

SOVYET SOSYALİST CUMHURİYETLERİ BİRLİĞİ SAĞLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDITÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Sibel ÖZET
M. Elif DAĞCI
Meral KILIÇ

A. ERDAL SARGUTAN

SOVYET SOSYALİST CUMHURİYETLERİ BİRLİĞİ SAĞLIK SİSTEMİ

ÖZET	2456
I- ÜLKE TANITIMI	2457
I.1. Coğrafi Konumu	2457
I.2. Demografik Değişim	2458
I.3. Tarihsel Gelişim	2458
II. SAĞLIK SİSTEMİ	2459
II.1. Genel Bakış	2459
II.1.1. Sosyalist Ülkelerde Sağlık Hizmetleri	2459
II.1.2. SSCB Sağlık Sektörünün Yapısı Ve Organizasyonu	2460
II.2. SSCB Sağlık Örgütlenmesi	2463
II.2.1. Hastahaneler	2464
II.2.2. Sağlık Personeli Ve Eğitimi	2466
II.3. SSCB Sağlık Sisteminin Finansman Yapısı	2467
II.4. Sağlık Göstergeleri	2468
II.4.1. Sağlık İnsangücü, Altyapı, Teknoloji	2468
II.4.2. Hastalık Yapısı	2468
II.4.3. Sağlık Verileri	2469
III. SOVYET SOSYALİST CUMHURİYETLERİ BİRLİĞİ VETÜRKIYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞI LAŞTIRILMASI	2470
KAYNAKLAR	2472

A. ERDALI SARGUTAN

ÖZET

Eski Sovyet Sosyalist Cumhuriyetleri birliği endüstrileşmiş bir ülkedir.

Sosyalist ve merkezi planlama esasına göre sağlık sistemini düzenlemiş olan SSCB'de sağlık hizmetlerinde en önemli ilke, toplumun ihtiyaç ve önceliklerine göre oluşturulan sağlık hizmetlerinin eşit, ihtiyaç kadar, ücretsiz, toplumsal mülkiyet, kolektif sağlık hizmeti güvencesi ve tekeli olarak sunulmasını içerir.

Özel sektör yoktur.

Sosyalist sağlık sistemi SSCB sağlık sisteminde oluşturulmuş ve geliştirilmiş ve dünya çapında bir örnek teşkil etmiş, başka ülkelerce tamamen veya kısmen uygulanmıştır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı toplum tarafından ve işveren olan kamudan karşılanır. Üretim araçları, dağıtım kanalları, dağıtımı ve mülkiyet devlete aittir. Personel ve tesis sayısı yeterli, dağılımı dengelidir ve tümü kamu / toplum görevlisi ve yapıcıdır.

Hizmetin temelini primer sağlık hizmetleri oluşturur ve her düzeyde tedavi hizmetleriyle entegredir.

Halk hizmet ve denetimde aktif rol oynar.

Uygulama, çok kötü durumda olan Çarlık Rusya'sı sağlık sistemi ve göstergelerini kıyaslanmayacak kadar geliştirerek, büyük ölçüde başarılı olmuştur.

A. ERDALI

SOVYET SOSYALİST CUMHURİYETLERİ BİRLİĞİ SAĞLIK SİSTEMİ

I- ÜLKE TANITIMI

I.1. Coğrafi Konumu

Sovyet Sosyalist Cumhuriyetleri Birliği dünyanın en geniş ülkesiydi. Dünya yüzölçümünün 1/6'sına sahipti. Pasifik Okyanusu'ndan başlayarak Kuzey Asya ve Doğu Avrupa'ya uzanarak Baltık Denizi'ne kadar ulaşan yaklaşık 8.6 milyon km² yüzölçümüne sahipti.

Kuzey Kutbu soğuğu ve boğucu çöl sıcaklılarıyla aşırı farklılıklar gösteren bir iklimi vardı.

Ural Dağları Rusya'nın Avrupa tarafındaki kısmını Asya'dan böler. Kuzeyde Kuzey Buz Denizi, Doğuda Pasifik Okyanusu, Batıda ise bir dizi ülke ile sınırlanmıştı.

Yüzeyi Ural Dağlarının alçak ve yüksek tepelerinden, Sibiryadaki ormanlardan ve tundralardan oluşurdu.

En önemlisi Volga Nehri olan sayısız göl ve nehirleri vardı.

Moskova başkenti ve en büyük şehriydi.

Doğal kaynakları petrol, doğal gaz, kömür ve diğer stratejik minerallerdi.

Büyük endüstri alanları otomotiv, tekstil, makinecilik ve gıda işletmeciliğiydi.

SSCB'nin 1951 nüfusu 100 farklı milletten oluşan 267.7 milyona ulaşmıştı. Slavlar en kalabalık topluluktur.

Birçok dilin konuşulmakla birlikte Rusça resmi dildi.

İnsanların %63'ü şehirlerde, %37'si seyrek biçimde kırsal kesimlerde oturuyordu.

SSCB 15 tane cumhuriyetten oluşuyordu. Büyük milletler kendi içlerinde özerk cumhuriyetlere bölünmüşlerdi. En büyük cumhuriyet olan Rusya Federal Sosyalist Cumhuriyeti nüfusun %42'sini ve yüzölçümünün %76'sını oluşturmaktaydı. En büyük ikinci cumhuriyet ise 50 milyon insanla Ukrayna Cumhuriyeti idi.

Her cumhuriyet oblastlara (bölgelere) bunlar da rayonlara bölünmüştü. Oblastların nüfusu 500.000'den milyonlara ulaşmaktaydı.

Bu tür organizasyonel yapılar yönetsel amaçlarda olduğu gibi sağlıkta da kullanılmaktaydı (1/489).

