

**DOSYA/DERLEME****ORTA AVRUPA'DA  
ÖZGÜN BİR SAĞLIK SİSTEMİ DENEYİMİ:  
ÇEKOSLOVAKYA**

Bülent CENGİZ\*

**GİRİŞ**

Bu yazıda günümüzde tarihe mal olmuş bir devletin, Çekoslovakya'nın sağlık yapısı incelenecektir. Tarihsel arka planı vurgulanmakla birlikte ağırlıklı olarak 1948-89 yılları arasında geçen sosyalist federal cumhuriyet dönemine ait sağlık sistemi irdelenecektir. Sosyalist sisteme ait, kendi özgünlüğünü içinde barındıran bu sağlık sistemi örgütlenmesinin diğer sosyalist ülkelere ait sağlık örgütlenmesi ile birlikte, karşılaştırmalı değerlendirilmesi sağlık-toplumsal alt yapı ilişkisini değerlendirmek, anlamak açısından yararlı olacaktır.

**TARİHÇE**

Çekoslovakya Güneydoğu'dan Avustralya ve Macaristan, doğudan Ukrayna, kuzeydoğudan Polonya, kuzeybatı ve batıdan Almanya ile çevrilmiş bir Orta Avrupa ülkesidir. 1918-25 yıllarında kuruluş dönemini yaşayan ülke 1925-35 yıllarında siyasi istikrar dönemini yaşamıştır. Mart 1938'de Alman orduları Prag'a girmiş, 1939 yılında Münih anlaşması ile Alman nüfusun %50' yi geçtiği bütün Bohemya ve Moravya toprakları üçüncü Reich'a bırakılmıştır. İkinci Dünya Savaşı sonrasında 1948'de Çekoslovakya'da Sosyalist Halk Demokrasisi kuruldu. 1989'da kurulan koalisyon hükümeti ile sosyalist yönetim sonlandı. Diğer federal sosyalist cumhuriyetlerde olduğu

gibi Çekoslovakya'da da sosyalizmin çözülmesi ile federal yapı parçalandı: ülke 1992'de Çek Cumhuriyeti ve Slovakya olmak üzere ikiye bölündü.

Ülkede yönetim her ikisi de 150 üyeden oluşan Ulusal Meclis ve Halk Meclisi bileşiminden oluşan Federal Meclis ile yürütülmekteydi. Ayrıca Çek ve Slovak cumhuriyetlerinin kendi parlamentoları vardı.

Çek cumhuriyeti yedi, Slovak Cumhuriyeti ise üç ile (Kraj) ayrılmıştı. İller ilçelere (Okres), ilçeler de komünlere (Obce) bölünmüştü.

Çekoslovakya nüfusu artış hızı düşük bir ülkedir (Tablo 1). 1961'de 13 milyon 750 bin olan nüfus 1974'de 14 milyon 690 bin, 1991'de 15 milyon 570 bin kişiydi. Nüfustaki bu yavaş artışın nedeni kentleşmeye eşlik eden yaşama biçimi ve çalışan kadın oranındaki yüksekliktir.

Çekoslovakya çalışan kadın oranının en yüksek olduğu ülkelerden biridir. Doğurganlık oranı Çek Cumhuriyetinde Slovak Cumhuriyetinden daha düşüktür. Slovakya Cumhuriyeti daha kırsal yerleşimli olup endüstriyel gelişimi daha zayıftır. 1960 yılından itibaren şehirleşme oranı arttıkça Slovakya Cumhuriyetinde de doğurganlık hızında azalma gözlenmiştir.

**Tablo 1. Çekoslovakya'ya ait demografik veriler**

	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990
Toplam Nüfus (bin kişi)	12.1	13.7	14.1	14.3	14.8	15.3	15.5	15.6
Toplam nüfusta 0-4 yaş oranı (%)	11.1	8.7	8.5	7.7	9.0	9.1	7.8	7.1
Toplam nüfusta 5-14 yaş oranı.	17.8	19.7	18.6	16.5	15.3	15.7	17.3	16.3
Toplam nüfusta 15-24 yaş oranı.	14.3	14.1	16.1	17.9	17.1	15.2	14.3	15.0
Toplam nüfusta 60 yaş üstü olanların oranı.	11.2	12.4	13.6	15.2	15.3	15.3	15.7	16.2
Toplam nüfusta 80 yaş üstü olanların oranı.	1	1.1	1.2	1.3	1.6	1.7	2.0	2.3

