi Bakanlığı ve Savunma Bakanlığı'dır. İlk ikisinin hizmeti Sağlık Bakanlığı denetiminde, Savunma Bakanlığı ise bağımsızdır (Aksakoğlu, G.;1978:30). Tüm sağlık verileri Bakanlık düzeyinde merkezi olarak toplanmakta ve 1970 yılından itibaren tüm veriler bilgisayar ortamında kayıt altına alınmakta ve analiz edilmektedir. Bakanlık bünyesinde, Danışmanlık Merkezi, Tıp Akademisi (dört tıp fakültesi, bir eczacılık ve iki diş hekimliği fakültesi ve 16 ulusal enstitüsü) ve interokrug düzeyindeki hastane yönetimi, sağlık yönetimi, planlama, finans ve sağlık kurumlarını geliştirme başkanlığı, koruyucu tıp ve sosyal refah direktörlüğü ve de epidemiyoloji ve hijyen bölümleri bulunmaktadır. Bakanlıktaki önemli kararlar Bakanlık oluşturan Kollegium tarafından alınır. Bakanlığa bağlı iki danışman yapı vardır: Tıp Konseyi ve Cumhuriyet Uzmanları. Tıp konseyi, sağlık yöneticilerinden, bilim adamlarından ve profesörlerden oluşan 120 kişilik bir ekiptir. Konseyde, sağlık planlaması, tıbbi bakım, ağız diş sağlığı, çevre, sağlık emekçilerinin yetiştirilmesi, uluslararası emekçi ve işçi dayanışması, tıbbi araştırmalar, ilaç tıbbi teknoloji ve nüfusun sağlık durumu olmak üzere 11 bölüm vardır. Okrug düzeyindeki sağlık hizmetleri, Okrug Halk Konseyi'ne politik olarak bağlı olan halk sağlığı ve sosyal refah okrug bölümü tarafından okrug hastaneleri, uzmanlık hastaneleri okrug hijyen ve epidemioloji denetçileri ve diş poliklinikleri buraya bağlıdır (WHO;1980) (Şekil 2).