I.2. Demografik Değişim

Çarlık Rusya'sında 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. Genel olarak bu yıllarda kaba ölüm hızı binde 30'larda iken kıtlık ve salgınların olduğu yıllarda hız çok yükseliyordu. 1900'lü yıllarda doğum ve ölüm hızları düşmeye başlamıştır. Nüfus 1858'de 67 milyonken, 1897'de 129 milyona çıkmıştır.

Nüfus artış hızı Dünya Savaşları sırasında belirgin bir biçimde azalmıştır. 1920 yılına kadar süren iç savaş, salgın hastalıklar ve 1922-23'teki açlık birçok insanın ölümüne neden olmuştur. Bu yıllarda Batı Avrupa'ya ve ABD'ye 1.75 milyon kişi göç etti. 1937'de 2.4 milyon olan sürgüne ya da toplama kamplarına yollanan insan sayısı 1939'da 3.1 milyona çıktı. Ölüm hızı 1932 ile 1933 yılları arasında iki katından daha fazla arttı ve binde 70'e yükseldi. Böylece 1933'te 163 milyon olan nüfus, 1934'te 157 milyona düştü. 1935'te devrimden sonra yasallaştırılmış olan kürtaj yeniden sınırlandırıldı. 1944'ten beri az çocuklu aileler vergilendirilerek çocuk yapmaya özendirilmiştir.

Sovyetler Birliği II. Dünya Savaşı'nda 27 milyon insanını yitirdi. 1940 yılında nüfus 192.6 milyonken 1946'da 170.5 milyona düştü. 1980'lerde Sovyetler Birliği'nin nüfusu % 0.8'lik artış hızı ile 290 milyona erişmiş durumdaydı (2/139).

I.3. Tarihsel Gelişim

1917 yılında Sovyet rejimi yönetime gelmeden, Çarlık Rusya'sında 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 dönemlerde 20 milyondan fazla insan tifüs geçirilmekteydi.

Bu dönemde 150 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. Bu şartlar altında Sovyetler yönetimi, halka tıbbi hizmet sağlama, bilgisiz olan sağlık personelini eğitme, kırsal bölgede sağlık hizmeti sunma ve yabancı ülkelerden 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 (2/139,140).

II. SAĞLIK SİSTEMİ

II.1. Genel Bakış

II.1.1. Sosyalist Ülkelerde Sağlık Hizmetleri

Sosyalizmin sağlık hizmetlerine yaklaşımı, sağlık hizmetlerinde önceliklerin, toplumun temel gereksinimlerine göre belirlenmesi şeklinde özetlenmektedir. Sosyalist ülkelerde sağlık hizmetleri devlet aracılığıyla sunulmaktadır.

Bu anlamda sosyalist ülkelerde uygulanmış olan sağlık politikalarının belirgin özellikleri ve temel ilkeleri şunlardır:

- hizmetin ücretsiz olması,
- GSMH'dan sağlığa ayrılan payın ve kişi başına düşen sağlık harcamalarının yüksek olması,
- koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi,
- kişi başına düşen sağlık personeli ve hastahane yatağının yüksekliği,
- sağlık personelinin bölgeler arasında adil dağılması,
- toplumun tüm kesimlerinin sağlık hizmetlerine eşit olarak ulaşabilmesi
- sağlık hizmetlerinin herkese eşit olarak ulaşabilmesi amacıyla merkezi olarak planlanması,
- sağlık hizmetlerinin ve kurumlarının halk tarafından denetlenmesi,
- hekimlerin toplumsal statüsünün toplumun diğer kesimlerine kıyasla ayrıcalık arz etmemesi,

Sağlık hizmetlerinin planlı olarak verilmesi yönünden sosyalist ülkeler olumlu örnekler sergilemiştir. Sovyetlerde planlama üç aşamada gerçekleşmiştir.

- Merkezi otoriteler (Bakanlar, Sovyetler, işçi delegeleri, Sovyetlerinin yürütme kurulları)
- Planlama otoriteleri
- Cumhuriyet ve yerel sağlık otoriteleri.

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

Halkın sağlık örgütünü denetlemesi ve sağlık hizmetine katılımı, sosyalist ülkelerin tümünde kendini gösterir. Örgüt basamakları boyunca sıralanan yerel konseyler halkın oyuyla gelirler ve planlamadan hasta bakımına ve araştırmaya kadar her alanda sorumludur. Konseylerde ağırlık işçi sendikalarına ve sınıfın politik örgütüne (parti) dayanır. Sosyalist ülkelerde çalışanların aktif katılımı yerine, parti kadrolarının katılımı ve partinin denetimi, sonuçta sağlık hizmetlerinde de belirleyici olmuştur.

Sağlık hizmetlerini yerel ya da merkezi düzeyde yürütenlerin büyük bölümünün uzman tıp mensupları olması, sağlık hizmetleri yönetiminin tıp mesleğine aşırı bağımlılığını getirmiştir.

Sosyalist ülkelerde özel sektörün olmadığı saptanmakla birlikte, bazı durumlarda yasal olmayan uygulamalar görülür. Örneğin; kürtaj birçok Doğu Avrupa ülkesinde bir dönem yasal olmamasına rağmen devlet kurumların dışında yaygın uygulama olanağı bulmuştu. Çok yaygın olmamasına rağmen bu özel sağlık hizmetleri, bugün Doğu Avrupa'da egemen olmaya başlayan "parayı veren daha iyi hizmet alır" anlayışıyla yaygınlaşmıştır.

