

# Sosyalist Ülkelerde Sağlık Örgütlenmesi

Dr. Gazanfer AKSAKOĞLU

Bir sağlık örgütünün 3 ana amacı olması beklenir :

1. **Toplumda yaşayan bireylerin tümüne,**
2. **Gereksindikleri ölçüde ve yerde,**
3. **Sağlanabilen en üst düzeyde sağlık hizmeti götürülmesi.**

Sosyalist ülkelerde gözlemlenen örgütlenme modeli ve bunun işletiliş yöntemleri belirtilen amaçları gerçekleştirebilmek için olası en uygun sistemin kurulduğu izlenimi uyandırmaktadır. Sistemin içindeki temel tutarlılık sağlık örgütlenme modelinin genel örgütlenme ve tabakalanma ile aynı paralellikte kurulmasında ve işleyişin toplumun genel yasalarının bir parçası halinde yürütülmesinde bulunabilir. Genel örgütlenme ve toplumun dinamiği ile bulunan bu uyum ve iç içelik sağlık örgütünün başarı olasılıklarını rastlantılardan uzaklaştırabilmekte, toplumsal yapı ve işleyişin başarı olasılıkları ile özleştirebilmektedir. Bu tür örgütlenme, ilk aşamada sağlığın alınıp satılan bir mal niteliğinden kurtarılması başarısını getirmiştir.

## Genel Özellikler :

Yerleştirilen sistemin en önemli özelliklerinden biri, toplumun her kesimine sağlık hizmetinin götürülmüş olmasıdır. Bireylerden her birinin hizmetten eşit ölçüde yararlanması amaçlanmış kentsel ve kırsal yörelerden çok küçük popülasyona hizmet edebilecek ilk basamaklar oluşturulmuştur. Ancak bireylerin herbirine hizmet götürülmesi soyut bir eşitlik kavramını getirmemelidir. Toplum içinde ayrıcalığı olan kesimler mutlaka kendilerini ortaya koyarlar ve gereksinimlerini belirtirler. Bu nedenle çocuk sağlığı, işçi sağlığı gibi kavramlar belirir ve özel önem gösterirler. Kurulan hizmette buna yönelmiş, herkese gereksindiği ölçüde hizmet ilkesine göre anne, çocuk, işçi, kronik hasta vb. için gereğinde özel örgütlenmeye de gidilmiştir.

**Ücretsiz hizmet, temel ilkelere birini oluşturur.** Tüm sosyalist ülkelerde, bir ölçüde özel sektörün de sağlıkta yer aldığı Demokra-

tik Almanya ve Polonya dışında, hizmet tamamen ücretsizdir. Ayrıntıdaki ayrıcalıkları gözlük, diş protezi gibi bazı aygıtlar için ücrete katılabilmek, sarhoşluğun âcil tedavisi için ücret alma, ve benzeri uygulamalarıdır. Yine hemen tüm ülkelerde sigortacılık sistemi geliştirilmiştir. Sigortacılık yalnızca bir finansman kaynağıdır ve her ülkede taşıdığı önem farklıdır. D. Almanya dışında işveren firmadan alınan paylarla kurulur, işçinin ödeme zorunluluğu yoktur.

### **Sağlık hizmeti devlet tarafından üstlenilmiş bir yükümlülüktür.**

Bazı ülkelerde özel hekimlik görülebilir, (DAC, Polonya, Macaristan) ancak bu ülkelerde özel hekimler günde 6-7 saat kamu hizmetinden sonra özel çalışmaya geçebilirler.

Hizmetler tümüyle integre olarak sunulur. İntegrasyon çok geniş bir kavramı oluşturur. İntegrasyondan sistem içindeki her basamakta, koruyucu ve iyileştirici hizmetlerin, çevresel ve bireysel hizmetlerin, tıbbî ve sosyal hizmetlerin koordine sürdürülebilmesi anlaşılmalıdır. Bu koordinasyon örgüt içinde yatay ve dikey, örgütler arasında yatay olarak kurulur. Örgüt içinde yatay integrasyona örnek olarak Sovyetler Birliği'ndeki terapötik - profilaktik enstitü kavramı, dikey integrasyona örnek olarak Küba'da üst örgüt profesörlerinin bile rotasyonla ilk basamakta çalışması zorunluluğu, örgütlerarası yatay integrasyona örnek olarak, tüm sosyalist ülkelerde işçi örgütleriyle sağlık örgütü arasındaki ilişki belirtilebilir.