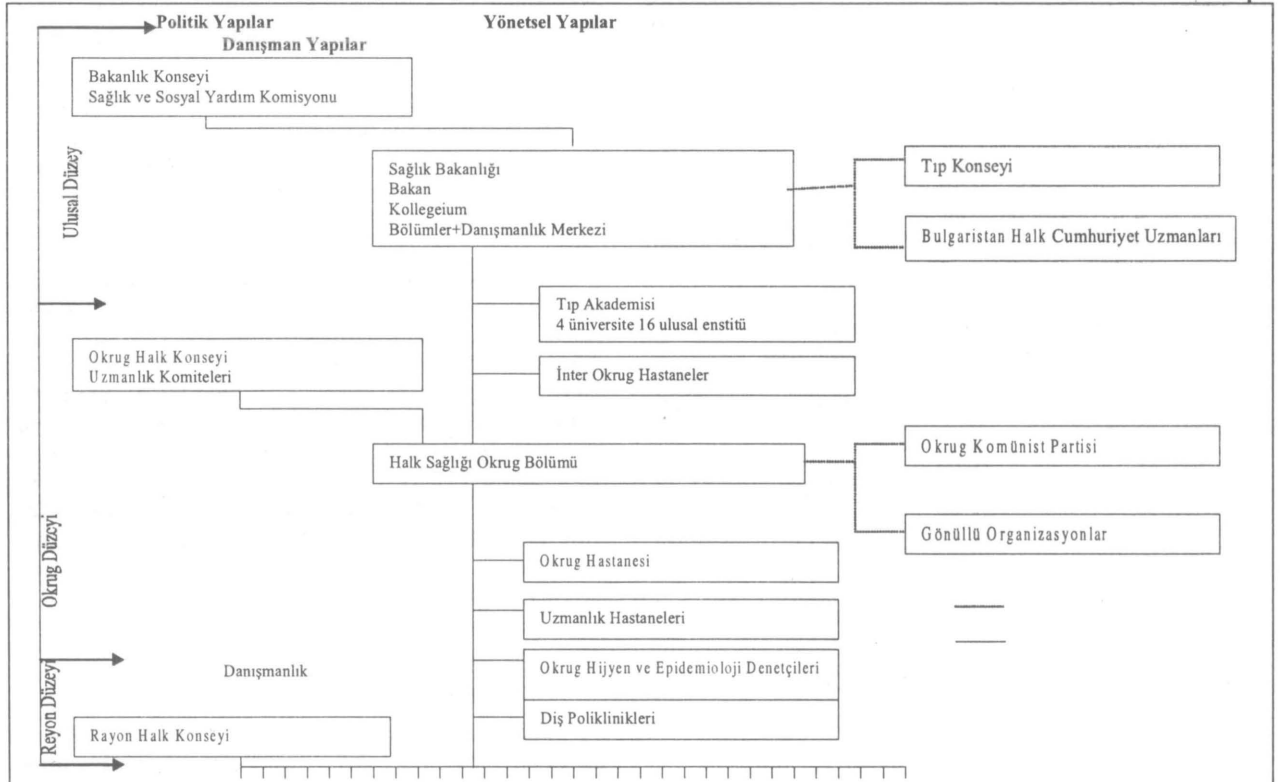
Sağlık hizmetlerinin planlanması, genel planlarla birlikte yürütülmüştür. Sağlık planları, kısa (yıllık), orta (beş yıllık) ve uzun süreli planlar (20 yıllık) olmak üzere üçe ayrılırdı. Kısa süreli sağlık planları genel olarak beş yıllık plandaki temel prensipleri değiştirmeden, yıllık olarak değişen ihtiyaçlara göre küçük değişiklikler yapılırdı. Orta süreli plan, her yılın tahmini sağlık gereksinimlerinin en ince detaylarını belirler ve sağlık hizmetleri için gerekli olan kaynakları ortaya koyar. Bu plan ancak beş yılda bir değişirdi. Birinci basamak sağlık birimleri, mevcut durumunu ve bütçesini rayon hastanesine gönderdiği zaman daha sonra okrug hastanesi ile koordinasyon içinde, şubat ayında yerel düzeyde planlama başlardı. Mart ayının sonuna kadar, okrug hastanesi bir üst kuruma taleplerini gönderir. Plan, en son olarak bakanlığa ulaşır. Planlama komitesinin işbirliği ile, halk sağlığı ve sosyal refahın okrug departmanı, okrug sağlık planını formüle eder. Haziran ayı bitiminde, plan Sağlık Bakanlığı'na gönderilir. Burada da değerlendirilir. Ağustos ayının bitiminde tartışma sona erer ve merkezi planlama yapılırdı (WHO;1980:30-32) (Şekil 3).

