



# ESKİ SOVYETLER BİRLİĞİ'NDE SAĞLIK: Sağlık Politikası, Örgütlenme, Sağlık Göstergeleri

Dr. Nadi BAKIRCI\*

## I — GİRİŞ

Son yıllarda dünya olağanüstü hızlı bir değişim sürecine girmiş görünüyor. Bu değişimi izlemek bile artık yorucu hale geldi. Ardı ardına çöken sistemler, değişen ekonomik yapılar, bozulan dengeler yeni tartışmalara ve arayışlara yol açmıştır. Bütün bunlar, sağlık politikaları ve sağlık sistemlerinde de yansımalarını buldu. Desantralizasyon, özelleştirme, özerkleşme, hakkaniyet gibi bir çok kavram yoğun bir şekilde tartışılmaktadır.

Dünyada uygulanan sağlık sistemlerinin ve sağlık politikalarının incelenmesi, hiç kuşkusuz bütün bu tartışmalara bir açılım sağlayacaktır.

Bu çalışmada, sosyalist ülkelerde uygulanmış olan sağlık sistemlerinin ortak özelliklerine ve planlama ilkelerine kısaca bir göz atarak asıl üzerinde duracağımız Eski Sovyetler Birliği'ne döneceğiz. Dağılmadan önceki sağlık sistemini ve sağlık koşullarını temel alarak, Eski Sovyetler Birliği'nin demografik özelliklerini, sağlık örgütlenmesini, planlama ve finansmanını, işçi sağlığı uygulamaları ve tıp eğitimini incelemeye çalışacağız.

## II — SOSYALİST ÜLKELERDE SAĞLIK POLİTİKALARININ ORTAK ÖZELLİKLERİ

*Ücretsiz hizmet*, sosyalist ülkelerde sağlık sisteminin temel özelliğidir. Ayrıca işveren kuruluşlardan toplanan paylarla oluşturulan sigorta sistemi geliştirilmiştir(1).

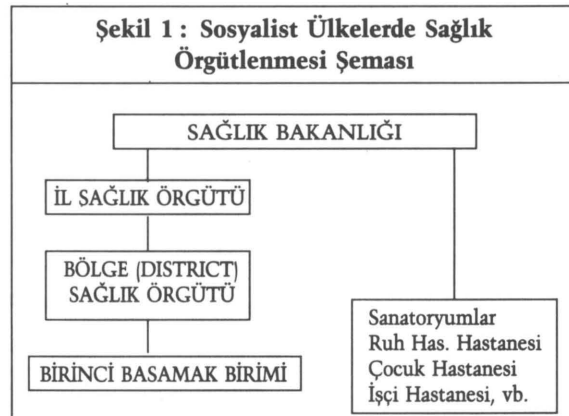
*Merkezi Örgütlenme*, tüm sosyalist ülkelerde yapılanmanın esasını oluşturmuştur. Sağlık hizmetlerinin planlanması, koruyucu ve iyileştirici hizmetler, araştırmaların koordinasyonu, denetleme ve

teknik destek, personel eğitimi, ilaç üretim ve dağıtımını tek elden, Sağlık Bakanlığı aracılığıyla yürütülmüştür. Bazı uzmanlık hastaneleri (enfeksiyon hastalıkları, çocuk hastalıkları, travma ve ilkyardım gibi) ve işçiler, öğrenciler, çocuklar gibi belirli nüfus gruplarına yönelik hizmet sunan kuruluşlar, bölge düzeyindeki ana örgütle entegre edilerek bu bölgenin denetimine verilmiştir (Şekil 1)

*Entegrasyon*, koruyucu ve iyileştirici hizmetler, çevresel ve bireysel hizmetler, tıbbi ve sosyal hizmetler entegre edilerek uygulanmıştır. Bu entegrasyon örgüt içinde yatay ve dikey, örgütler arasında yatay olarak kurulmuştur(1).

*Ekip çalışması*, sağlık hizmetlerinde kesinlikle olması gereken bir özelliktir. Bu ülkelerde, "ortak hizmet" anlayışıyla toplum tabanlı (Bulgaristan'da 2000'den Küba'da 30000'e kadar oluşturulan "çekirdek toplum"da) uzmanlaşmış hizmet sunulmuştur(1).

Şekil 1 : Sosyalist Ülkelerde Sağlık Örgütlenmesi Şeması



*Toplum Katılımı*, tüm basamaklarda yerel konseyler tarafından sağlanır. Halk oyuyla seçilen bu

\* Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi

konseylerde ağırlıklı olarak işçi sendikaları temsilcileri ve işçi sınıfının politik örgütleri yer almıştır(1).

**Planlamanın kapsayıcılık niteliği:** Sağlık planlaması, devlet politikası, ülkenin ekonomik ve toplumsal gelişimi, finansman, insan gücü ve bilgi kaynakları, yönetim sorunları, demografik, toplumsal, kültürel durum ile ilgili somut veriler göz önünde bulundurulurak yürütülmek üzere, geniş bir nüfusu kapsayacak şekilde yapılır.