www.who.int

\*Dr., TCDD Ankara Hastanesi, Nöroloji Kliniği

### ÇEKOSLOVAKYA SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ

Orta-Doğu Avrupa'da endüstriyel devrim Çek topraklarında başlamıştır. Endüstriyel devrim endüstriyel işgücünün büyümesine yol açmış bu da zorunlu sosyal güvenlik projesini gündeme getirmiştir. Birinci cumhuriyet yıllarında (1919-39) ücretli işçiliğin çiftçilerin yerini alması ile sağlık sigortası, eşitsiz bir şekilde, yaygınlaşmıştır. Yaygınlaşan bu sigorta sistemi aşırı organizeydi. Sağlık, kaza, ve yaşlılık alanlarında ayrılmış çok sayıda sigorta şirketi vardı. Sigorta primleri, kapsamı, kapsamın niteliği çok çeşitlilik gösteriyordu. Bu sistemde entegre bir sosyal güvenlik sistemi oluşturmanın önündeki temel engel tek tek kişi ve kurumların sigortadan elde ettiği, kazanılmış haklardı. Bununla birlikte emeklilik sigortalarından sorumlu Genel Emeklilik Enstitüsünün ve sağlık alanına odaklanmış Merkezi Sosyal Sigorta Enstitüsünün kurulmasından sonra merkezileşmeye doğru tedrici bir düzelmeye başladı. Sistemde sağlık hizmetine ulaşmada farklılıklara yol açan başka bir faktör sosyal güvenlik sisteminin işsizliğe karşı zorunlu sigorta sağlamada yetersiz kalmasıydı.

1938 Münih anlaşması sonucu ülkede Sosyal Güvenlik Kuruluşları üyelerinin 1/3'ünü kaybetti. Mart 1939'da Slovakya'nın bağımsızlığını ilen etmesi ve ardı sıra Alman işgali ile kalan yarısını da yitirdi. Almanya yönetimi altına giren Bohemya ve Moravia'da sendikalar Merkezi İşçi Sendikası adı altında birleştirildi, işsizlik sigortasının yerini "Ghent" sosyal yardım sistemi aldı.

1937 yılında Çekoslovakya'da (savaş sonrası sınırlar göz önüne alındığında) 11 851 doktor vardı. Doktor başına 1219 kişi düşüyordu. Infant mortalitesi 1000 canlı doğumda 1920-24 arasında 160, 1935-39 arasında 111'e, 1940-44 arasında 106'ya düşmüştü.

Ülke bağımsızlığına kavuştuğunda (Prag Alman işgalinden en son kurtulan başkentti) doktor sayısı savaş öncesinin biraz altında, sağlık standartları, gene infant mortalitesi temel alındığında, (1945-49 arasında 1000 canlı doğumda 100 idi) biraz daha iyiydi.

Savaş sonunda kurulan koalisyon hükümeti Şubat 1948'de iktidarı Komünist Partiye devretmiştir. Aynı yıl

çıkarılan Ulusal Sigorta Kanunu ile emeklilik/ücret sigortası ve hastalık/doğum sigortası başlıklarına bölünmüş kapsamlı bir sosyal güvenlik sistemi kurulmuştur. Sosyal güvenlik alanında yaşanan bu dönüşümle o zamana kadar memurlar ile işçiler arasında sigortadan faydalanma açısından mevcut olan geniş farklılıklar ortadan kaldırılmıştır. Bu yasa ile devlet sektöründeki memur ve işçiler, kooperatif çiftlikleri üyeleri için yeni, avantajlı prim ücretleri belirlenmiştir.