Ekip çalışmasına verilen önem belirgindir. Uçlarda verilen hizmetlerde personel yeterliliği nedeniyle alabildiğince uzmanlaşmaya gidilmiş, gerek hekim gerekse hekim dışı personelin uzmanlaşarak belirli bir kesime ortak hizmet sunması ilkesiyle Bulgaristan'da 2.000 kişiden başlayan, Küba'da 30.000 kişiye kadar çıkan çekirdek toplum birimleri oluşturulmuştur. Bunun yapılamadığı yörelerde tek bir hekim dışı personel çok küçük bir popülasyona verilmiş, ancak onun da çekirdekle organik bağı gereğinde hava yolu ile sağlanmıştır.

İlk basamak bakımı, sosyalist ülkelerin sağlık örgütlenmelerinin önemli ortak özelliklerinden birini oluşturur. Genellikle poliklinikler hastanelerden bağımsız olarak kurulmuştur. Her örgütte zincirleme dizilme kendini belirgin olarak gösterir.

Merkezsiz örgütlenme, tüm ülkelerde esastır. Hizmetlerin tümü Sağlık Bakanlığı eliyle yürütülür. Sağlık Bakanlıkları koruyucu ve iyileştirici hizmetlerden, personel eğitiminden, planlamadan, işleyişin denetlenmesinden, ilaç üretim ve dağıtımından, araştırmadan sorumludur. Gereken alanlarda özel örgütlenmelere gidilebilir. Bu özelleşme belirli hastalıklara (Tbc., Romatizmal, Kalb nast., diabet) göre olabildiği gibi, belirli nüfus gruplarına (çocuklar, öğrenciler, sporcular, işçiler,...) yönelik de olabilir. Ancak özel örgütlerin tümü, bölge,

(district) düzeyinde ana örgütle integre edilmiş ve bölgenin denetimine verilmiştir. Ülkelerin hemen tümünde ordunun, bazılarında belirli bakanlık ya da kuruluşların bağımsız sağlık örgütlerine rastlanır. Ancak bu örgütlerin de tümü, bakanlık düzeyinde ana örgüte bağlıdır.

Sağlık hizmetinin planlanması, genel kalkınma planı düzeyinde ele alınır, ve sanayi, tarım, gıda teknolojisi, eğitim, sosyal çalışmalar gibi dallarla birlikte diğerleriyle tam koordinasyon halinde düzenlenir.

Planın ilk taslağı bölgesel düzeyde hazırlanır, üst kademelere geçerek bakanlık düzeyinde ana taslağa ulaşır, ülkenin genel kalkınma planını yapan ana kuruluş tarafından son şekline sokulur. Çekoslovakya'daki uygulama bunun açık örneğini oluşturur. Planın hazırlanmasındaki önemli katkıları dışında, yerel örgütler, planın uygulamaya geçmesinde önemli ölçüde özelliğe sahiptir. (SSCB örneği).