Genel olarak sosyalist ülkelerde merkezi planlama, sağlık hizmetlerinin devlet tarafından sunulması, hekimlerin diğer personele ve halka karşı statüsünün nispeten düşüklüğü, batıya kıyasla kadınların sağlık hizmetlerinde daha çok istihdam edilmesi, insangücü ve hastahane yatağı kaynağı açısından sosyalist anlayışa uygun bir dağıtım olduğu da ileri sürülmekteydi (3/123-128).

II.1.2. SSCB Sağlık Sektörünün Yapısı Ve Organizasyonu

Sovyetlerde sağlık sistemi hastahane merkezli idi. Bu, özel sağlık hizmetlerinin ve pratisyen doktor (veya aile doktorlarının) yokluğundan kaynaklanmaktaydı. Ayrıca sağlık sektörünün yönetimi de hastahane merkezli idi. Hastahaneler daha çok hasta tedavi etmekle değil, araştırmalar için sağlık personeli yetiştirmekle yükümlüydü. Başhekim hastahane servislerinin koordinesini sağlar ve diğer yerel hastahanelerin de başıdır. Sovyetlerdeki hastahaneler bölgesel sistemle uyumluluk gösterirlerdi. En küçük hastahane uçastok (uchastock) adlı yerleşim birimlerinde olup bunların yatak sayıları 35-100 arasındadır. Bunlar yaklaşık 4.000 insana hizmet ederler ve genellikle kırsal kesimlerde konumlandırılmışlardır. Büyüklüklerine göre iki ila altı arası doktor kadrosuna sahiptirler. Bunların biri genellikle cerrah olur.

Mevcut düzen içerisinde Rusya'da altı çeşit sağlık kuruluşu mevcuttu.

İlki genel tedaviyi uygulayan ve koruyucu nitelikte olan hastahanedir. Bazı durumlarda bunlar polikliniklerle, dispanserlerle, sağlık ocaklarıyla askeri hastahanelerle, ezahanelerle ortak çalışabilirdi.

İkinci grup ailelik ile ilgilenen hastahanelerdir. Bunlar çocuk hastahanelerini kreşlerini, sağlık kamplarını ve eğitim kurumlarını içlerine alırlar.

Üçüncü grup toplum sağlığı ile ilgilenen kuruluşlardır. Sağlık epidemioloji istasyonları ve sağlık eğitimi kurumlarını içlerine alır.

Dördüncü grup kırsal kesimlerin sağlık sorunları ile ilgilenir. Buralarda kırsal kesimin doktorları, sağlık görevlileri çalışır.

Beşinci grup kurumlara endüstriyel sağlık kuruluşları dahildir.

Sonuncu grup olan dispanserler ise tüberküloz, zührevi hastalıklar ve alkol bağımlısı hastalarla ilgilenir.

15 tane Cumhuriyetin her biri kendi sağlık bakanlığına sahipti. Ayrıca kendi aralarında "oblast" ve "rayon" denilen yönetsel ayrımlara tabii tutulmuşlardı. Genel sağlık hizmetleri ise uçastok içerisinde alt dallara ayrılmışlardı.

En çok hasta yoğunluğu pazar ve tatil günlerindedir. Bir çok poliklinik uzmanlarını bugünlerde çalıştırır. Ev ziyaretleri başhekimin sorumluluğundadır. En yüksek düzeyde memurlar ve parti görevlileri modern hastahanelerde tedavi görme hakkına sahiptir. Bu "Kremlokva" denilen hastahanelerde akademisyen ve araştırmacılar mevcuttur.

Sağlık Bakanlığı tarafından yönetilen kurumlar bağlı oldukları oblast komitesinden destek alırlar. SSCB'nin Sağlık Bakanlığı merkezi cumhuriyetlerin bakanlık konseylerini destekleyecek metodolojik kurallar dizisini uygular. İlaç Akademisi ve Megdiz girişimleri SSCB Sağlık Bakanlığının ikincil kurumlarıdır. Bir sağlık konseyi her yönetsel durumda tavsiyelerini sunar. Planlama SSCB ile birlikte mevcut cumhuriyetlerin katılımı ile yapılır (1/493).

Tablo 1: Eski Sosyalist Ülkelerde Sağlık Harcamaları (1990)

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

World Development Report; 1993

Kaynak: Toplum ve Hekim Dergisi, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Kasım 1994-Şubat 1995, Cilt 9, Sayı 64-65, s:123, 1995, Ankara.

Tablo 2: Sosyalist Ülkelerde Bebek Ölüm Hızı

Ülke	1960	1965	1970	1974	1986	1989	1991
Yugoslavya		72	56		30.7	24	21
Estonya	31.2	19.2 (1967)	20	17.6		—	17
Letonya	27	17 (1967)	23	19		—	16
Rusya Fed.	37.0	25 (1967)	23	23	25.1	—	20
Beyaz Rusya	34.9	21 (1967)	19	17		—	15
Macaristan		39	36		19	17	15
Litvanya	38	20.5 (1967)	19.3	19.4		—	14
Kazakistan	36.8	26 (1967)	26.7	29.2		—	32
Çekoslovakya		26	22		11.3	12	11
Ukrayna	30	18.4 (1967)	17.3	17.4 (1973)		—	18
Moldovya		—	16.8	24.4		—	23
Ermenistan	50	28 (1967)	26.7	21.4		—	22
Bulgaristan	31		27		14.7	13	17
Polonya	42		33		17.5	16	15
Türkmenistan	—		32.4	46.4		—	56
Azerbeycan	43	38 (1967)	24.1	20.7		—	33
Gürcistan	36.8	29 (1967)	21.3	33.9		—	16
Kırgızistan	30	43 (1967)	25.3	24.1		—	40
Romanya		44	49	27	23.9		27
Özbekistan	28	31 (1967)	40	45.5		—	44
Tacikistan	30	38 (1967)	46.7	51.8		—	50
OECD Ülkeleri	—	24	20	—		8	8
Dünya Ülkeleri	—	9	85	—		54	53

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

Kaynak: Toplum ve Hekim Dergisi, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Kasım 1994-Şubat 1995, Cilt 9, Sayı 64-65, s:125,1995, Ankara.