1948 yılında Komünist Partide hizmetlerin yapılandırılması konusunda ciddi tartışmalar yaşandı. Sağlık örgütlenmesi konusunda da iki farklı görüş vardı: Bir grup sağlık hizmetinin sosyal güvenlik hizmetiyle birleştirilip Sosyal Hizmetler Bakanlığına bağlanmasını önerirken karşı görüşte olanlar sağlık alanında etkin bir Sağlık Bakanlığı örgütlenmesi öneriyordu. Birinci gruba karşı geliştirilen söylem ekonomist bir yaklaşıma göre hizmetlerdeki gelişmenin yalnızca ekonomik olarak kanıtlanabilir, gösterilebilir yollarla mümkün olabileceği, bunun için de sigorta orijinlerinin bilinmesi gerektiği yolunda olmuştur. İkinci gruba yönelik eleştirilerde ise ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığı uzmanlarınca yapılan hizmet planlamasının doktor yönelimli olacağı söylemi ağırlık kazanmıştır. Seçilen yolda ikinci görüş ağırlık kazanmıştır. 1951 yılında gezici sağlık kuruluşları ve halk sağlığı kuruluşlarının hastanelerle, ülke genelinde, entegrasyonu ile seçilen örgütlenme modeli Sovyet sistemine daha benzer bir karakteristik kazanmıştır.

1966 yılında çıkarılan bir yasa ile sağlık alanında kapsamlı bir düzenlemeye gidilmiştir. Bu yasa ile sağlıkta sigorta sisteminden genel vergi ile finansman sistemine geçilmiştir. Devlet sağlık alanına ait tüm yönetim ve finansmanını üstelenmiştir. Tüm sağlık hizmetlerinin, ilaçlar ve tıbbi yardım dahil, bütün vatandaşlar için bedava olduğu yasa ile hükme bağlanmıştır. Yasa ayrıca çalışma koşullarının düzenlenmesine yönelik değişiklikler de getirmiştir. Buna göre tüm girişimciler, kooperatifler ve diğer organizasyonlar yetkileri çerçevesinde sağlıklı yaşam koşullarını düzenlemek ve korumaya yönelik önlem alma zorunluluğuna sahipti.

Ülkedeki sosyalist sağlık sisteminin temelleri; devletin sağlık alanında, tüm toplumu kapsayan bir sorumluluğa

Tablo 2. Çekoslovakya'ya ait bazı sağlık göstergeleri

Parametre	1955 1960	1960 1965	1965 1970	1970 1975	1975 1980	1980 1985
Yıllık doğum- her iki cinsiyet birlikte (bin)	122.5	113.5	110.0	131.0	138.5	117.
Yıllık ölüm- her iki cinsiyet birlikte (bin)	67.0	69.5	77.0	91.0	92.5	97.5
Nüfus artış oranı (%)	1.14	0.68	0.47	0.74	79	0.35
Kaba doğum hızı (her bin kişide)	20.5	17.6	16.2	18.5	19.1	15.9
Kaba ölüm hızı (her bin kişide)	9.65	9.45	10.2	12.0	11.8	12.25
Toplam doğurganlık hızı	2.81	2.55	2.22	2.36	2.39	2.14
Net üreme hızı	1.32	1.2	1.1	1.15	1.16	1.04
İnfant mortalite hızı (her 1000 doğumda)	31.4	23.5	23.7	22	20.0	16.4
Doğuştaki beklenen yaşam süresi. her iki cinsiyet birlikte (yıl)	69.3	70.6	70.3	70.1	70.5	70.7
Doğuştaki beklenen yaşam süresi, erkek (yıl)	66.7	67.9	68.7	68.4	67.0	67.0
Doğuştaki beklenen yaşam süresi, kadın (yıl)	71.8	73.2	73.3	73.5	74.2	74.5

sahibi olması, bilimsel ve pratik etkinliğin birlikteliği, planlama, yaygın kapsam ve ücretsiz hizmet, vatandaşların sağlığın korunmasına aktif katılımı olarak belirlenmişti (WHO; 2000, (Slovakia): 6).

1969 yılında ayrı Çek ve Slovak Cumhuriyetleri Sağlık Bakanlıkları kurulmuştur.