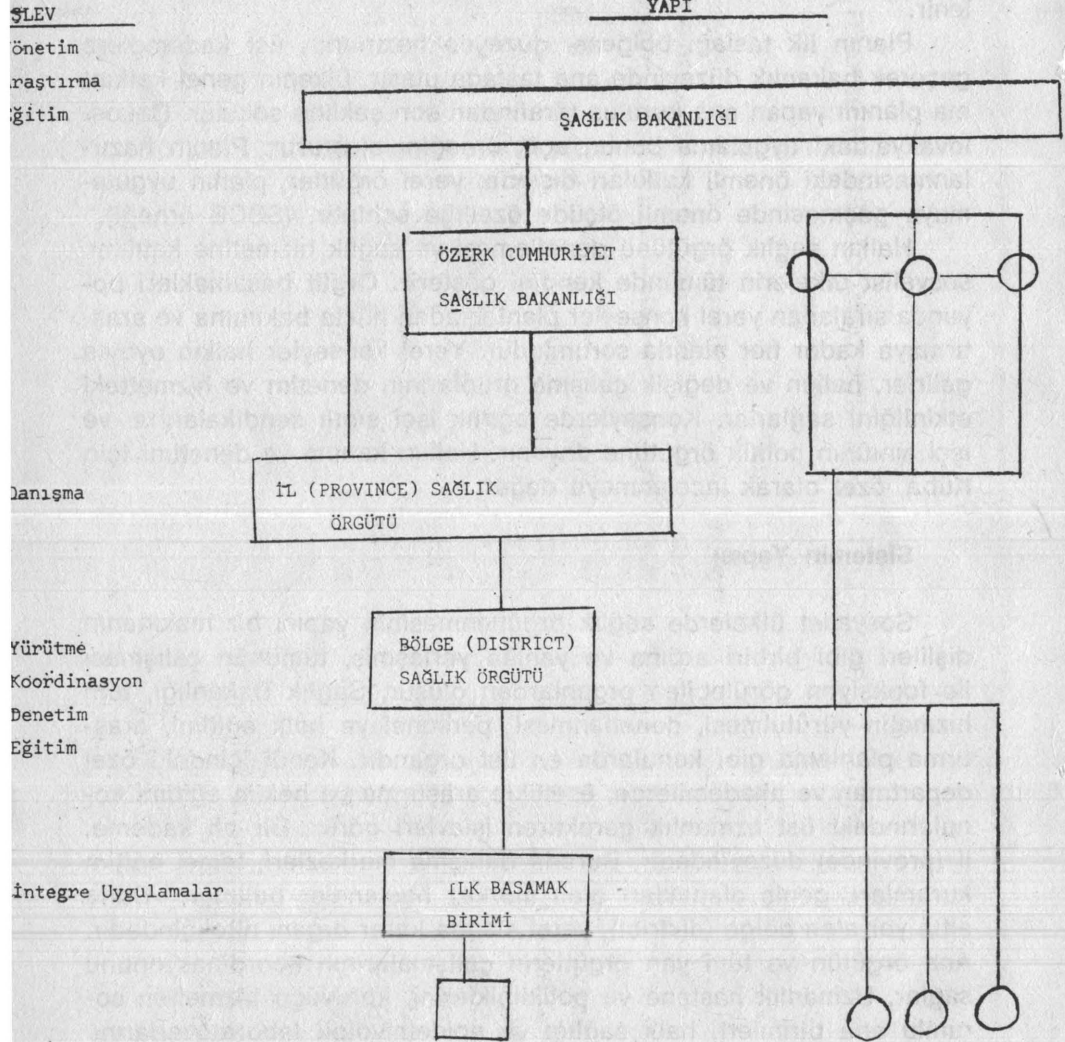
Halkın sağlık örgütünü denetlemesi ve sağlık hizmetine katılımı, sosyalist ülkelerin tümünde kendini gösterir. Örgüt basamakları boyunca sıralanan yerel konseyler planlamadan hasta bakımına ve araştırmaya kadar her alanda sorumludur. Yerel konseyler halkın oyuyla gelirler, halkın ve değişik çalışma gruplarının denetim ve hizmetteki etkinliğini sağlarlar. Konseylerde ağırlık işçi sınıfı sendikalarına ve işçi sınıfının politik örgütüne dayanır. Halkın katılım ve denetimi için Küba, özel olarak incelenmeye değer.

### **Sistemin Yapısı**

Sosyalist ülkelerde sağlık örgütlenmesinin yapısı bir makinanın dişlileri gibi birbiri ardına ve yanına yerleşmiş, tümünün çalışması ile fonksiyon görülebilen organlardan oluşur. Sağlık Bakanlığı, tüm hizmetin yürütülmesi, denetlenmesi, personel ve halk eğitimi, araştırma planlama gibi konularda en üst organdır. Kendi içindeki özel departman ve akademilerde, özellikle araştırma ve hekim eğitimi konularındaki üst uzmanlık gerektiren işlevleri görür. Bir alt kademe, il (province) düzeyindedir. Burada danışma merkezleri, temel eğitim kurumları, geniş olanakları olan merkez hastaneler bulunur. Daha altta yer alan bölge (district), yerel alanda karar organı niteliğindedir. Ana örgütün ve tüm yan örgütlerin çalışmalarının koordinasyonunu sağlar. Uzmanlık hastane ve polikliniklerini, koruyucu hizmetten sorumlu ana birimleri, halk sağlığı ve epidemiyoloji laboratuvarlarını, personel eğitim kuruluşlarını kapsar. En alt düzeyde ise ilk basamak birimi (Primary care unit) yer alır. Bu düzeyde tüm hizmetin integre uygulamaları yürütülür.

Bu ana örgütün dışında yer alabilen özel hastalık ya da nüfus grubu örgütleri bölge düzeyinde örgüte bağlı, ve örgütün denetimi altında çalışırlar. Diabet dispanseri, rehabilitasyon birimi, işçi sağlığı merkezi, okul sağlığı birimi, gebe izleme birimi,.. vb.)

Sistemin işlerliğini daha iyi anlayabilmek için, özellikleri nedeniyle seçilmiş bazı ülkelerden somut örnekleri izlemekte yarar var. Çok kabaca özetlenen örgüt modeli ve işleyişi, somut özelliklerde çok daha açık görülebilir.