Şekil 1. Sağlık Hizmetleri Yapısı



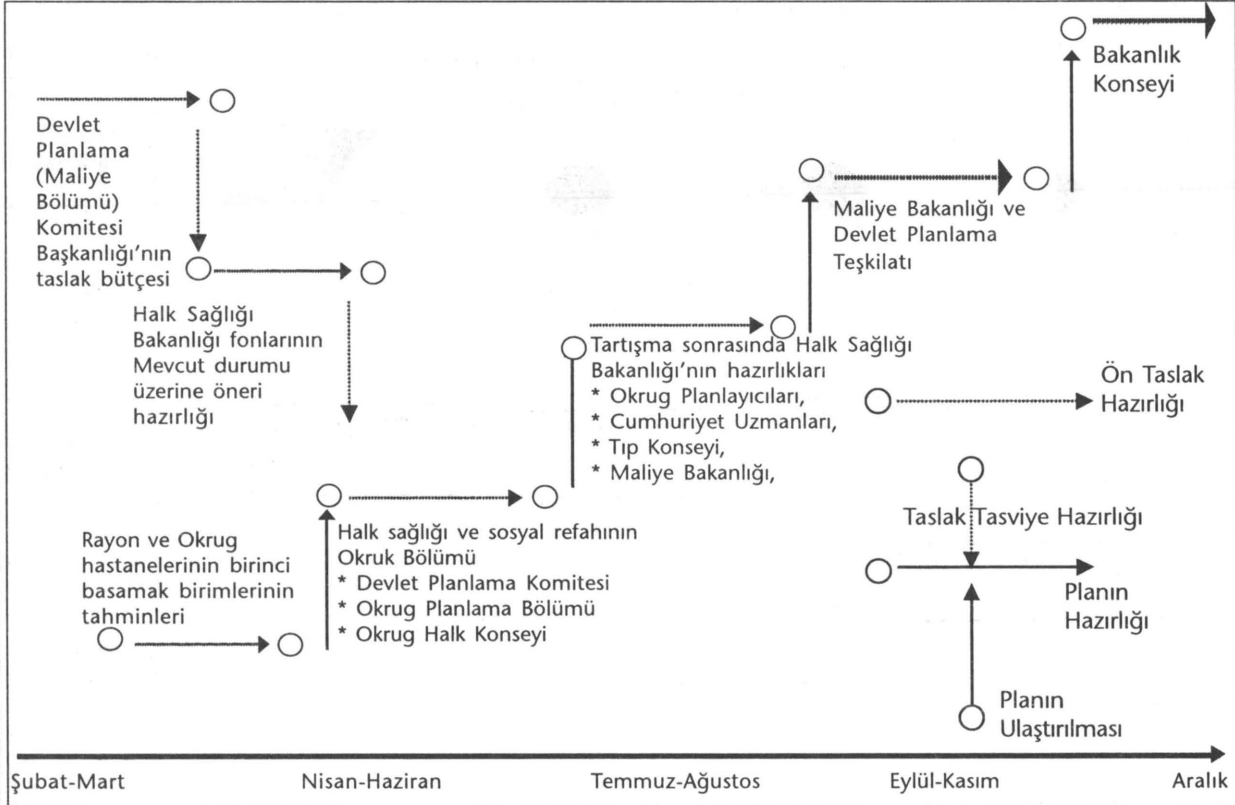
WHO;1980:11

Şekil 2. Bulgaristan Halk Cumhuriyeti Sağlık Hizmetleri Yönetimi Yapısı



WHO;1980:24

Şekil 3. Sağlık planlama süreci: Kısa ve orta süreli planlar



WHO;1980:31

Sovyet sağlık hizmetleri özelliğine çok benzeyen BHC'deki parasız, merkezi planlı, örgütlü, basamaklı ve koruyucu sağlık hizmetlerinin insan sağlığı üzerinde yarattığı sonuçları şu şekildedir:

Devrim öncesi (1935-1939) yaşam beklentisi, sadece 52 yıl iken, 1980 yılında yaklaşık 20 yıl uzayarak, 73 yıla yükselmiştir. Aynı yıl, Bulgaristan'daki kadınlar ortalama 74 yıl yaşam beklentisine sahipken, bu, Romanya'da 72, Türkiye'de 62, Yugoslavya'da 70 ve SSCB'de 74 yıldır (Deacon, B.;1987:494) (Tablo 1). Yine 1980 yılında yaşam beklentisi Batı Avrupa'da 74.1, Doğu Avrupa'da 69.9,

Tablo 1. Bulgaristan Halk Cumhuriyeti'nde 1935-1980 yılları arasındaki yaşam beklentisi

Yıllar	Erkek	Kadın	Tüm
1935-1939		53	52
1965-67	68.81	72.67	70.66
1969-71	68.58	73.86	71.11
1974-76	68.68	73.91	71.31
1978-80	68.35	73.55	71.14
1980	69	74	73
1989	68.6	75.1	-
1990	68.1	74.8	72
1995	67.1	74.6	-
2000	61.0	65.8	71.6
2001	68.4	74.8	71.5

Deacon, B.;1987, WHO, 1999:7, European Health Report, 2002:148

Kuzey Amerika'da ise, 73.9'dur (Deacon, B.;1987:508). Dolayısıyla, SSCB, Bulgaristan ve Küba örneklerine dayalı olarak sosyalizm insan ömrünü uzatır, kapitalizm ise erken öldürür denilebilir.