### III — ESKİ SOVYETLER BİRLİĞİ'NDE SAĞLIK

#### A) Demografik Değişim

Çarlık Rusyası'nda nüfus 1550'de 11 milyon iken 1700'de 17 milyona, 1800'e kadar da 34 milyona ulaşmıştır. Bu yıllarda Kaba Doğum Hızı binde 50 civarındadır(2). Ancak her doğan dört bebekten biri ölmekteydi. Genel olarak bu yıllarda Kaba Ölüm Hızı binde 30'larda iken, kıtlık ve salgınların olduğu yıllarda hız çok yükseliyordu(3). 1900'lü yıllarda doğum ve ölüm hızları düşmeye başlamıştır. Nüfus, 1858'de 67 milyonken, 1897'de 129 milyona çıkmıştır. 1900'lerde 20 yaşın altındaki nüfusun genel nüfusa oranı %50'lerdeyken, 1959'larda %37'lere düşmüştür.

Nüfus artış hızı, dünya savaşları sırasında belirgin bir biçimde azalmıştır. Birinci Dünya Savaşı ve İç Savaş sırasında, beklenen doğumların da gerçekleşmediği hesaplanarak 20 milyon civarında bir nüfus kaybından söz edilmektedir. 1917 Devriminde II. Dünya Savaşı sonrasına kadarki sürecin demografik özellikleri bir bilinmez olarak kalmıştır. Son yıllarda, arşivlerin açılması ile bu dönemin nüfus dinamiği yeniden oluşturulabilmiştir(4). 1920 yılına kadar süren iç savaş, salgın hastalıklar ve 1922-23'deki açlık birçok insanın ölümüne neden olmuştur. Bu yıllarda Batı Avrupa'ya ve ABD'ye 1.75 milyon kişi göç etti (3,4). Özellikle, 1930'lu yıllar sürgün ve tutuklamaların yapıldığı yıllar oldu. 1937'de 2.4 milyon olan sürgüne ya da toplama kamplarına yollanan insan sayısı, 1939'da 3.1 milyona çıktı(4). 1929-1930 yılları arasında tarım alanlarının kollektifleştirilmesi ve Kulak'ların\* ortadan kaldırılma planıyla birlikte ilk idamlar ve toplu göçler baş gösterdi(3,4). Bunu izleyen kötü rekolteler ve hatalı bir şekilde yapılan hasatlar, 1933 yılında büyük bir kıtlığa neden oldu. Ölüm hızı 1932 ile 1933 yılları arasında iki katından daha fazla arttı ve binde 70'e yükseldi. Böylece 1933 yılında 163 milyon olan nüfus, 1934'de 157 milyona düştü. 1935 yılında, devrimden sonra yasallaş-

\* Kulak: Büyük toprak sahibi köylü. Kırsal kesimin en zengin tabakasını dile getiren kulak deyimi Rusça'ya Tatarca'dan geçen bir deyimdir ve köy burjuvazisini adlandırır (15).

tırılmış olan kürtaj yeniden sınırlandırıldı. 1944'den beri az çocuklu aileler vergilendirilerek çocuk yapmaya özendirilmiştir(3,4).

Sovyetler Birliği II. Dünya Savaşı sırasında normal ölümler dışında 27 milyon insanını yitirdi. 1940 yılında nüfus 192.6 milyon iken 1946 yılında 170.5 milyona düştü. Bu gün Sovyetler Birliğinin nüfusu %0.8'lik artış hızı ile 290 milyona erişmiş durumdadır (Tablo 1).

Tablo 1 : SSCB'nin 1970, 1980 ve 1990 Yıllarına Ait Demografi ve Kültür Göstergeleri

	1970	1980	1990
Nüfus (milyon)	243	266	290
Yoğunluk (kişi/km <sup>2</sup> )	10.90	11.90	12.9
Yıllık Artış (%)	1.00a	0.90b	0.8
Toplam Doğurganlık Hızı	2.40a	2.30b	2.30
Bebek Ölüm Hızı (binde)	24.70	27.30	22.3f
Doğumdan Beklenen Yaşam Süresi (yıl)	68.9	67.9	70.6
Kentsel Nüfus (%)	56.7	63.0	65.8
Hekim Sayısı (1000 kişiye)	2.74	3.75	4.44f
Ortaöğrenim (binde)	85	93	98d
Yüksek Öğrenim (binde)	25.3	21.2	23.6d
TV Alıcısı (binde)	143.00	288	321.1f
Yayınlanan Kitap (başlık sayısı)	78899	80676	76711f

\* a 1965-1975; b 1975-1985; c 1985-1990; d 1988; e 1987; f 1989; g 12-16 yaş

Kaynaklar : (4,5,6)

#### B) Sağlık Koşulları

##### 1 — Tarihsel Gelişim

1917 yılında Sovyet rejimi yönetime gelmeden, Çarlık Rusyası'nda sağlık durumu oldukça kötüydü. Savaş ve Devrim sırasındaki zorluklar hizmetlerin sunumunu etkiledi. Bu dönemdeki sağlık düzeyi, Devrim öncesinin de gerisine düşmüştü. İlaçların tıbbi kuruluşlara ve bireysel tıp çalışanlarına ulaştırılmasında aksaklıklar meydana geldi. Halk hizmetlerinin, devlet girişimlerinin ve tıbbi yardımların çok kötü olduğu bu dönemde, Lenin, Aralık 1919'da Sovyetler toplantısında soruna dikkat çekiyordu; " ... ya bitler sosyalizmi yenecek, ya da sosyalizm bitleri!..." Bu sıralarda 20 milyondan fazla insan tifüs geçirilmekteydi(7).