ŞEKLİ L. SOSYALİST ÜLKELERDE SAĞLIK ÖRGÜTLENME ŞEMASI  
(KAYNAK: 1,2,4,6,7,15,16)



TABLO 1. SOSYALİST ÜLKELERDE DEMOGRAFİK DEĞERLER

	Yıl	Nüfus (1000)*	Doğum Hızı (%)	Ölüm Hızı (%)	Bebek Ölüm hızı (%)	Anne Ölüm hızı (%)	Hekim 10.000 Nüfus	Nüfus/ Hekim	Hasta Yatağı/ 1000 Nüfus
Bulgaristan	1972	8.576	15.3	9.6	26.2	0.34	18.9	5300	7.9
Çekoslovakya	1970	14.334	15.9	11.6	22.1	0.22	21.8	461	12.0
D.A.C.	1972	17.043	11.7	13.7	17.6	0.26	16.8	596	10.9
Macaristan	1971	10.368	14.5	11.9	35.1	0.40	20.3	490	8.1
Polonya	1972	33.068	17.4	8.0	28.5	0.18	15.5	641	7.7
Romanya	1972	20.663	18.8	9.2	40.0	1.30	15.3*	655*	8.5
SSCB	1974	245.000	18.0	8.7	27.9	.....	32.6*	306*	11.8
Küba	1972	8.749	28.3	5.6	28.7	0.60	8.4	1150	4.4

(\*) Stomatolojistlerle birlikte.

(Kaynak: 1, 2, 3, 5).

## SOVYET SOSYALİST CUMHURİYETLER BİRLİĞİ

Çarlık dönemi Rusya'sının sağlık koşulları, özellikle ülkenin Asya yarısında, ancak o dönem Hindistan ve Çin'in sağlık koşulları ile kıyaslanabilecek denli kötü idi. 1917 devrimi ile başlatılan sosyal çalışmaların en önemlilerinden biri, dünyada ilk bağımsız sağlık bakanlıklarından birinin kurulması oldu. 1924'ten sonraki atılımla olanaklar çok genişletildi, personel, hastane gibi kaynaklar yönünden on beş yıl içinde on kat kadar gelişme gözlendi. İkinci savaşın getirdiği yıkıntılar, tüm sağlık olanaklarının savaş sonrasında yeniden düzenlenmesine yol açtı. SSCB'nin bugünkü sağlık düzeyini değerlendirirken bu gerçekleri göz önüne almak gerekir.

SSCB'nde sağlığın gelişimine bakış, gelişmenin yalnızca doğru- dan sağlık çalışmaları ile değil, aynı zamanda tüm sosyal çalışmaların yürütülmesi ile sağlandığını ortaya koyar. 1966-70 plan döneminde emekçilerin gelirindeki % 26, kollektif çiftçilerin gelirindeki % 42'lik artış, aynı dönemde eğitim ve sağlık harcamaları için ayrılan 199 milyar rublelik pay, bu beş yılda sosyal tüketim fonlarının % 150 artışı, görünümün kaba örnekleridir.

**Sağlık Hizmetinin Dayandığı Temel İlkeler**

1 — Sağlık hizmetleri ulusal sosyo-ekonomik planın parçası olarak hazırlanır ve yürütülür. Her yerel örgüt kendi planını hazırlamakta bağımsızdır, ancak bu planların birleştirilmesi ve ülkenin genel planı ile denkleğinin kurulması bir merkezce yapılır.

2 — Tüm sağlık hizmetleri devlet eliyle tek bir merkez tarafından planlanır ve yürütülür. Ancak yerel örgütlerin uygulamada özerklikleri vardır.

3 — Hizmet coğrafi özellik yada kişi, grup, sınıf farkı gözetilmeksizin tüm kişilere ulaştırılmıştır.

4 — Hizmet bazı malzemenin maliyet ücreti dışında tümüyle ücretsizdir.

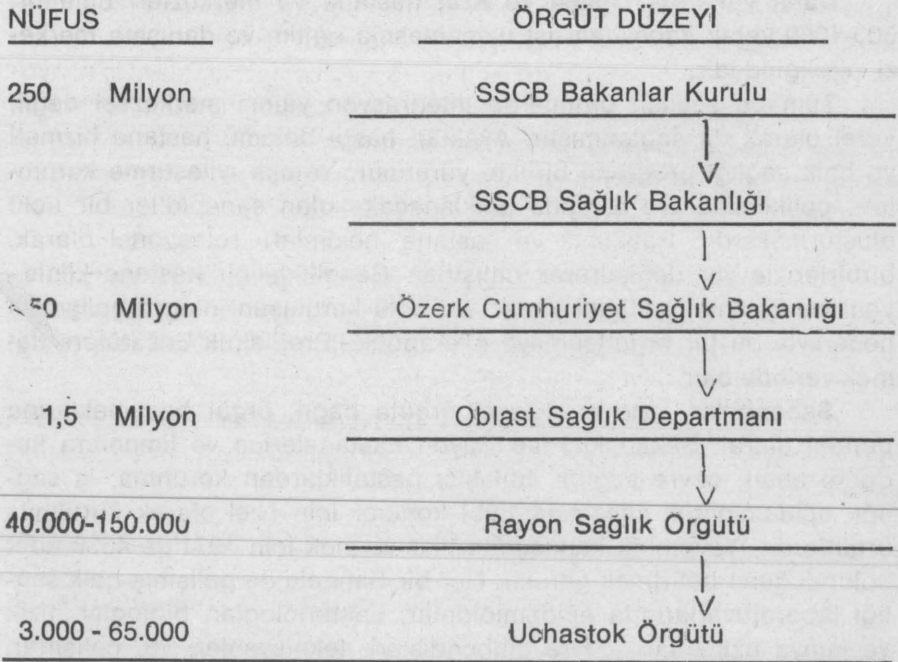
5 — Her düzeyde koruyucu ve iyileştirici hizmetler integre edilmiştir. Koruyucu hizmetlere özel bir önem verilir.