1917-1795 yılları arasında insanların boyu ortalama dört cm uzamıştır (Kıyafet, H.;1979:12). Yine bu gelişmenin bir sonucu olarak, 1976-1982 yılları arasında tüm yaş gruplarındaki ölüm hızı belirgin bir biçimde düşmüştür (Tablo 2).

Bunların yanında, 1946 yılında yüzde 26.5 olan doğum hızı, 1987'de yüzde 13.1'e, ölüm hızı ise, yüzde 13.7 iken, yüzde 12'ye düşmüştür (memory.loc.gov/cgi-bin). Bebek ölüm hızı, 1960 yılında binde 49'a, 1970 yılında binde 28'e, 1989 ise, binde 17'ye, çocuk ölümleri ise, binde 49, binde 32, binde 20 ve binde 19'a kadar düşmüştür. Oysa, aynı yıllarda bebek ölümleri Türkiye'de binde 163, binde 150, binde 118 ve binde 55 gibi oldukça yüksek bir orandaydı (UNICEF;2000, UNDP;2002, UNICEF;2002). Yine aynı yıllar çocuk ölümleri açısından Çin, Türkiye, Macaristan ve Arjantin Bulgaristan'dan oldukça yüksek çocuk ölüm hızlarına sahipti.

### III. Devrim Sonrası Bulgaristan (1989'den Günümüze)

1985 yılında Gorbaçov Bulgaristan'ı ziyaret ederek Jivkov'a rekabetçi ekonomiye geçilmesi için baskı yapmış ve 1991'de sosyalist çözümlü birlikte yaşamlar alt üst

Tablo 2. 1976-1972 arası yaşa özgü ölüm hızları (binde)

Yaş Grupları	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1976-82 Değişim (%)
<b>Bebek</b>								
Kadın	24.6	27.2	27.0	22.3	23.1	21.1	20.5	16.6?
Erkek	19.7	20.6	19.7	17.2	17.2	16.6	15.8	19.7 ?
<b>Genç (20-24)</b>								
Kadın	1.19	1.25	1.30	1.24	1.34	1.18	1.36	14.2?
Erkek	0.59	0.58	0.59	0.57	0.53	0.52	0.48	18.6?
<b>Orta (40-44)</b>								
Kadın	3.34	3.63	3.75	3.95	3.66	3.71	4.04	20.9?
Erkek	1.74	1.69	1.86	1.81	1.68	1.67	1.88	8.0?
<b>Yaşlı (60-64)</b>								
Kadın	22.0	25.2	23.4	24.0	23.5	24.1	21.5	2.3?
Erkek	13.5	14.7	13.6	13.2	12.7	12.5	11.7	13.0?