Tablo 3: Eski Sosyalist Ülkelerde Ölüm Hızları (1985-1990) (Yüz binde)

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

World Development Report; 1993

Kaynak: Toplum ve Hekim Dergisi, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Kasım 1994-Şubat 1995, Cilt 9, Sayı 64-65, s:123,1995, Ankara.

II.2. SSCB Sağlık Örgütlenmesi

Diğer sosyalist ülkelerde olduğu gibi eski Sovyetler Birliği'nde de sağlık örgütünü merkezi bir yapısı vardı. Hizmetin tümünden örgütün en üst seviyesinde bulunan Sağlık Bakanlığı sorumludur. Sağlık Bakanlığı dışında sağlık örgütü bulunan tek kuruluş Savunma Bakanlığıdır. Temelde sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı altında beş düzeyde örgütlenmişlerdi. Cumhuriyet, oblast, rayon, uçastok ve sağlık istasyonları.

Sağlık İstasyonu: Sovyetler Birliği'nde en uç sağlık birimi, feldsher'lerin sorumlu olduğu sağlık istasyonudur. Bu istasyonlarda ek olarak bir ebe bulunur. Köylerde ve dağınlık yerleşim gösteren birimlerde kurulmuştur.

Bu istasyonlar aynı zamanda Royan hastahanelerinden gelen uzman hekimler için çalışma alanı olarak hizmet verirler. Denetim ve eğitimcileri hem uçastok hem de rayon örgütünce yapılır.

Uçastok (uchastock): Hasta tedavisinde temel birim olan polikliniklerdir. Her sağlık bölgesinde bir poliklinik bulunur. Bir uçastok nüfusu ortalama 4.000'dir. Yaklaşık 3.000 erişkin, 1.000'i 14 yaş ve altı çocuklardır. Burada pediatrist, yetişkin pratisyeni, 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 günde 6,5-7 saat çalışır ve ortalama 30 hasta bakması beklenir.

Rayon: 10 uçastok birleşmesi ile bir Rayon oluşur. Yönetim, eğitim, koruma ve tedavi görevleri olan rayonlar bölgelerindeki sağlık kurumlarından sorumludur. Amiri rayon hastahanesinin başhekimidir. Bölgede 200-400 yataklı bir hastahane ile 15 kadar uzman bulunur.

Oblast: Bir üst birim, 600-1000 yatak kapasiteli üst uzmanlık eğitim kurumu ve tedavi merkezi niteliğinde olan oblastlardır. Oblastın müdürü, oblastlara bağlı olan hastahane, sanatoryum, araştırma merkezleri, laboratuvarlar, çocuklar için poliklinikler, kronik hastalık dispanserleri, özel uzmanlık dalları gerektiren dispanserler (diyabet, kanser vb.) ve diğer sağlık birimlerinin amiridir. Oblastların üzerindeki örgüt Özerk Cumhuriyet Sağlık Bakanlığı'dır.

Özerk Cumhuriyet Sağlık Bakanlığı: Sağlık planını hazırlamak, cumhuriyetlerle destek ve iş birliği sağlamak, tıbbi araştırmalarda koordinasyonu yürütmek, gereksinimleri saptamak, temin etmek ve dağıtımını sağlamaktan, ayrıca uluslararası ilişkilerden sorumludur (2/143,144).

II.2.1. Hastahaneler

Sovyet sağlık sistemi çok hastahaneli bir yapıdadır. Sağlık hizmetleri hastahaneler tarafından idare edilir. Koruyucu sağlık için başlıca finanssal kaynaklar da onlar tarafından tahsis edilmektedir. Çok sayıda uzman doktorun olması, aile hekimliği ve pratisyen hekimlerin yokluğuna ve hastahane ağırlıklı sisteme yol açmaktadır.

II. Dünya savaşı boyunca hastahane ve yatak sayısında büyük artışlar olmuştur. Genellikle 35 ile 100 yataklı hastahaneler hizmet vermektedirler. Daha yüksek derecedeki hastahaneler, 1 ile 1.5 milyon nüfusa 600 ile 1200 yataklı hizmet vermekte olan bölgesel hastahanelerdir. Burada uzmanlar da bulunur.

Sovyet hastahanelerinde ortalama kalış süresi 18 gündür. Hastalar bazen ameliyattan 4-5 gün önce hastahaneye kabul edilir. Sonuç olarak diğer ülkelerle kıyaslandığında bu süre yüksektir. 1980 yılında şehirlerdeki yatakların doluluk oranı %93 ile senede 339 gündür. Gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında bu oranın çok yüksek olduğu görülür. Doluluk oranının yüksek ve kalış süresinin uzun olması, teşhis ve tedavinin, laboratuvar tekniklerinin, cerrahi işlemlerin uzun olmasındandır. Bu prosesleri hızlandırmak için bir çalışma yoktu.

Hastahaneler de diğer sağlık hizmetleri gibi ücretsizdi. Fakat ekipman ve ilaç yetersizliği yaşanmaktaydı. Özel oda bulunmamakta, paralı klinikleri çok az ve alınan ücret doktor için yetersizdi (3/18).

Şema 1: Sosyalist Ülkelerde Sağlık Örgütlenmesi Şeması

Kaynak: Toplum ve Hekim Dergisi, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Kasım 1994-Şubat 1995, Cilt 9, Sayı 64-65, s:143, 1995, Ankara.