Bu dönemde 160 milyonluk nüfus 25.000 hekimin sorumluluğundaydı. Yetersiz hekim sayısı ile birlikte, büyük çoğunluğunun şehirlerde bulunması durumu daha da ağırlaştırmıştı. Tüm bu olumsuz koşullar bir araya gelince, 1917-1923 yılları arasında 3 milyondan fazla insan kolera, tifüs, tifo ve dizanteriden öldü(7). Bu şartlar altında Sovyetler yönetimi; halka tıbbi hizmet sağlama, bilgisiz olan sağlık personelini eğitme, hekim dışı personelleri ile

(feldsherler) kırsal bölgede sağlık hizmeti sunma ve yabancı ülkelere sağlanan tıbbi yardımları artırma girişiminde bulundu. Bu atılımlarla olanaklar çok genişletildi. 1917 devrimiyle başlatılan sosyal çalışmaların en önemlilerinden biri, dünyada ilk bağımsız Sağlık Bakanlığı'ndan birinin kurulması oldu(1).

## 2 — Sağlık Göstergeleri

### Sağlık İnsan Gücü, Altyapı, Teknoloji

Eski Sovyetler Birliği'nde hekim ve diğer sağlık personelinin sayıca yüksek düzeylerde olduğunu görüyoruz. 1989'da hekim sayısı 1.200.000'e ulaşmıştı (Bu sayıya dış hekimleri dahildir). Bu, bin kişiye ortalama 4,44 hekim düştüğü anlamına gelir. 1983 yılında hekim dışı sağlık personeli (feldsherler) sayısı 3 milyon civarındaydı. Bu da aşağı yukarı bin kişiye 11,1 feldsher düştüğünü gösteriyor.

Bu tarihlerde hastane yatak sayısı 3,5 milyondan fazla idi ki bu bin kişiye ortalama 12,9 yatak demektir(8). Bununla beraber, yatak kullanma süresi ortalama 15.4 gün gibi oldukça yüksek bir düzeyde kalmıştı(9). Yetersiz altyapı hizmetin kalitesini ciddi boyutlarda etkilemekteydi.

Örneğin, eldeki hastanelerin % 49'unda sıcak su, % 24'ünde ise kanalizasyon bulunmamaktaydı.

Tıbbi araç-gereçlerin genel olarak yetersizliği sayıları 23500'ü bulan hastane ve sonsuz sayıdaki ayakta bakım ünitelerine (poliklinikler) dağılınca iyice ortaya çıkıyordu. Polikliniklerin sadece %2, hastanelerin ise %6'sında ultrason, gene bunların sırasıyla %5 ve %13'ünde endoskopi bulunmakta ve bu teknoloji eksikliği hekimlerin performansını, kalite ve verimlilik yönünden de etkilemekteydi(8).

### Doğurganlık, Ölumlülük Hastalık Verileri

1950 öncesindeki dönem boyunca SSCB, hastalık insidansı bakımından en parlak yıllarını yaşamıştır. 1964 yılında, Sovyetler Birliği'nin resmi istatistik yılına göre Kaba Ölüm Hızı binde 6.9'la en düşük düzeydeydi(10). Bu yıldan sonra 1984'e kadar bu hız binde 10.8'e yükselmiştir. Bu gün binde 10 civarındadır.

5 yaşından küçüklerde ölüm hızı 1986 yılında binde 28, Bebek Ölüm Hızı ise aynı yıl binde 22.3 olmuştur.

Ana Ölüm Hızı ise yüzbinde 21 civarındadır(5).

Ölüm nedenlerine bakacak olursak, kardiyovasküler sistem hastalıklarından ölüm hızının, batılı gelişmiş ülkelerinkinden erkeklerde 2, kadınlarda 2.2 kat daha fazla olduğunu görmekteyiz. Aynı karşıla-

tırmada, kanser için, erkeklerde 1.5, kadınlarda 0.04 kat fazlalık; solunum yolları hastalıklarında erkeklerde 2.8, kadınlarda 1.7 kat fazlalık; kaza, zehirlenme ve yaralanmalarda erkeklerde 2.3, kadınlarda da 1.5 kat fazlalık ortaya çıkmaktadır(9).

Eski Sovyetler Birliği'nde 1987-1988 yılları arasında her 100.000 kişide görülen kızamık sayısı 67.4, tüberküloz sayısı ise 44'tür (Tablo 2).

**Tablo 2 : Eski SSCB ve ABD'nin 1987-1988 Yıllarında Enfeksiyon Hastalıkları Açısından Karşılaştırılması (1/100.000)**

	SSCB	ABD
Tifo	3,2	0,16
Hepatit A	41,9	11,60
Kızamık	67,4	1,38
Boğmaca	7,2	1,40
Tüberküloz	44,0	9,13
Sifiliz	5,6	16,43
Gonore	59,8	298,74

Kaynak : (9)

Eski SSCB'de çocukların %43.5'i ve kadınların %40'ı kırsal kesimde yaşamaktadır. Bu oran, Orta Asya Cumhuriyetleri'nde %60'ın üzerindedir. Son 5 yılda kırsal kesimde Bebek Ölüm Hızı kentlerdekine göre %32.6 daha fazla olmuştur. Ana Ölüm Hızı kırsal kesimlerde kentlere göre %54-57 daha yüksektir, ayrıca Orta Asya Cumhuriyetlerinde ve Kazakistan'da bu oran %60'lara ulaşmaktadır. Buna ek olarak, Cumhuriyetler arasında da bebek ve anne ölüm hızları açısından belirgin farklılıklar gözlenmektedir (Tablo 3).