6 — Tıbbi bakımın temelini birinci basamak hekimliği oluşturur. Bu noktada genellikle uzman hekimler çalıştırılır. Dağınık kırsal yerleşme yörelerinde hekim dışı personel de kullanılabilir.

7 — Hizmet gören halk; sendika, yerel yönetim gibi kurumlar aracılığıyla ve bireysel olarak ve hizmete aktif olarak katılır ve hizmeti denetler.

**Örgütlenme :**

Tüm ülkelerde sağlık örgütü tek elde toplanmıştır. Hizmetin tümünden Sağlık Bakanlığı sorumludur. (Sağlık Bakanlığı dışında sağlık örgütü olan tek kuruluş, Ulusal Savunma Bakanlığı'dır.) SSCB Sağlık Bakanlığı, SSCB Bakanlar Kurulu'nun bir parçasıdır ve her birinin ayrı Sağlık Bakanlığı olan 15 Özerk Ulusal Cumhuriyet'in üst kuruluşu niteliğindedir. Her Cumhuriyet sırasıyla Kraj, Oblast, Rayon, Uchastok alt birimlerine ayrılmıştır. Bu birimlerin altında yer alan en küçük sağlık birimi olarak Aile düşünülmüştür.

**ŞEKİL 2. SSCB SAĞLIK ÖRGÜTLENME ŞEMASI**

(Kaynak: 6)

Kırsal alanlarda ve sağınık yerleşme birimlerinde en uç sağlık örgütü bir istasyon niteliğindedir, ve sorumlusu, üçte ikisi kadın olan feldsher ya da ebedir. **Feldsher**, orta öğrenimden sonra 3-4 yıl tıp eğitimi görmüş, 'medical assistant' niteliğinde bir sağlıkçıdır. Görevleri arasında koruyucu hizmet, aşılama, ilk yardım, gastroenterit-üst solunum yolu enfeksiyonu gibi bazı hastalıkların tedavisi, evde ba-

kım, hasta sevki, sağlık eğitimi sayılabilir. Denetim ve eğitimi hem Uchastok, hem de Rayon örgütlerince yapılır.

Hizmetin uç noktasındaki ana birim, **Uchastok**'tur. Uchastok'lar da bir Terapevti (erişkin genel pratisyeni), bir pediatrist, bir jinekoloğ, erişkin ve çocuk hemşireleri, çevre sağlıkçıları, ebeler bulunur. Bir uchastok ortalama 3.000 erişkin ve 1.000 ondört yaş ve altında çocuğu kapsar, Hekimler vardiya usulü çalışırlar, **bir hekim günde 6,5-7 saat, haftada en çok 35 saat çalışır**. Hizmet integre olarak yürütülür. Uchastok düzeyinde her ünitenin 10-50 yataklı hastanesi vardır.

Bir üst birim, Rayon'lardır. Uchastokların bir araya gelmesi ile oluşurlar. Başlıbaşına bir yönetim, eğitim, koruma ve iyileştirme merkezi niteliğindedir, 200-400 yataklı bir hastane, 15 kadar uzmanlık dalı kapsar.

Daha yukarıda **Oblast** ve **Kraj** hastane ve merkezleri bulunur. 600-1000 yatak kapasiteli üst uzmanlaşma eğitim ve danışma merkezi niteliğindedir.

Tüm bu sayılan birimlerde integrasyon yalnız merkezselsel değil, yerel olarak da sağlanmıştır. Ayaktan hasta bakımı, hastane hizmeti ve halk sağlığı programı birlikte yürütülür. Yataklı iyileştirme kurumları, poliklinikler ve aşağıda açıklanacak olan sanepid'ler bir üçlü oluşturmaktadır. Poliklinik ve hastane hekimleri rotasyonel olarak, birbirleriyle yer değiştirerek çalışırlar. Genellikle bir hastane klinisyeni bu üçlünün şefliğini yapar. Bu üçlü kuruluşun integre çalışması nedeniyle bu tür örgütlenmeye «Terapötik - Profilaktik Enstitüler» demek yerinde olur.