#### ÇEKOSLOVAKYA'DA SAĞLIK ORGANİZASYONU

Ülkede sağlık hizmeti, uniform bir örgütlenmeye sahipti. Sağlık bakanlığı, sağlık hizmetini geliştirmeye yönelik ana eğilimleri belirlemek, oluşturmak ile yükümlüydü. Bakanlık sağlık alanında saptadığı yönelimlere karşı oluşumları, girişimleri yasaklama hakkına sahipti. Başka türlü spesifiye olmamış sağlık kurumları yerel yönetimlerce (Bölgesel ve Yerel Ulusal Komiteler tarafından) kurulurdu. Bu yerel birimler bölgesel hizmetleri ( bölgeye ait ulaşılabilir, yerleşik nüfusa), fabrika hizmetlerini (bölgedeki kamusal alandaki işçiler) ve okullarda sağlık hizmetlerini (Eğitim Bakanlığı ile birlikte) yürütmek ve finanse etmek ile yükümlüydü. Az sayıda sağlık kuruluşu Çek ve Slovak Sağlık Bakanlığınca yönetilir ve finanse edilirdi. Ulaştırma, Savunma ve İçişleri Bakanlığı çalışanlarına ayrı sağlık hizmeti sunar, bunun finansmanı ilgili bakanlık sağlık departmanı bütçesinden karşılanırdı. Sağlık bakanlığı, bünyesi dışında kalan bu sağlık hizmetlerinin teknik gözden geçirmesini ve kontrolünü yapardı. Bakanlıklar ve diğer merkezi organlar sağlık bakanlığının önerilerine uymakla yükümlüydü. Bu entegre sistem devlet planlamasının bir gereği idi ve bu planlama Devlet Planlama Komisyonunca yapılmaktaydı. Bu komisyon devletin ekonomik politikasındaki ana çizgilerin belirlenmesinde esas rolü oynuyordu.

Sağlık alanında, sağlık ürünleriyle ilgili iki bakanlık daha vardı: Teknik ve Yatırım Geliştirme Bakanlığı ve Dış Ticaret Bakanlığı. Bunlardan ilki teknolojinin seçimi ve yatırım politikalarının organizasyonunda teknik ve ekonomik boyutun, ulusal ekonomi göz önünde bulundurularak, idaresinde, düzenlenmesinde, ikincisi ise federal ya da cumhuriyet düzeyinde, dış ticarete bir monopol olarak görev alırdı. Sistemde federal birimlerin de kontrol ve organizasyona müdahalede bulunma olanağın sahipti.

Sağlık ürünleri ve sağlık hizmetleri endüstrisi 1969'dan sonra tamamen devlet yönetimine girmişti. Bu alanda Tarım ve Beslenme Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Yardım Bakanlığı ayrı ayrı fonksiyonlar üstlenmişti.

Ayrı organizasyonlara sahip Çek ve Slovak Cumhuriyetleri Sağlık Bakanlıkları sağlığa ait tüm araçlar, protez üretim servisleri, farmakolojik ve tıbbi destek endüstrisinin işleyişinde sorumluydu. Endüstri Bakanlığı farmakoloji ve tıbbi destek endüstrisini temel ve hazır materyallerle desteklemekteydi. Sağlık ürünlerinin ücreti Sağlık Bakanlığı ve Endüstri Bakanlığınca belirlenmekteydi.

Sağlık Bakanlığı Planlama Bölümü bakanlığın merkezi planlama ünitesi olup Devlet Planlama Komisyonu için 5 yıllık ve yıllık planları hazırlamakla yükümlüydü. Bu bölüm bakanlığın geleceğe yönelik programlar üreten birimleri ile ana bağlantı noktası olma özelliğine sahipti ve Çekoslovak

Komünist Partisi Merkez Komitesi ile yakın temas halinde çalışırdı.

Çek ve Slovak Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığından temsilcilerin katılımı ile oluşan bir konsey iki ayda bir toplanıp yasalar, hastane işleyişi, ücretler vs. konularında koordinasyonu sağlardı.