**Tablo 3 : Sovyet Cumhuriyetlerinde Bebek ve Ölüm Hızı (BÖH) Ana Ölüm Hızı (AÖH)**

	BÖH(binde)	AÖH(yüzbinde)
Litvanya	9.7	5.3
Letonya	10.4	5.4
Beyaz Rusya	13.0	—
Estonya	13.5	—
Ukrayna	14.0	6.2
Rusya Federasyonu	19.0	13.0
Gürcistan	22.0	—
Ermenistan	23.0	3.8
Moldavya	24.0	—
Kazakistan	28.0	8.8
Azarbeycan	28.0	—
Kırgızistan	36.0	—
Özbekistan	43.0	—
Tacikistan	46.0	—
Türkmenistan	54.0	—

Kaynak (11)

Çocuk ölümlerinin nedenlerini yıllara göre karşılaştıracak olursak, enfeksiyon hastalıklarının 1981 yılından 1989'a binde 4.5'ten binde 3.3'e; solunum yolu hastalıklarının binde 11.0'dan binde 6.8'e düş-

tüğünü görürüz. Eksojen faktörlerdeki bu düşüşe karşı endojen faktörlerde (konjenital ve perinatal nedenler) yükselme vardır (Tablo 4).

diğer sosyal harcamalar 1961-1965 arasında ulusal gelirin %15'ini kapsarken, 1976-1980 arasında %20'nin üzerine çıkmıştır. Sağlığa ayrılan pay ise 1960 yılın-

**Tablo 4 : Eski SSCB'de Bebek Ölüm Nedenlerinin Relatif İnsidansı (binde)**

Nedenler	1981 (%)	1985(%)	1988(%)	1989(%)
Enfeksiyon Hast.	4.5(16.8)	4.1(15.8)	3.8(15.4)	3.3(14.8)
Solunum Sistemi Hast.	11.0(41.0)	10.1(38.9)	7.8(31.6)	6.8(30.5)
Konjenital Hast.	3.0(11.2)	3.3(12.7)	3.2(13.0)	3.1(13.9)
Perinatal Nedenler	5.5(20.6)	6.0(23.1)	7.0(28.3)	7.2(32.3)
Diğer	2.8(10.4)	2.5( 9.6)	2.9(11.7)	1.9( 8.5)
TOPLAM	26.8(100.0)	26.0(100.0)	24.7(100.0)	22.3(100.0)

Kaynak : (6)

Ana çocuk sağlığı hizmetlerini değerlendirmek için yararlı bir diğer ölçek olan perinatal ölüm hızı da yıllarca yüksek düzeyde seyretmiştir. 1988'de 1000 canlı ve ölü doğum için 17.3 hızındaydı. Bu hızda da Cumhuriyetler arasında (Litvanya'da binde 8.7, Tacikistan'da binde 25.2) belirgin farklılıklar gözlenmektedir. Perinatal ölüm nedenlerinin profili son 3 yılda değişmeden kalmıştır ve asfiksi ilk sıradadır (Tüm perinatal ölümlerin (%58i). Bunu solunum hastalıkları izlemektedir (%17.6). Perinatal ölümlerle ilgili en önemli özellik bu ölümlerin büyük kısmının miyadında doğanları kapsamasıdır. Bu, neonatal bakımında eksik organizasyon kadar kötü antenatal ve doğum uygulamalarını da gösterir. Ölü doğumların antenatal ölümlerden kaynaklanma oranının yükselmesi (1984'te %44, 1988'de %50) bunu doğrulamaktadır(8).

Eski SSCB'de kürtaj ana çocuk sağlığı sorunu olarak önemini korumuştur. 1988'de kürtaj yaptıran kadın sayısı 7 milyondur. Doğurgan kadın başına kürtaj oranı dünyada en yüksek düzeydedir (binde 103.7). 17 yaşın altında kürtaj giderek artmakta ve 1/50'si hastane dışında yapılmaktadır. Kürtaja bağlı ölümler son 3 yılda 2020'ye ulaşmış, bunların % 76.7'si hastane dışında gerçekleşmiştir(6). Buna karşın yerel aile planlaması hizmetleri çok az gelişmiştir. Doğurgan kadınların ancak % 13.5'i modern aile planlaması yöntemlerini kullanmaktadır.

#### Sağlık Finansmanı

Eski SSCB'de sağlık harcamaları için ana kaynak, "sosyal tüketim fonları"ydı. Eğitim, kamu sağlığı ve

dan 1980 yılına ulusal gelirin %4'ü olarak kalmıştır (Tablo 5). Bu harcamalardaki toplam artış oranı ise yıllarca azalarak %6'ya kadar düşmüştür. Kişi başına yapılan harcama da 1975-1980 arasında 57 rubleden 71 rubleye çıkmıştır ki burada ortalama yıllık artış hızı %5'te kalmıştır(8).