Şema 2: SSCB Sağlık Örgütlenmesi Şeması

Kaynak: Toplum ve Hekim Dergisi, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Kasım 1994-Şubat 1995, Cilt 9, Sayı 64-65, s:143, 1995, Ankara.

II.2.2. Sağlık Personel ve Eğitimi

Ülkede 1 milyonu aşkın doktor vardı. 1973'teki doktor sayısı her 10.000 kişiye 27,9 oranını göstermektedir. Bu oran SSCB'deki işçi yoğunluğu göz ardı edilirse Avrupa'daki sayının iki katıdır. Fakat dışçı oranı 4.2 katı kadardır. Eczacı sayısı ise Avrupa'daki sayının yarısından fazladır. Bütün hemşireler tam olarak eğitilmemişti.

Rusya'da tabip dışında, 8 kategori altında eğitilmiş personel bulunmaktaydı. Bunlar hemşireler, ebeler, bakımcılar "feldsher", sanatoryum görevlileri, laborantlar, diş teknisyenleri, diş doktorları ve eczacılardan oluşmaktaydı. 1980'de 2.789.900 orta sınıf sağlık personeli mevcut idi. Bu oran nüfusa göre git gide artış göstermiştir. Kategorisine bağlı olmak üzere personelin eğitimi 10 haftadan 2 seneye veya tam bir ortaokul eğitimi görmüş kişiler için 6 aya ulaşmaktadır. Diş doktorları hariç, 8 yıllık eğitim geçirmiş olanlar genel bir eğitime tabi tutulurlar. Buna Rus dili, edebiyat, fizik, kimya ve sosyal bilimler alanları da dâhildir.

Hemşireler bu sektördeki çalışan sayısının %18,9'unu oluşturmaktaydı. Eğitim süreleri, sekiz yıl genel okula gitmiş biri için 2 yıl, 10 yıl okumuş bir kişi için 10 aydır. Bütün hemşire adayları genel tıp bilgisi ve organizasyon bilgisi alırlar. Derslerine anatomi, biyoloji, mikrobiyoloji, hijyen, psikoloji, farmakoloji, eczacılık, gibi genel sağlık derslerinin yanı sıra hasta bakımı, iç hastalıklar, cerrahi gibi özel dersler ve ayrıca toplum sağlığı/halk sağlığı organizasyonu da dahildir. Eğitimleri genelde pratik tekniklerle ilgilidir.

İkinci büyük sağlık grubu feldşer (feldsher) denilen ve Rusya'ya has olan personel grubudur. Bunlar toplam oranın %22'sini oluşturur. Kırsal kesimlerde ve nüfusun yoğun olduğu yerlerde hemşire ile doktor arasında yetkilerle hizmet verirler. Geniş kırsal bölgelerde sağlık hizmetinde etkili ve bağımsız rol oynarlar. Doktorların olmadığı zamanlarda ebelerle birlikte başlıca tıbbi bakımları üstlenir. Kaza ya da şiddetli hastalıklarda önlem alınmasını sağlarlar. Köy ve kasabadaki sağlık standartlarını yükseltmekle önemli rol oynar. Şehir niteliğine sahip yerlerde doktora yardımcı olurlar. Gerektiğinde hastayı sağlık kontrolü altına alır, fakat hastalık teşhisinde bulunmaz, doktora gönderirler. Endüstriyel bölgelerdeki sağlık birimlerinde bulunan sağlık istasyonlarında da görev alırlar. Ambulanslarda da çalışırlar ve 1 doktor, en az bakımcı ve ambulans sürücüsünden oluşan takımının parçalarıdır. Bunların eğitimi hemşirelerden 1 yıl daha fazladır. Sekiz yıl genel eğitim görmüşler için 3 yıl 6 ay, 10 yıl eğitim görmüş olanlar için 1 yıl 6 aydır. Bu süre içerisinde genel sağlık bilgileri verilir. Daha çok sınıf eğitimi ağırlıkta olup, pratik eğitim ve laboratuvar eğitimi azdır. Genel ve özel dersleri hemşirelerin aldığı derslerin aynıdır, ancak içerikleri daha geniştir (3/22, 1/495).

Sovyet devriminden sonra doktor sayısında hızlı bir yükselme görülmektedir. Eğitim sistemi klasik Avrupa sistemine paralel devam etmiştir. 1918 – 1922 yılları arasında doktor eğitmek üzere 16 okul açılmış, doktor sayısı 1928 yılından itibaren yükselmiştir. 1930'lu yıllarda doktor sayısının artırılmasına daha da fazla önem vererek sağlık enstitülerini 40 dan 72'ye çıkarılmıştır. 1930 ve 40'lı yıllarda tıp eğitimi 6 yıla çıkarılmış, doktorlar, eczacılar ve diş hekimleri yüksek eğitilmiş sağlık personeli arasına alınmıştır.

Sovyetlerde her 5 yılda, doktorlar tarafından bir ileri eğitim programının alınması zorunluluğu vardı. Bu eğitimi almadan önce tüm doktorların 3 – 5 yıl arasında çalışmış olmaları gerekir. İleri tıp eğitimi için toplam 17 enstitü ve 40 fakülte vardı (1/495).

II.3. SSCB Sağlık Sisteminin Finansman Yapısı

Sağlık hizmetlerinde dikkate alınan en önemli özellik, hizmetin toplumun her kesimine eşit ve ücretsiz olarak götürülmesi ilkesidir. Sağlık güvenliği sistemi geliştirilmiş, sağlık hizmetlerinin finansmanı merkezi fonlardan/devlet bütesiinden (ve işverenlerden) karşılanmıştır. Üretim kanalları, dağıtım ve mülkiyet devlete aittir. Merkezizetilik yoğun görülür. Kaynaklar merkezi otoritelerce, sektörler ayrılır ve sektörün her aşamasında ne pay ayrılacağı belirlenir. Köysel yöreler de hiyerarşik yapıda olup, hepsi merkeze bağlıdır. Merkezi otoritenin belirlediği bütçe, en alt hiyerarşiden en üste kadar, kurumlar ve kurumların bağlı olduğu idarelerce bütçe yılı gelmeden yapılan planlara göre ortaya çıkar.