Çekoslovakya'da yönetsel kademeye uygun sağlık birimlerinin yapılanması aşağıdaki gibi oluşmuştu (Aksakoğlu, G.;1978:30-37)

Kraj düzeyinde yönetim seçime göreve gelen Bölgesel Ulusal Komite Konseylerince gerçekleştirilir ve bu konseyler Bölgesel Sağlık Enstitülerinden sorumluydular. Bunlar Komite bölgesinde tüm sağlık hizmetlerini etkin olarak yürüten birimlerdi. Bölgesel Sağlık Enstitülerine bağlı birimler:1 (ender olarak 2 adet) büyük hastane (bunlar eğitim hastanesidir), bölgesel kan transfüzyon depoları, sanatoryumlar, psikiyatri hastaneleri, bölgesel sağlık hizmetleri (hijyen ve epidemiyoloji istasyonları) ve Bölgesel Sağlık Eğitim Merkezleri idi. Bu enstitülerin farmostatik departmanları, bölgesel laboratuvarları ve ilaç, tıbbi malzeme için bölgesel depoları vardır. Krajların hizmet alanı 1-1,5 milyon kişiydi.

Krajların bölünmesi ile oluşan okresler 150-200 bin kişilik nüfusu kapsar. Okres düzeyindeki sağlık örgütlenmesinde 10-12 departmanlı, 700-800 yataklı 1-3 hastane, 6 departmanlı bir poliklinik ile hijyen, epidemiyoloji ve sağlık eğitim merkezleri ile kan transfüzyon merkezi bulunur.

Sağlık örgütlenmesinin en ucunda ise Halk Sağlığı Birimi bulunur. Bir halk sağlığı hekimi denetiminde bir pediatrist, bir jinekolog, bir stomatolojist, bir hemşire, bir çocuk hemşiresi ve ebe görev alır. 200-300 yatağı, 4 departmanı olan bir hastane ile 8-10 departmanlı bir polikliniği ve gerekli laboratuvar olanakları ile 50 bin kişilik bir nüfusu kapsar.

#### SAĞLIKTA GELİŞİM ÇİZGİLERİ

Çekoslovakya'da devletin uzun erimli sağlık politikası, özellikle 1960 sonrasında, şu dört noktaya odaklanmıştı (Kaser, M.; 1976:115-146)

1. Yaş ortalaması giderek artan popülasyonun gereksindiği hastane ve hastane donanımlarının karşılanması.

2. Yüksek iş veriminin gereksindiği hastalık ya da kaza sonrası ileri rehabilitasyon tekniklerinin uygulanması. Bu gereksinim Sağlık Bakanlığını hastaneleri özellikle dört başlıkta yenileme, güncellemeye yöneltmişti: resussitasyon için gerekli donanım, diyaliz ekipmanı, nöro ve kardiyak cerrahi ve tanısal ve deneysel işlemler ( özellikle biyokimya, radyoizotop, iyonizasyon ve elektronik yöntemler ).

3. Kronik ve psikiyatrik hastalıklara ve trafik kazalarına bağlı morbiditenin azaltılmasına yönelik önlemlerin alınması.

4. Hekim sayısı ve dengesinin yeniden düzenlenmesi.

Ülkede istisnai durumlar dışında, bütün sağlık personeli kamu alanında çalışmak zorundaydı. Ülkede geleneksel hekimlik hizmeti veren (zázraěny doktor) doktorlar da

vardı. Self medikasyon, doğal bitkilerin kullanımı oldukça yaygındı. 1960 sonrasında, 1 numaralı başlığa bağlı gereksinimler doğrultusunda ülkede hastane yatak sayısı giderek artmıştır (Tablo 3). Bu artış özellikle mortalitede ağırlığı giderek artan onkoloji yatak sayısında olmuştur. 2 numaralı başlıkla ilgili olarak 1970 lerin ikinci yarısından sonra giderek artan tıbbi personelin ayakta hasta izleme bölümlerine kaydırılması, böylece hasta bekleme zamanının azaltılması yoluna girilmiştir. Bu yıllar aynı zamanda ülkede kadınların ekonomi güç olarak ağırlığını iyice artırmış olduğu yıllardır. Kadınların ekonomik olarak aktif popülasyondaki oranı 1970 de % 44.8 dir. Kadınların giderek artan oranda işgücüne katılımı sonucunda hastalanan aile bireylerinin bakımı giderek güçleşmekteydi. Bu durumlar için evden telefon ile doktor ya da hemşire çağırma hizmetinin sunulması ile hem hastanelerdeki yığılım azalmış, hem de iş gücü kaybında azalma sağlanmıştır. 4 numaralı başlığa yönelik olarak için ülkede pratisyen hekim açığını giderici önlemlere gidilmiştir.