Sağlık hizmetlerine ayrılan finans kaynaklarının en büyük kısmı cumhuriyetlerin bütçelerinden oluşturulan Devlet bütçesinden, küçük bir kısmı da, kolektif çiftlikler ve kamu yatırımlarından gelmekteydi. Tablo 6'da görüldüğü gibi, Devlet sağlık harcamalarının önemli bir kısmı cumhuriyetlere aitti. 1960 yılında tüm Devlet sağlık fonunun % 85'ini, 1981 yılında ise yaklaşık % 95'ini karşıladılar. Sağlık harcamalarında cumhuriyetler arası büyük farklılıklar vardır. Tablo 7'de kişi başına yapılan sağlık harcamalarının cumhuriyetlere dağılımını görmekteyiz. 1980'de kişi başına düşen sağlık harcaması Azerbeycan'da 37.8 Ruble iken Estonya'da 71.9 Ruble. Moskova'da ise 57.6 Ruble idi.

Cumhuriyetler arasında sağlık harcamalarının tüm harcamalar içindeki payı % 7.6 ile % 11.5, sosyokültürel harcamalar içindeki payı ise % 20.0 ile % 24.0 arasında değişmektedir. Bu farklılıklar büyük ölçüde cumhuriyetlerin gelişmişlik düzeylerine bağlı olarak farklı sosyal öncelikleri gösterir.8

Yeniden yapılanmanın yaşandığı yıllarda sağlık finansmanı için reform arayışları başlamış, liberal ekonomi modeline yakın çözümler önerilmiştir.\*

\*Eski Sovyetler Birliği'nin son yıllarındaki sağlık reformu arayışları konusunda geniş bilgi için bkz. kaynak 9.

**Tablo 5 : Eski SSCB'de Devlet Bütçesinden ve Diğer Kaynaklardan Yapılan Sağlık Harcamaları**

	1940	1960	1965	1970	1975	1980
Toplam harcama (milyar ruble)	1.1	5.7	7.9	4.8	14.6	18.9
(Ulusal gelirin %'si)	(3.4)	(4.0)	(4.1)	(4.1)	(4.0)	(4.2)
Kişi başına harcama (ruble)	6	27	34	49	57	71
Ortalama yıllık artış oranı (%)	—	17.5	5.2	8,8	3.3	4.9

Kaynak (8)

**Tablo 6 : Devlet Bütçesi Altında Yapılan Sağlık Harcamaları (Milyon Ruble)**

	1960	1965	1970	1981
Toplam SSCB Devlet Sağlık Bütçesi	4771	6625	9207	15200
Federal Sağlık Bütçesi	700	342	632	818
Cumhuriyetler'in Bütçelerinden Gelen	4071	6281	8675	14382
Rusya Federasyonu	2405	3655	4956	8020
Ukrayna	771	1151	1605	2507
Beyaz Rusya	132	213	290	512
Özbekistan	139	232	290	512
Kazakistan	176	316	463	771
Gürcistan	76	117	160	279
Azerbeycan	66	105	139	234
Litvanya	48	79	113	213
Moldavya	50	79	113	207
Letonya	48	70	93	169
Kırgızistan	35	63	94	163
Tacikistan	32	56	85	162
Ermenistan	32	52	79	158
Türkmenistan	32	48	68	128
Estonya	31	45	56	106

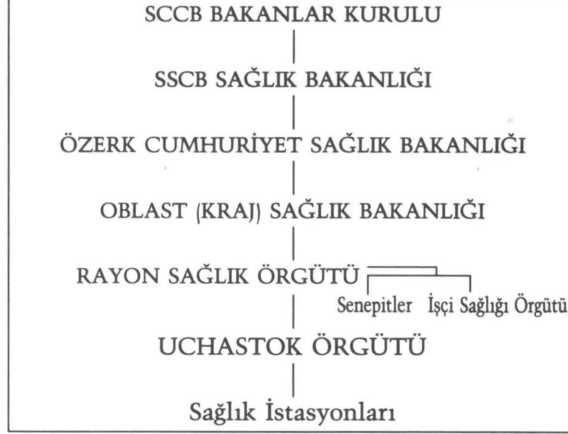
**Tablo 7 : Eski SSCB'de Kişi Başına Yapılan Sağlık Harcamalarının Cumhuriyetlere ve Yıllara Göre Dağılımı**

	1960	1965	1970	1980
Estonya	25.6	34.6	407	71.9
Letonya	22.7	30.7	39.0	66.4
Litvanya	17.4	26.4	35.8	61.8
Rusya Federasyonu	20.2	28.7	37.9	57.6
Gürcistan	18.4	25.9	33.7	55.0
Beyaz Rusya	16.2	24.6	31.9	52.9
Moldavya	16.8	23.5	31.2	51.8
Kazakistan	18.1	26.2	35.0	51.2
Ermenistan	17.5	23.2	31.0	50.7
Ukrayna	18.2	25.3	33.8	50.0
Özbekistan	16.2	22.2	29.7	46.4
Kırgızistan	16.4	24.1	31.3	44.7
Türkmenistan	20.5	25.0	30.6	44.4
Tacikistan	15.6	21.9	28.5	40.5
Azerbeycan	17.3	22.6	26.6	37.8

Kaynak (8)

### C) Sağlık Örgütlenmesi

Diğer Sosyalist Ülkelerde olduğu gibi Eski Sovyetler Birliği'nde de sağlık örgütünün merkezi bir yapısı vardır. Hizmetin tümünden örgütün en üst seviyesinde bulunan Sağlık Bakanlığı sorumludur (Sağlık Bakanlığı dışında sağlık örgütü bulunan tek kuruluş Ulusal Savunma Bakanlığıdır)(1). Temel olarak sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı altında beş düzeyde örgütlenmişlerdir: Cumhuriyet, oblast, rayon, uchastok ve sağlık istasyonları (Şekil 2).