Deacon, B;1987:509

olmuştur. BHC'de 43 yıllık sosyalizm boyunca tam istihdam sağlanmış iken, kapitalizm süreciyle 1989-1994 arası istihdam yüzde 37.7 düşmüş, 1990 yılında yüzde 1.5 olan işsizlik hızı, 2001 yılında yüzde 16'ya ulaşmıştır. Bu oran, Rusya'da yüzde 13.4, Türkiye'de yüzde 6.6 ve İngiltere'de yüzde 6'dır. Şu anda iş bulabilenlerin yüzde 40'ı da sosyal güvenceden yoksundur. Nüfusun yüzde 53'ü yoksulluk sınırının altında yaşamakta, yüzde 0.2'si günde bir dolardan az kazanmaktadır (UNICEF;1999, UNDP;2002). Yoksulluk hızı 1987-1988'de yüzde 2 iken, 1993-1995 arası yüzde 15'e kadar yükselmiştir. Bu oran, Estonya'da yüzde 37, Çek Cumhuriyeti'nde yüzde 1 ve Rusya Federasyonu'nda ise yüzde 2.50'dir. Yıllık enflasyon hızı 1993'de 23.9 iken, 1997'de 578.6 (UNDP;1996, UNDP; 2002) olmuştur. 1990 yılında özel sektördeki istihdam sadece yüzde 5.9 iken, 1995'de 40.7'ye çıkmıştır. 1992-1994 yılları arasında ülkede özel yatırım yapan şirket 2.6 kat artmıştır. BHC'ne kapitalizmin girmesiyle 1989-1991 yılları arasında 406.000 kişi, 1992 yılında ise 70.000 kişi ülkeden göç etmek zorunda kalmıştır.

1991 yılında eğitimin özelleştirilmesiyle sadece 1994 yılında 44.869 kişi (yaklaşık yarısı temel eğitim düzeyinde) okuldan ayrılmak zorunda kalmıştır. Bugün 16 yaş altındaki çocukların yüzde 7.2'si okula gidememektedir. 1989-1990 yılları arasında ortaokullara kayıtlı 239.572 kişi var iken, 1995-1996'da sayı 209.286'ya düşmüştür. Sosyalizm süresince, bu alana devletin yaptığı yatırımlarla araştırma ve teknoloji alanında büyük ilerlemeler kaydedilirken, 1989 yılının bitiminde Devlet bilimsel çalışmaların finansmanından geri çekileceğini açıklamış ve 1989 yılında birden devletten buraya ayrılan pay yüzde 0.9'a kadar inmiştir. Araştırma kurumlarında 1989 yılında 31.611 araştırmacı çalışırken, istihdam 1995'de 24.848'e kadar düşmüştür, 1980-1989 arası araştırma alanında çalışanlar yüzde 40 artarken, 1989-1994 arası yüzde 20'ye inmiştir (Vassileva, B.;1991;UNDP;1996). Bu kapitalist piyasa ilişkilerine bağlı olarak yakın tarihte ülkede yarım milyon okulun kapanacağı ve 7.400 öğretmenin de işsiz kalacağı tahmin edilmektedir (UNICEF; 1999).

Bu olumsuz gelişmelerden en çok etkilenen alanlardan

birisi de sağlık olmuştur. Çünkü ülkeye kapitalizmin girmesiyle sağlık sisteminde de, 1990'lı yılların ilk yarısından itibaren yapısal bir değişim başlamıştır. Bu değişimler sırasıyla:

1- Kamusal sağlık hizmetinin terk edilmesi özelleştirmelerin uygulanması için 1991 yılında sağlık yasası geçmiştir. Bu yasa ile, 1998'e gelindiğinde 155 yeni özel sağlık kurumu (87'si poliklinik, 16'sı hastane ve 16'sı laboratuvar) açılmış, sağlık hizmetleri bütünüyle paralı olmuştur. 1992 yılında özel sektörde 4124 pratisyen hekim, 2594 dişhekim çalışırken, iki yıl içinde bu sayı 9424 ve 4556'ya dört yıl sonra, 8000 ve 3864'e çıkmıştır. 1990-1997 arası eczacıların kamusal istihdamı yarı yarıya, feldşer'in beşte bir, hemşirelerin ise onda bir tüm sağlık çalışanlarının yüzde 13 oranında azalmıştır (WHO; 2001: 2003). 1996 yılında, özelleştirme programlarının yaşama geçirilmesi için 26 milyon dolar Dünya Bankası'ndan, 11 milyon dolar Avrupa Sosyal Fonu'ndan toplam 46 milyon dolar yardım gelmiştir.