**Sanepid**'ler, yine merkezselsel örgüte bağlı, örgüt basamaklarına paralel olarak Bakanlıklardan Rayon hastanelerine ve limanlara kadar uzanan; çevre sağlığı, bulaşıcı hastalıklardan korunma, iş sağlığı, epidemiolojik çalışmalar gibi konular için özel olarak kurulmuş örgütlerdir. Yaygınlığı konusunda fikir vermek için 1971'de 4369 adet bulunduğunu belirtmek gerekir. Her bir Sanepid'de gelişmiş halk sağlığı laboratuvarlarında epidemiologlar, bakteriologlar, biyologlar, fizik ve kimya uzmanları, çevre mühendisleri, teknisyenler, vb. çalışırlar. Sanepid'in başında bir hijyenist bulunur ve üçlü içinde integre olarak çalışır.

Değinilen integre örgütler dışında özel amaçlarda kurulmuş özel örgüt ve dispanserler vardır. Bunların tümü Rayon düzeyinde merkez örgütle işbirliğine girmiş merkezselsel planlama ve denetleme içinde yer almışlardır. Bunların en önemlisi, iş sağlığı örgütüdür. Sanayi sektöründeki her çalışma yerinde, işyeri büyüklüğüne göre tek bir feldsher'den iş hekimi yönetiminde bir ekibe kadar değişen bir ör-



gütlenme görülür. Bu örgüt işyerinin sağlık denetiminden, hasta bakımına kadar her türlü çalışmadan sorumludur. Ana örgütün hastane ve poliklinikleri ile işbirliği içinde çalışır. Hastane ve polikliniklerde, gönderilen işçilere çalışma saati düşünülerek öncelik verilebilir.

Ayrıcalığı olan diğer bir kesim, çocuklardır. Çocuklar için ayrı poliklinikler, hastaneler, kronik hastalık dispanserleri, süt merkezleri, kreşler, gündüz ve gece bakım üniteleri, yaz tatili kampları (orman okulları) gibi merkez örgüte bağlı özel sağlık kuruluşları oluşturulmuştur.

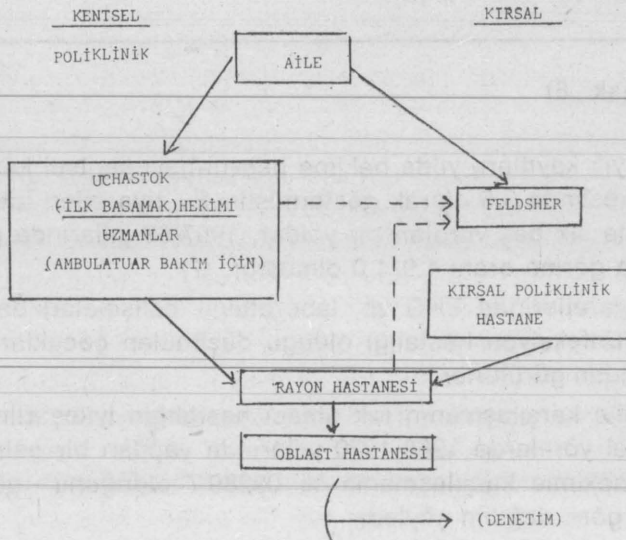
Yine merkez örgüte bağlı olarak çalışan Tüberküloz, Kanser, Diabet, Romatizmal kalp hastalıkları, koroner arter hastalıkları, fizyoterapi gibi özel uzmanlık dalları gerektiren dispanserler tüm ülkeye dağılmış olarak çalışırlar.

Hasta nakli için özel bir hava ulaşım örgütü kurulmuştur. Tüm ülkeye yayılmış özel bir ilk yardım örgütü ana örgüte paralel olarak yerleşmiştir.

### Hizmetin Yürütülmesi :

Sağlık hizmetinde bir basamak sistemi söz konusudur. İlk basamak, aile olarak düşünülmüştür.

**ŞEKİL 3. SSCB HİZMETTEN YARARLANMA ŞEMASI**  
(Kaynak: 3, 4, 6)



1976 yılının başında, ülkede tüm sağlık hizmetlerinde çalışan personel sayısı 6 milyondan fazladır; bunların 800.000'i hekimdir. (10.000 nüfusa 32.6) Hastane yatağı sayısı 3 milyonun üzerindedir. (10.000 nüfusa 118) (5)

Hekim düzeyinde, aile ile ilk teması olan kişi, uchastok hekimidir. Hekim günlük çalışmasının 3 saatini poliklinikte geçirir, bu sürede 15-20 hasta görmesi beklenir. Geri kalan süreyi ev ziyaretlerine ayırır. Yolda geçirilen süre dahil, 30 dakikada bir ziyaret yapması, günde 5-6 ev gezmesi beklenir. **Günde 1/2 saatini sağlık eğitimine ayırmak zorundadır.** Gece çalışması ve âcil çalışma rotasyona dayanır, büyük polikliniklerde ayrı personelle yürütülür.