**Şekil 2 : Eski SSCB'de Sağlık Örgütlenmesi**

### Sağlık İstasyonu

Sovyetler Birliği'nde en uç sağlık birimi feldsherlerin sorumlu olduğu bir sağlık istasyonudur. Bu istasyonlarda ek olarak bir ebe bulunur. Köylerde ve dağınık yerleşim gösteren birimlerde kurulmuştur. Feldsher, orta öğrenimden sonra 2 yıl tıp eğitimi görmüş bir sağlıkçıdır(12). Koruyucu hizmetlerin yanında bazı basit hastalıkların (ÜSYE, gastroenterit vb.) tedavisini de yapabilirler. İlk yardım, ev bakımı, hasta sevki ve sağlık eğitimi de sorumlulukları altındadır. Bu istasyonlar aynı zamanda Rayon hastanelerinden gelen uzman hekimler için, çalışma alanı olarak hizmet verirler. Denetim ve eğitimleri hem Uchastok hem de Rayon örgütünce yapılır(10,1).

### Uchastok

Hasta tedavisinde temel birim polikliniklerdir. Her sağlık bölgesinde (Uchastok) bir poliklinik bulunur. Bir Uchastokun nüfusu ortalama 4000'dir. 3000'i erişkin, 1000'i 14 yaş ve altı çocuklardan oluşur. Burada pediatrist, yetişkin pratisyeni (Terapevti), jinekolog ve diş hekiminden oluşan ortalama 7 hekim görev yapar. Bunlara ek olarak erişkin ve çocuk hemşireleri, çevre sağlıkçıları ve ebeler de hizmet verir. Hekimler vardiya yöntemiyle çalışırlar. Bir hekim günde 6.5-7 saat çalışır ve ortalama 30 hasta bakması beklenir(1). Uchastok hekimi, evde ve ayakta birinci basamakta iyileştirici hizmetleri yürütür.

### Rayonlar

10 uchastokun birleşmesi ile bir Rayon oluşur. Yönetim, eğitim, koruma ve iyileştirme nitelikleri olan rayonlar bölgelerinde bulunan sağlık kurumlarından sorumludur. Amir, rayon hastanesinin baş hekimidir. Bölge 200-400 yataklı bir hastane ile 15 kadar uzmanlık dalını kapsar.

### Oblastlar

Bir üst birim, 600-1000 yatak kapasiteli üst uzmanlaşma, eğitim, koruma ve iyileştirme merkezi niteliğinde olan oblasttır (Kraj). Oblastlara bağlı olan hastanelerin, senatoryumların, araştırma merkezlerinin, laboratuvarların, senepid merkezlerinin amiri oblast müdürüdür(1). Bu üç departman arasında, hem merkezi hem de yerel entegrasyon sağlanmıştır.

Oblastların üzerindeki örgüt, özerk cumhuriyetin Sağlık Bakanlığı'dır. Bu bakanlığa bağlı olarak çalışan araştırma merkezleri, diğer sağlık personelinin yetiştiği okullar, sanatoryumlar ve kaplıcalar vardır.

### Sağlık Bakanlığı

Sağlık planını hazırlamak, cumhuriyetlere destek sağlamak, tıbbi araştırmalarda koordinasyonu yürütmek, gereksinimleri saptamak, temin etmek, dağıtımını sağlamak ve ayrıca uluslararası ilişkilerden sorumludur.

Bu yapının yanında merkez örgüte bağlı olarak çalışan **senepitler** vardır. Bunlar, bakanlıklardan rayon hastanelerine uzanan bir sahada çevre sağlığı, bulaşıcı hastalıklardan korunma, iş sağlığı, epidemiyolojik çalışmalar gibi konular için kurulmuş örgütlerdir. Her rayonda bir senepid örgütü bulunur. Senepitler, yatak tedavisi kurumu ve dispanserlerle entegre olarak çalışırlar. Bu üçlü yapı "İyileştirici-Koruyucu Enstitüler" niteliğindedir(1).

Bunun dışında, özel amaçlarla kurulmuş örgüt ve dispanserler vardı. Bunların hepsi, Rayon düzeyinde merkezi örgütle işbirliğine girmişlerdir. Bunların en önemlisi olan İş Sağlığı örgütünden daha sonra bahsedilecektir.

Ayrıca çocuklar için poliklinikler, hastaneler, kronik hastalık dispanserleri gibi, yine merkez örgüte bağlı özel sağlık kuruluşları bulunur.

Özel uzmanlık dalları gerektiren dispanserler (Tbc, Diabet, Kanser, Fizyoterapi vb) kurulmuştur.