2- Sosyalist devrim süresince ilaç ve eczacılık hizmetleri devlet eliyle parasız yürütülürken, 1991 yılından itibaren bu hizmetler doğrudan özel mülkiyete devredilmiştir.

3- Devrim süresince tüm sağlık emekçilerinin örgütlendiği sendika kapatılıp, yerine Tabipler ve Dişhekimleri Birliği kurulmuş, diğer sağlık emekçileri de istedikleri takdirde buraya üye olabilmştir.

4- Merkezi sağlık örgütlenmesi desantralize edilerek, Sağlık Bakanlığı'na sadece denetim işlevi yüklenmiştir. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansı tümüyle belediyelere devredilmiş, 1997'de Sağlık Yasası çıkarılarak, bu durum hukuki olarak meşrulaştırılmıştır. Bu yasaya göre, belediyeler polikliniklerini, küçük ve orta büyüklükteki hastaneleri ve dispanserleri açabilmekteydi. (WHO;1999:11).

5- Birinci basamak sağlık hizmetleri uzman polikliniklerce yürütülmeye başlanmıştır. 1990'da birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri birbirinden tamamen

ayrılmıştır. 1990 yılına kadar parasız olarak sunulan sağlık hizmetleri, bu tarihten itibaren, paralı olmaya başlamıştır. 2000 yılında ayaktan hastalar, 2001 yılında yatan hastalar için özel sağlık sigorta sistemine geçilmiştir (WHO;2001).

Sağlık Hizmetlerinin tümüyle özelleştirilmesi sonucu, GSMH'da sağlığa ayrılan pay 1990'da yüzde 5.2 iken, üç yıl içinde yarı yarıya düşmüştür. 1992-1996 yılları arasında merkezi hükümet harcamalarının yüzde 5'i sağlığa, yüzde 4'ü eğitime ayrılırken, yüzde 8'i savunmaya ayrılıyordu (UNDP;2002). Sağlıkta en büyük kar alanı olan hastanelerin sayısı ise hızla artıyordu. 1997 yılında bin kişiye 10.5 hastane yatağı düşerken bu oran yerleşim yerine göre büyük bir eşitsizlik göstermekteydi. Örneğin, Bugas bölgesinde bu oran 81.8 iken, Lovech'de 126.0'dır (WHO;2001:38).

Bulgaristan'daki kadınların şu anki yaşam beklentisi, Avrupa'daki referans ülkeler içinde en düşük olanıdır. 1989 yılında prenatal ölüm hızı yüzde 11 iken, 1998 yılında ölüm hızı Batı Avrupa ülkelerinden iki kat daha fazladır. Çoğu bulaşıcı hastalığın sayısı ve sıklığı hızla artmaya başlamıştır. 1994 yılında tüberküloz vakası yüz binde 142.2'ye yükselmiştir. Sifiliz 1980' lerde oldukça düşük iken, 1990'lardan itibaren yükselmeye başlamıştır. 1989 yılında yüz binde 118 olan anne ölüm hızı, sekiz yıl içinde 137, serobrovasküler hastalıkların yüzdesi 1989 da binde 85.4 iken, iki yıl içinde binde 105.1'e ulaşmıştır. 1970'de 0-64 yaşları arasında erkeklerde kardiyovasküler hastalıklar Avrupa ülkeleri içinde en düşük iken, 1999 yılında en yüksek ülke konumuna gelmiştir (WHO;2001). 1999 yılında, intihar ve kendine zarar verme oranı yüzde 14'e yükselmiştir. 1989-1994 arasında ruh sağlığı sorunları çok ciddi artış göstermiştir. Çünkü, şizofreni, epilepsi, alkol bağımlılığı ve nevrozlar dispanserlere başvurular arasında yüksek sıralardaydı. Sosyalizmin mirasına bağlı olarak, başışıklama oranları, gebeliği önleyici yöntem kullanma prevelansı halen yüksektir. Örneğin, BCG yüzde 98, DPT yüzde 96, 1995-2001 arasında gebeliği önleyici yöntem kullanma prevelansı yüzde 86'dır.