Birinci basamak hekiminin çalışma potansiyeli şöyle özetlenebilir :

**TABLO : 2. SSCB HEKİM ÇALIŞMA ŞEMASI**

Yıllık başvurma (Birinci basamak)	3-6 kez
Hekim başına haftalık hasta ilişkisi	
Poliklinik	85 kez
Ev ziyareti	35 kez
Toplam	120 kez
Hasta başına ayrılan süre	
Poliklinik	10-12 dk.
Ev ziyareti	20-30 dk.
Hekimin haftalık çalışma süresi	35 saat.

(Kaynak: 6)

1971 yılı kayıtları, yılda hekime başvurmayı kentsel kesimde 10.8 ve kırsal kesimde 3.5 olarak göstermiştir. Ev ziyaretleri hasta ile ilişki kurmakta sık baş vurulan bir yoldur. 1967-68 yıllarında poliklinikte evde hasta görme oranı 1.9/1.0 olmuştur. (7)

Ev ziyaretlerinde EKG vb. laboratuvar çalışmaları da yapılabilmektedir. Enfeksiyon hastalığı olduğu düşünülen çocuklar, evde hekim tarafından görülürler.

Hekimle karşılaşmanın tek amacı hastalığın iyileştirilmesi değildir. Kentsel yörelerde 1968-1970 yıllarında yapılan bir çalışma, yılda ortalama hekimle karşılaşmanın % 0.9289.7 olduğunu göstermiştir. Amaçlara göre dağılım şöyledir :

**TABLO: 3. SSCB'de HEKİMDEN YARARLANMA**

Tedavi amacıyla karşılaşma	% <sub>00</sub>	5756.8
Dispanserlere başvurma	% <sub>00</sub>	959.0
Koruyucu amaçla karşılaşma	% <sub>00</sub>	2573.9
<b>Toplam</b>	<b>%<sub>00</sub></b>	<b>9289.7</b>

(Kaynak: 6, 7)

Hastaneden yararlanma oranı tüm ülkede yüksektir. Ancak yeni eğilim, «Evde hastane» politikasıdır. 1967-68 yıllarında tüm ülkede % 7.5 örneklem ile yapılan bir çalışmaya göre, yılda hastaneye yatırma (doğum ve benzeri nedenler dışında) %<sub>00</sub> 48.4, «0» yaştakiler için bu oran %<sub>00</sub> 677.3 tür (7)

**Belirtilen tüm hizmetlerden ülkede yaşayan tüm kişiler, ücretsiz olarak yararlandırılmaktadır.** Ancak yataklı kurumlar dışında yazılan reçeteler, gözlük ve takma dişler, yaz tatillerinde yararlanılan kaplıcalar gibi bazı hizmetlerde halkın da parasal katkısı aranmaktadır.

### **İlaç üretim ve dağıtım Bakanlığı eliyle yapılır.**

#### **Planlama ve denetim :**

Sağlık planlamasında üç ana kademe görülür :

1. Merkez otoriteler (Bakanlar Sovyetleri, İşçi delege sovyetlerinin yürütme kurulları).
2. Planlama otoriteleri (Cumhuriyetlerin Devlet Planlama Komisyonları (GOSPLAN) Oblast ve Rayon planlama komisyonları).
3. Cumhuriyet ve Yerel Sağlık Otoriteleri.

Sağlık planları, 5 yıllık ulusal ekonomik planlar çerçevesinde ele alınır. Sağlık sektörü genel planın yalnız bir parçasıdır ve sanayi, tarım, konut, eğitim, vb. parçalarla uyum içinde hazırlanmak zorundadır.

Sağlık plan taslağı Rayon düzeyinde hazırlanır, Rayon plan komisyonunun onayına sunulur. Rayon yürütme komitesince incelendikten ve geliştirildikten sonra, Oblast yürütme komitesi ve planlama

komisyonuna, ya da doğrudan Bakanlar Sovyetine ve oradan Cumhuriyet'in GOSPLAN'ına gönderilir. GOSPLAN tarafından dikkatle incelenen ve bütünleştirilen taslak SSCB Bakanlar Kurulu'ndan geçer, SSCB Yüksek Sovyeti'nde son şeklini alarak yasa gücüne kavuşur.