Dünya Sağlık Örgütüne sunulan Abel Smith'in raporunda, sağlık giderlerinin sınıflandırılmış ve derlenmiş şekli, diğer ülkelerle karşılaştırılabilir şekilde gösterilmiştir. Hükümetin Sağlık Bakanlığına finansman aktarımı, diğer bakanlıklarla karşılaştırılırsa daha fazladır (1/507).

Harcamaların bir kısmı sağlık sektöründeki uygulama masraflarına, bir kısmı da tıbbi eğitim veren enstitülerin yatırımlarına yapılmaktadır. Yıllık sağlık masrafları her geçen yıl gözle görülür şekilde artmıştır. 1970 yılında hükümetin ayırdığı bütçe 11,8 milyon rubleden, 1980'de 18,7 milyon rubleye çıkmıştır. Ryan'ın 1970 de verdiği verilere göre, sağlık bütçesinin dağılımı şöyledir: %53,9 maaş %10,6 yiyecek, %8,4 ilaç ve giyecek, %2,2'si alet ve eşyalardır. Bazı sağlık hizmetlerinin masrafları bizzat hastanın kendisinden alınır. Hastahanelerde yatanlardan para alınmaz. Hastahanelerde yatmayan tüberküloz, kanser, epilepsi, diyabet, zührevi hastalıklar, dizanteri ve üzamlı çocuklar ilaç masraflarından muafırlar. Gazi ve bütün emekliler için harcamalar ücretsizdir.

Sağlık hizmetleri için ayrılan bütçenin belirli bir şekilde artmasına rağmen, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinde ekipmanların yenilenmesi, binaların modernize edilebilmesi için gerekli büyük finansal kaynaklara ihtiyaç vardı. SSCB sağlık masrafları için GSMH %4'ü ayrılmakta olup, endüstrisi gelişmiş ülkelerde bu oran ulusal gelirlere oranla çok düşük bir rakamdır (3/27).

Özerk olarak finanse edilen sağlık kurumları, genellikle ödenekli poliklinikler olarak bilinir. Bunlar yerel otoriteler tarafından diğer serbest kurumlarda olduğu gibi yönetilir ve finanse edilirler. Bu tür kurumlarda muayeneler randevuyla yapılır ve kayıt tutulur. Bu tür kurumların sayısı yayımlanmamış olup Moskova'da tahminen (7 milyon nüfusta) 10 adet vardır. Yasaya uygun sağlık teşebbüsleri pek fazla sayıda değildir. Bunun nedeni muayene odasının tam donanımlı olması ve kişinin çok büyük vergi oranlarına maruz kalması gibi zorunluluklardır. Yasal olmayan özel sağlık hizmetleri ise daha fazla olup, doktorlar evde muayene yapıp, vergiden açabiliyorlardı (1/507).

II.4. Sağlık Göstergeleri

II.4.1. Sağlık İnsangücü, Altyapı, Teknoloji

Sovyetler Birliği'nde hekim ve diğer sağlık personelinin sayıca yüksek düzeylerde olduğu görülür. 1989 da hekim sayısı, dış hekimleri dahil 1.200.000'e ulaşmıştı. Bu, bin kişiye ortalama 4,44 hekim düştüğü anlamına gelir. 1983 yılında feldsherler sayısı 3 milyon civarındaydı ve bin kişiye 11,1 feldsher düşmekteydi.

Bu tarihlerde hastahane yatak sayısı 3,5 milyondan fazlaydı ve bin kişiye ortalama 12,9 yatak düşmekteydi. Yatak kullanma süresi ortalama 15,4 gün gibi oldukça yüksek bir düzeyde kalmıştı. Yetersiz altyapı, hizmetin kalitesini ciddi boyutlarda etkilemekteydi. Eldeki hastahanelerin %49'unda sıcak su, %24'ünde ise kanalizasyon bulunmamaktaydı.

Sayıları 23.500'ü bulan hastahane ve sonsuz sayıda ayakta bakım ünitelerinde) tıbbi araç-gereçler genel olarak yetersizdi. Polikliniklerin sadece %2, hastahanelerin ise %6'sında ultrason, gene bunların sırasıyla %5 ve %13'ünde endoskopi bulunmaktaydı. Bu teknoloji eksikliği hekimlerin performansını, kalite ve verimlilik yönünden de olumsuz etkilemekteydi (2/140).

II.4.2. Hastalık Yapısı

SSCB'deki sağlık durumu araştırmaları, yetersiz istatistiklerden dolayı düzensizdi. Sistemik ve anlaşılır olan ölüm ve hastalık durumlarını bildiren araştırmalar da aynı şekilde düzensiz ve azdı. Bu konudaki veriler, kırk yıllık bir gizlilik döneminden sonra, 1970'lerden itibaren görülmeye başlamışsa da, bunlara güvensizlik devam etmektedir. Ölümle sonuçlanan kazalarda gazeteler sadece yabancıların karışıkları demiyolu kazalarını yazmaktadır. Hastalık oranı istatistikleri de bu tabloya uymaktadır.

Ciddi hastalıkların çoğu Sovyet tıbbi hizmetlerinin ihtiyaçları karşılanmasına yetmediğine dair bilgiler vardır. Alkolizm, özel bir hizmetin sağlandığı bir risk grubunu oluşturmaktadır. 1967'den beri, teşhis edilmiş alkaliklere tedavi mecbur kılınmıştır. Psikonöroloji dispanserine gelen hastaların 1/4'ü alkolik olarak teşhis edilmiştir. Hastahanelerde ciddi enfeksiyon problemleri vardır.