Sonuç olarak, tarihi boyunca kapitalizmi yaşamış ya da sosyalizmden kapitalizme geçmiş ülkelerde ne özelleştirme, ne özel sağlık sigortacılığı, ne aile hekimliği modeli, ne birinci basamak sağlık hizmetlerinin göçertilmesi ve sağlık hizmetlerinin büyük oranda tedavi hizmetlerine yaslanması sağlık alanındaki sorunları çözmeye yetmediği gibi, kapitalizmi de iktisadi, siyasi ve ideolojik olarak sağlamlaştırmaya yetmemiştir. Aksine, barışın yerini savaş, eşitliğin yerini sömürü ve yoksulluk, sağlığın yerini de hastalık, erken ölümler ve sakatlıklar almıştır.

#### KAYNAKLAR

Aksakoğlu, G. (1978), "Sosyalist ülkelerde sağlık örgütlenmesi". Toplum ve Hekim, 8:31-32.

Çervendiva, M., Poborrikova, S., Koleva, T., Mitef, B., Redef, G., Petrova, S., Boef, B., et al. (1975), Çev:

Kerim Y, Bulgaristan Komünist Partisi tarihi. Kızılırmak yayınevi, Ankara.

Danailof, G. (1937), Çev: Kanar İ, "Bulgaristan nüfus istatistiklerine aid tetkikler", Başvekalet İstatistik Umum Müdürlüğü, Neşriyat 101, Seri:56, Ankara.

Deacon, B. (1987), "Sociopolitics or social policy: Bulgarian welfare in transition", International Journal of Health Services. 17(3):489-513.

Dimov, D. (1978), Çev: Arpad, T. "Tütün", May Yayınları Roman Dizisi, 7. Baskı.

Genov, N., Krasteva, A. (1994), "Migration in 1946-1956 Bulgaria: Eastern European And Mediterranean patterns", Paper for EUH 6289 gender and power in Mediterranean societies, Fall Instructor: Thomas W. Gallant. members.tripod.com.

Hyde, G. (1974), "The Soviet health service a historical and comparative study". Lawrance&Wishart.

Kıyafet, H. (1979), "Bulgaristan'da eğitim", Habora Kitabevi Yayınları-185.

Markham R.H.( 1926), "Bulgaria of to-day and tomorrow". Sofia Publishing Pres.memory.loc.gov/cgi-bin/query.

Todorov, N. (1979), Çev: Atayman V, "Bulgaristan tarihi". Öncü Kitabevi Yayınları-38,Bilim dizisi-17, İstanbul.

UNDP.(1996), "Bulgaria human development report" www.undp.org/rbec/nhdr/1996/bulgaria

UNDP.(2002), "Human Development Report 2002. Deepening democracy in a fragmented world". Oxford University Pres.

UNICEF. (2001), "Dünya Çocuklarının Durumu".

UNICEF (2000), "Ulusların gelişmesi".

UNICEF (1999), "Ulusların gelişmesi".

Vassileva, B. (1991), "Migration processes in Bulgaria after the second world war". Univ izd/vo "Sv. kliment ochridski", Sofia. members.tripod.com

WHO. (1980), "The gabrova health services model in the People's Republic of Bulgaria", WHO, Euro reports and studies 27.

WHO. (1999), "European observatory on health care systems. Health care systems in transition Bulgaria.www.who.dk.

WHO. (2001), "Highlights on health in Bulgaria 2001", www.who.dk.

WHO. (2002), "The European health report". European series, No:97.

www.nhif.bg/healthcare.

www.datacom.bg/nbgen/document38. Recent social trends in Bulgaria 1960-1995.

Zhivkov, T. (1976), Çev. Polat E, "Bulgaristan'da bugünkü durum". Ürün yayınları 13, Ufuk matbaası, İstanbul.