Acil hastaları hastaneye sevk etmek için ayrı bir ambulans servisi vardır. Her 15.000 nüfus için bir ambulans bulundurulur(1).

### İşçi Sağlığı

Eski SSCB'de işçi sağlığı, halk sağlığı uygulamaları ile beraber merkezi örgütlenme ile koordine olarak yürütülmüştür. 1918'de halk sağlığı ünitelerinin kurulması, 1919'da tüm sağlık enstitülerinin bunlara bağlanması ile, ilgili kuruluş gerçekleştirilmiştir(12). İlk işçi sağlığı enstitüsü 1923 yılında Moskova'da kuruldu. Amacı meslek hastalıkları konusunda araştırma yapmak, koruyucu önlemleri geliştirmek, daha sağlık çalışma ve yaşama koşulları

sağlamaktı (13). Sovyet sağlık otoriteleri, bir yandan I. Dünya Savaşı ve iç savaşın yıkımlarından kurtulmak için önlemler alırken diğer yandan işçilere hizmet veren sağlık birimleri kurmaya yöneldiler. Sanayi bölgelerinde sendikaların da etkisi ile ilk yardım istasyonları kuruldu. 1928'de bu bölgelerin %85'inde ilk yardım istasyonları kurulmuştu ve bunların %40'ında hekim çalışıyordu. Bütün bu istasyonlar uzman hekim ve feldsherler tarafından yönetiliyordu. Her 2000 işçi için bir hekim bulmuşken, kimya, kömür, maden ve petrol rafineri endüstrilerinde ise her 1000 işçi için bir hekim bulunurdu. Bu istasyonlar işçi ailelerine ve o yöredeki halka da hizmet verirdi. Maden ocakları içinde ise, 24 saat açık kalan sağlık birimleri kurulmuştu (12).

### D) Tıp Eğitimi

Eski Sovyetler Birliğinde, hekimler 83 tıp enstitüsü ve 9 tıp fakültesinde yetişmektedirler(14). Her cumhuriyet ve bölgenin tıp enstitüleri kendi sağlık hizmetlerinin gereksinimlerini gözetenek programlarını hazırlarlar. Her yıl bu enstitülere 50.000'den fazla öğrenci alınır.

Son yıllardaki tıbbi gelişmeler, yeni uzmanlık hastaneleri açılmasına neden olmuştur. 1967-1973 yıllarındaki eğitim sistemi reformları ile iki şey gerçekleştirilmiştir. Bunlardan biri, enstitülerde yeni uzmanlık bölümlerinin açılması, diğeri iki yıllık primer uzmanlık programının başlatılması olmuştur. İki yıllık primer uzmanlığın birinci yılı, enstitü klinikleri çalışması sırasındaki mezuniyet öncesine, bir yılı da büyük bir hastanede ileri uzmanlık eğitimi olarak yapılan mezuniyet sonrası (internlik) eğitimine dayanmaktadır.

Uzmanlık eğitimi kalitesinin ölçülmesi, uzmanlaşmanın ilk yılının sonunda ve internliğin sonunda yapılan uzmanlık sınavları ile gerçekleştirilir.

Tıp eğitiminde en önemli sorun, teorik, biomedikal ve klinik konuların bütünleştirilmesidir. Tıp öğrencilerinin eğitimleri genel olarak üç grupta toplanan disiplinlere göre gerçekleştirilir. Bunlar;

1 — Genel disiplinler (felsefe, yabancı dil, latince, fizik, kimya, biyoloji, vb.)

2 — Temel tıp disiplinleri (biokimya, biofizik, histoloji, normal ve patolojik anatomi ve fizyoloji, farmakoloji, hijyen ve sanitasyon, sağlık yönetimi, vb.)

3 — Klinik disiplinler

Son yıllarda temel tıp disiplinlerine ayrılan ders saatleri azaltılmış, genel ve klinik disiplinlerindeki ise artırılmıştır (14).

Sovyetler Birliği'ndeki en büyük tıp eğitimi kuruluşları, I ve II. Moskova Tıp Enstitüleridir. Bu iki enstitü, eğitimin gelişmesinde önemli bir rol oynar. Ders programının saptanmasına ve sunulmasına, müfredat yenilik ve değişikliklerinin başlatılmasına, eğitim yöntemlerinde yapılan araştırmaların yönetimine katılırlar. Tüm enstitüler gibi sağlık bakanlığına bağlıdır(14).

### Eğitim Programı

Toplam eğitim süresi altı yıldır. Eğitimin ilk yılında tıp mesleğini tanıtmaya adlı kurslar düzenlenir. Bu kurslarda hekimleri bekleyen koşullar ve zorluklar tartışılır, tıbbi etik ve tıbaa ait konuların sunumu yapılır.

Eğitimin iki dönemi klinik öncesi 6 dönemi klinik, iki dönemi de eğitimde uzmanlaşma (internlikten) oluşur. Ancak bazı klinik branşlar (genel cerrahi gibi) dördüncü dönemde başlayıp patoloji fizyoloji ve anatomi, biokimya ve diğer temel disiplinlerle beraber sürer. 5. ve 6. yıllarda ders programına klinik biokimya, klinik farmakoloji gibi dersler de katılır.