Sağın hastalıklarda niteleyici bilgiye ulaşmak sayısal verilere ulaşmaktan daha kolaydır. 1970'teki şiddetli kolera salgını yüksek potansiyelli sağlık sisteminin ve epidemiolojik sistemin varlığını göstermiştir (1/509). Bu yöntemle ele alındığında, Sovyet yönetimi altında ülkenin sağlık alanında çok büyük ilerlemeler sağladığı görülür. Dünyanın en kötü sağlık seviyelerinden birine sahip olan Çarlık Rusyasının bulunduğu yer ile, 1980-90'ların SSCB sağlık sistemi organizasyonu ve bunun sonuçları, niteliksel kıyaslamalarla bile çok başarılı olarak belirlenmektedir. Nicelik ölçülerinin yokluğu ise, ortaya çıkabilecek ülkelerarası derecelendirmelerde en üst sırayı elde edememe türündeki "rejimsel" endişelere ve yoğunluğu azalsa da devam etmekte olan gizliliğe bağlanabilir. Hangi sebeple olursa olsun, nicelik bilgilerinin eksikliği, niteliksel olarak var olan büyük başarının belgelenmesini de engellemektedir.

II.4.3. Sağlık Verileri

1950 öncesi dönemde SSCB, hastalık insidansı bakımından en parlak yıllarını yaşamıştır. 1964 yılında, Sovyetler Birliği'nin resmi istatistik yıllığına göre, Kaba Ölüm Hızı binde 6.9'la en düşük düzeydeydi. Bu yıldan sonra 1984'e kadar bu hız binde 10.8'e yükselmiştir. Ölüm nedenlerine olarak, kardiovasküler sistem hastalıkları, kanser, solunum yolları hastalıkları, kaza, zehirlenme ve yaralanmalarda ölüm hızının, batılı gelişmiş ülkelerinkinden daha fazladır. 1987-1988 yılları arasında her 100.000 kişide görülen kızamık sayısı 67.4, tüberküloz sayısı ise 44'tür.

SSCB de çocukların %43.5'i, kadınların %40'ı kırsal kesimde yaşamaktaydı. Bu oran, Orta Asya Cumhuriyetleri'nde %60'ın üzerindedir. 5 yaşından küçüklerde ölüm hızı 1986 yılında binde 28, Bebek Ölüm Hızı ise aynı yıl binde 22.3 olmuştu. Ana Ölüm Hızı yüz binde 21 civarındaydı. Son 5 yılda kırsal kesimde Bebek Ölüm Hızı kentlerdekine göre %32.6 daha fazla olmuştu. Ana Ölüm Hızı kırsal kesimlerde kentlere göre %54-57 daha yüksekti, Orta Asya Cumhuriyetlerinde ve Kazakistan da bu oran %60'lara ulaşmaktaydı. Buna ek olarak, Cumhuriyetler arasında bebek ve anne ölüm hızları açısından belirgin farklılıklar gözlenmektedir.

Çocuk ölümlerinin nedenleri olarak, 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 düştüğünü görürüz. Eksojen faktörlerdeki bu düşüşe karşı endojen faktörlerde (konjenital ve perinatal nedenler) yükselme vardır. Perinatal ölüm hızı da yıllarca yüksek düzeyde seyretmiştir. 1988'de 1.000 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 nedenleri son 3 yılda değişmeden kalmıştır ve asfiksi ilk sıradadır (Tüm perinatal ölümlerin %53'i). Bunu solunum hastalıkları izlemektedir (%17.6). Perinatal ölümlerin büyük kısmı zamanında doğanları kapsamaktadır. Bu, neonatal bakımından eksik organizasyon, kötü antenatal ve doğum uygulamaları olarak yorumlanmaktadır. Ölü doğumların antenatal ölümlerden kaynaklanma oranının yükselmesinin (1984'te %44, 1988'de %50) bunu doğruladığı belirtilmektedir.

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 artmış olup, 1/50'si hastahane dışında yapılmaktaydı. Kürtaja bağlı ölümlerin %76.7'si hastahane dışında gerçekleşmişti. Buna karşın yerel aile planlaması hizmetleri çok az gelişmişti. Doğurgan kadınların ancak %13.5'inin modern aile planlaması yöntemlerini kullandığı bildirilmektedir (2/140,141).

III. SOVYET SOSYALİST CUMHURİYETLERİ BİRLİĞİ VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Ülkenin çok çeşitli kültürel, ekonomik, coğrafi özellikleri ve değişik yönetim biçimleri, resmi ideolojileri olması, çoğu zaman aynı ülkede birden fazla örgütlenme ve finans biçiminin bulunması, bunların birbirini ve ilişki içinde oldukları çevreyi her ülkede farklı biçimlerde etkilemesi, dünyadaki sağlık sistemlerine ilişkin tümüyle doğru ve her ülkeyi içeren kapsamlı bir sınıflandırma yapmayı imkânsız kılmaktadır. Bu yüzden ülkeler; sağlık sistemi açısından sınırları değişmez kesin çizgilerle ayrılmış bir sınıflamaya sokmak mümkün değildir. Buna rağmen Türkiye ile SSCB kabaca gruplanırsa, eski SSCB sosyalist yönetim gösteren orta gelirli bir Doğu Avrupa ve Asya Ülkesi, Türkiye ise gelişmekte olan, düşük gelirlili, refah yönelimli sağlık politikası izleyen bir Avrasya ülkesidir (6/33).