Görüldüğü gibi plan ânerisi yerel örgütten, karar merkezden çıkmaktadır. Sonuçta tesislerin kurulması, finansmanı, yerel hizmetin planlanması gibi konularda yerel örgütler yükümlü ve bağımlıdır. Örneğin bir yörenin hasta yatağı gereksinimi poliklinik - hastane ilişkisi, ilaç vb. tüketimi, merkezde Semashko Enstitüsü'nce yapılır. Bu yörede bina yapımı, işyeri sağlık merkezi açılması, hizmetin finansmanı, sağlam kişi taraması planlaması gibi işlemler yerel örgütlerce yürütülür.

Hizmetin denetlenmesi, tüm kademelerde, işçi delege sovyetleri ve bunların yürütme komiteleri tarafından yapılır.

### **Eğitim ve Araştırma :**

SSCB sağlık hizmetinin ana ilkelerinden biri hastalıktan korunma ve sağlığı geliştirmedir. Bu ilke, çevre sağlığı, sağlık eğitimi ve koruyucu hekimliğe çok ağırlık veren bir tıbbi eğitimle başlar. Bu konular ve öğreticileri, Batı okullarına oranla belirgin üstünlük taşırlar. Tıp öğrencisi, fakültedeki ilk iki yılından sonra üç ana daldan birini seçer: «Terapötik» (tıbbi ve cerrahi), Pediatri ve Hijyen. Sonraki dört yılda, seçtiği dalda ağırlığı olan konularda eğitilir. Hijyen'in kapsamında tıbbın tüm sosyal konuları, iş sağlığı, epidemioloji, bioistatistik, sağlık yönetimi, vb. vardır. **Eğitim süresi içinde öğrencinin günlük harcamaları dahil tüm masrafları devletçe karşılanır.** Öğrenimini tamamlayanların % 15 kadarı akademik kariyer, araştırma, uzmanlık gibi dallarda görevlendirilmek üzere seçilir. Hekimlerin 3 yıl süreyle kırsal alanda çalışma zorunluğu vardır. Başarılı öğrencilerin çalışacağı yöreyi seçme hakkı vardır. Kırsal alanda zorunlu hizmet gören hekimlere daha yüksek ücret ödenir.

Tıp ve tıp dışı personel eğitiminden Sağlık Bakanlığı sorumludur.

Hekim eğitimi mezuniyet sonrasında özel bir önem kazanır. **Kırsal kesimde çalışan hekimler 3, kentsel kesimde çalışanlar 5 yılda bir eğitime alınır.** Eğitim çalışmaları çok ileri düzeyde örgütlenmiştir, ve ileri eğitim merkezlerinde birkaç aylık kurslardan, hizmet içi eğitime ve mektupla öğretime kadar çeşitli yöntemler uygulanır (12, 13)

Halkın sağlık eğitimi özellikle yerel düzeyde yapılır. Her hekimin günde en az 1-2 saat grup ya da aile eğitimi yapması yükümlülüğü vardır. Uç sağlık kuruluşlarında ilân tahtalarından, hekim dışı



personelin yüz yüze eğitimine değin değışik yöntemler uygulanır. Gör-sel-işitsel araçlar da önem taşır. Bazı hastanelerde duvarda bir düğmeye basmakla çalıştırılan gör-ışit araçları ile eğitim yapılabilmektedir. (4)

Tıbbi araştırmalardan SSCB Sağlık Bakanlığı, Tıbbi Bilimler Akademisi ve Cumhuriyetler Sağlık Bakanlıkları sorumludur. Araştırmaları, 281 tıbbi araştırma enstitüsü dışında, tıp fakülteleri de yürütür. 1971'de 63.168 kişi tıbbi araşmada görev almıştır.

### Finansman :

Sağlık harcamaları fonu değışik kaynaklardan yararlanır. 1968 yılına göre SSCB genel bütçesi ve Cumhuriyetler'den tüm giderin % 77,1'i, sosyal güvenlikle % 5,5'i, diğer sosyal birliklerden % 13,7'si, kişilerin doğrudan ödemeleriyle % 3,7'si sağlanmıştır. (3)

1972 yılında genel bütçe ve Cumhuriyetler bütçelerinden alınan miktar 9,7 milyar rubledir, bu kişi başına 46 ruble (51 dolar) anlamına gelir. (2)

**Not:** Gelecek sayıda Çekoslovakya, Bulgaristan, Demokratik Alman Cumhuriyeti, Küba'da Sağlık Hizmetleri üzerine bilgilere yer verilecektir.

### KAYNAKLAR

- 1 — Fifth Report on the World Health Situation 1969-1972' WHO, Geneva, 1975.
- 2 — Health Services in Europe: Reg. Off. for Europe, WHO, Copenhagen 1975.
- 3 — Health Care in the Soviet Union and Eastern Europe: M. Kaser, Croom 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. 9 27, İstanbul, 1976.

- 14 — Arat, Ö., Sürekli Eğitim, çoğaltılmış teksir.
- 15 — Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs in Developing Countries : V. Djukanovic, 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.