Uygulamalı eğitim, sağlık hizmeti veren kuruluşların uygulamalarına katılarak gerçekleştirilir. Öğrenciler alanda hemşire, feldsher ya da hekim yardımcısı olarak çalışırlar.

### Başarının Değerlendirilmesi

Öğrencilerin bilgi ve becerilerinin değerlendirilmesi, öğrenim dönemi boyunca devam eden vizeler ve kursun sonunda yapılan final sınavı ile gerçekleştirilir. Değerlendirmeler test, sözlü sınav ve klinik sınav sistemi şeklindedir. Hem toplum sağlığındaki, hem de sağlık hizmeti verilen kuruluşlardaki çalışmaları, öğrencilerin başarılarını belirler. Son değerlendirme, 6. yılın sonunda gerçekleştirilir. Tüm öğrenciler bu sınavı geçmek için bir mezuniyet tezi yazmak zorundadır. Öğrenciler istediği konuyu seçmekte serbest bırakılmıştır. Bir sınav komisyonu tarafından gerçekleştirilen bu sınavda, önce sunduğu tez tartışılır sonra da seçilen uzmanlığın tüm yönlerini içeren bir sözlü sınav yapılır.

### IV — SONUÇ

Sosyalist ülkelerin sağlık sistemlerinin ortak özellikleri; ücretsiz hizmet, basamaklar arası koordinasyon, ekip çalışması, merkezi örgütlenme ve toplum katılımı olarak sayılabilir. Eski Sovyetler Birliği'nde de, benzer bir şekilde, sağlık hizmetlerinden eşit ve ücretsiz yararlanma ilkesi ile planlamalar yapılmış, bu amaçla nüfus tabanlı bir örgütlenme gerçekleştirilmiştir. Böylece, yüksek sayıda sağlık personelinin de yardımıyla en küçük ve en uzak topluluklara kadar ulaşılabilmektedir. Ancak bu yapıyı besleyecek kaliteli donanım ve kaliteli hizmet sağlamada başarılı olduğunu söylemek oldukça zor.

Belli başlı sağlık göstergeleri, kırsal bölgelerde kentlere göre daha ağır sağlık sorunları olduğunu gösteriyor. Aynı şekilde cumhuriyetler arasında da farklılıklar var.

Cumhuriyetler, sağlık harcamalarının düzeyleri açısından belirgin farklılıklara sahip.

Yeniden yapılanma hareketlerinin başlamasıyla, finansmanda ve kalite yönetiminde yaşanan sorunların çözümü için "kârsız kuruluşlar" niteliğinde sağlık sigortası formülasyonları, özerk, devlet dışı desantralize işleyişler gündeme gelmiştir.

Bu çalışmada, kuruluşundan dağılmasına kadar olan dönemde Sovyetler Birliği'nin sağlık bileşenleri ele alınmaya çalışıldı ve güvenilir verilerle ancak bu kadar değerlendirilebildi. Sağlığı etkileyen başka birçok etkenin incelenmesi konusunda çalışmanın sınırları yetersiz kalmıştır. Çalışma, son yıllardaki değişimleri de içeren ileri çalışmalar için yalnızca bir başlangıç olarak düşünülebilir.

### KAYNAKLAR

- AKSAKOĞLU, G.; Sosyalist Ülkelerde Sağlık Örgütlenmesi; Toplum ve Hekim, Sayı: 7, s:17-30, 1978.
- CONRAD, J.; IV. Teil, Statistic Ester Teil; Vierte Auflage von A. Hesse, s:158, 1918
- WELTREISE; Sowjetunion, Die Demographische Entwicklung, cilt 5 s:268-273
- Yaşadığımız Dünya; Metis Yayınları, 488-489 ve 50-51, İstanbul, 1992
- UNICEF, The State of the World Children, 1993
- BARANOV, A.A.; Maternal and Child Problems in the USSR; Archives of Diseases in Childhood, (66) s.542-545, 1991.
- FESHBACH, M.; Health in USSR: Organisation, Trend, and Ethics; Health Care Systems, s.117-132, 1988
- GOLOVOTEEV, V.V.; PUSTOVOJ, V.I.; Public Health Finance and Planning in the Soviet Union; World Health Statistic Quartet, (37), s: 364-374, 1984
- TELYUKOV, A.V.; A Concept of Health-Financing Reform in the Soviet Union; Int J Health Services; 1991, Vol 21, No 3; 493-504
- FARMER, G.R., et all.; Health Care and Public Health in the Former Soviet Union, 1992, Ann Intern Med. 1993; 119; 326-328.
- World Health Organisation; World Health Statistics Annual, Geneva, 1993
- ATO Halk Sağlığı Bürosu; Sosyalist Ülkelerde İşçi Sağlığı; Şubat 1976, s.48-53
- IZMANOV, N.; Sağlık Herşeyden Önce Gelir; Bülten, s.100-106, Ağustos-Eylül 1976
- ISAKOV, A.Y.; URYVAEV, Y.U.; Developments in Medical Education in the USSR in the Last Decade; Med. Education; 18(3-6), 1984
- Hançerlioğlu, O. "Felsefe Ansiklopedisi" Cilt 3, s:341, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1977

Şekil 3 : Eğitim Programlarını Denetim Unsurları