Nüfus yapısı ve sağlık göstergeleri açısından, yüksek nüfus artış hızıyla Türkiye büyümekte olan bir ülkedir. Türkiye 1960'lı yılların ortalarına kadar yüksek doğurganlığı desteklemiştir. 1965 yılında tersine bir tutum belirlenmiştir. 1983 yılında aile planlamasıyla ilgili daha liberal ve kapsamlı bir kanunla kürtaj yasal hale getirilmiştir. Böylelikle yıllık nüfus artış hızı 1985 yılında binde 24 iken 1995 yılında binde 18'e gerilemiştir.

SSCB'de ise nüfus artış hızı dünya savaşları sırasında belirgin biçimde azalmıştır. 1940 yılında 192.6 milyon iken 1943'da 170.5 milyona düşmüştür. Bu nedenle 1944'ten beri az çocuklu aileler vergilendirilerek çocuk yapmaya özendirilmişlerdir. SSCB'nin nüfusu % 8'lik artışıyla 280 milyona erişmiş durumdadır.

Tablo 4: Türkiye- SSCB'nin Başlıca Sağlık Göstergeleri

	Türkiye	SSCB
Nüfus	64.786.000	290.000.000
Nüfus artış hızı	%0.168	%0.8
Kaba doğum hızı	%0.22	%0.187
Kaba ölüm hızı	%0.84	%0.10
Bebek ölüm hızı	%0.40	%0.22
Ana ölüm hızı	180/100.000	21/100.000
Doğuştan beklenen yaşam süresi	68.5	-
GSMH'dan sağlığa ayrılan pay	%3.7	%4
Kişi başına sağlık harcaması	108 \$	157 \$
Doktor başına nüfus sayısı	913 kişi	227 kişi
Yatak başına nüfus sayısı	389 kişi	77 kişi
Toplam yatak sayısı	160.884	3.766.233
Toplam hekim sayısı	70.947	1.277.533

Kaynak :1- UNDP, Human Development Report, 1998, New York, Oxford University Press.
2- <http://www.sağlık.gov.tr.>;"Sağlık Bakanlığı Sayfaları",1999.

Türkiye'de hekim başına düşen nüfus 913, yatak başına düşen nüfus 398 kişidir. Eski SSCB'de hekim başına düşen nüfus 227 kişi yatak başına düşen nüfus sayısı ise 77 idi. SSCB'de yatak ve doktor sayısının yüksek olmasının nedeni, sağlık hizmetlerinden herkesin eşit ve ücretsiz yararlanma ilkesini hayata geçirmek amacıyla nüfus tabanlı bir örgütlenme gerçekleştirmiş olmasıdır. Yüksek sayıda sağlık personelinin yardımıyla, en küçük ve uzak topluluklara kadar ulaşılması büyük ölçüde mümkün olmuştur.

Türkiye'de sağlık hizmeti sunumunu, talebini ve bunların finansmanının yürüten kurum ve kuruluşların çokluğu sebebiyle, sağlık sistemi bir karmaşanın içine sürüklenmiştir. Hala yürürlükte olan mevzuata göre Sosyalize Edilmiş Sağlık Hizmetleri sisteminin uygulanması ve hizmet alanların bunun finansmanının küçük bir kısmına katılmakla beraber, asıl kaynağın hazine olması öngörüldüğü halde, fiili olarak primli sağlık / hastalık güvencesi çerçevesinde Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemi hakim uygulama haline gelmiştir. Toplam sağlık hizmeti talep finansmanımızın ortalama 1/3'ü vergiler yoluyla devlet bütçesinden, yaklaşık %17 si sosyal sigortaların fonlarından, geri kalan kısmı (toplam finansmanın %50 si) kişilerin doğrudan ödemeleriyle yapılmaktadır (2/18).

Sosyalist / Kolektivist tipte sağlık sistemine sahip olan eski SSCB'nin sağlık hizmetini bir kamu görevi olarak görmesi, sağlık hizmetinin tamamen devlet tarafından verilmesi, tüm finansmanın devlet bütçesiyle sağlanması, herkesin eşit ve ücretsiz yararlanması ilkesi, yüksek sayıda personelle herkese ulaşabilmesi, tüm ülkeler bakımından dikkatle değerlendirilmesi gereken konular olarak geçerliliklerini devam ettirmektedirler.

A. ERDAL

KAYNAKLAR

- 1) Raffell M. W.(ed.) (1985) "Comparative Health Systems, Descriptive Analysis of Fourteen National Health Systems", *İçinden:* Raffel N.K., USSR Health System, The Pennsylvania State University Press, s:489-512.
- 2) Bıçakçı, N. (1995) Eski Sovyetler Birliğinde Sağlık – Sağlık Politikası, Örgütlenme, Sağlık Göstergeleri, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Kasım 1994-Şubat 1995, Cilt 9, Sayı 64-65, s:138-144,1995, Ankara.
- 3) Aksakoğlu G. (1995) "Sosyalist Ülkelerde Sağlık Örgütlenmesi-I" Toplum Ve Hekim Dergisi, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Cilt 7, 1995, Ankara, s:17-30.
- 4) Soyer A. (1995) "Dünden Bugüne Sosyalist Ülkelerde Sağlık Hizmetleri", Toplum Ve Hekim Dergisi, Toplum Ve Hekim Dergisi, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Kasım 1994-Şubat 1995, Cilt 9, Sayı 64-65, s:122-137, 1995, Ankara.
- 5) UNDP, (1998) "Human Development Report", Oxford University Press, New York.
- 6) Sargutan E. (2000) "Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri" Dersi Notları, H.Ü. Sağlık İdaresi Yüksekokulu, Ankara, s: 53.

A. ERDAL

A. ERDAL SARGUTAN