**Tablo 3. Çekoslovakya'da yıllara göre hasta yatak sayısı**

Yıl	1960	1968	1973
Yatak Sayısı	162.651	174.373	176.804

Kaser, M.; (1976), *Health Care in Soviet Union and Eastern Europe*, London.:pp 137-138

1970 yılı verilerine göre solunum yolu enfeksiyonları iş gücü kaybında birinci sırada mortalite ve morbiditede üçüncü sıradaydı. Kardiyovasküler sistem hastalıkları ölümlerde birinci sırayı almaktaydı. Kaza ve zehirlenme çalışma maluliyetinde ikinci, ölümlerde dördüncü, morbiditede beşinci sırayı almaktaydı. Sindirim sistemi hastalıkları çalışma maluliyetinde üçüncü, iş gücü kaybında dördüncü, ölümlerde beşinci sırayı almaktaydı. Kanseri mortalitede ikinci morbiditede yedinci sırayı almaktaydı. Enfeksiyon ve parazitik hastalıklar (özellikle tüberküloz) 1950 ortalarından sonra hızlı bir inişe geçmiş, morbiditede dokuzuncu mortalitede onuncu sıraya inmiştir.

Aynı yıllarda en sık hekime başvurma nedenleri sırası ile: farengit, kalp hastalıkları, bronşit ve komplikasyonları, sindirim sistemi rahatsızlıkları, diyabet, romatizma ve artriti. Bulaşıcı hastalıklarda 1950 sonrası belirgin bir azalma gözlenmiştir. 1973' de en sık görülen üç bulaşıcı hastalık: kızamık, kızıl ve enfeksiyöz hepatitdir. Malarya tamamen eradike edilmiştir. Ülke immünizasyon ve enfeksiyon kontrolü ve diğer halk sağlığı başlıklarında oldukça iyi bir performans göstermiştir (Massaro, T.; 1994:1870-74). 1964-68 yılı arası 4 yılda aktif tüberküloz olgularında yetişkinlerde %40, çocuklarda %66 azalma sağlanmıştır. Ellili yıllarda yüksek infant mortalitesi, tüberküloz, diğer enfeksiyonlar ve malnütrisyonda hızlı bir düşüş yaşanmıştır. Altmışlı yılların başında Çekoslovakya uluslar arası alanda çok iyi sağlık durumuna sahip bir ülkedir (WHO; 2000, (Czech Republic): 3).

#### SAĞLIK HİZMETİNE ULAŞIM

Çekoslovakya'daki en eşitlikçi sağlık hizmeti nasıl olmalı sorunsalı ekonomik olarak eşit bir toplum arzusunun, çabasının bir ürünüydü. Böyle bir yönelim sonucunda

Çekoslovak sağlık sistemi 1966'dan sosyalist sistem çözümlene dek toplumun tümünü kapsamıştır.

1966 yılında çıkarılan yasa ile tüm Çekoslovakya vatandaşları için sağlık hizmetlerinin ücretsiz olduğu yasaya bağlandı. Tüm vergilerden elde edilmek üzere bölgesel ve yerel sağlık hizmetleri ilgili komitelerce, Sağlık Bakanlığı ya da diğer bakanlıklara bağlı birimlerdeki sağlık hizmetleri ise ilgili bakanlık bütçelerinden finanse edildi. Bu yasa zorunlu olmayan sağlık hizmetlerinde ücret alınmasına izin veriyordu. Kişinin tıbbi hizmet için ücret ödediği başlıca üç durum vardı: ilki kişinin Çekoslovakya ile ücretsiz sağlık antlaşması olmayan bir ülkenin vatandaşı olması, ikincisi 1964 yılında uygulamaya konulan her reçete için 1 Çekoslovak kronu ücret alınması ve son olarak standart dışı diş protezlerinden alınan (daha yüksek) ücret. Ülke dışında hastalanan Çekoslovakya vatandaşları eğer gezi ya da diğer amaçlarla ülke dışına çıkmışlarsa, dış ülkede yaptıkları sağlık harcamalarının Çekoslovakya'daki geçerli olan ücret karşılığını, devlet görevi ile gitmişler ise tüm harcamaların karşılığını alırdı. Karşılıklı tedavi anlaşması imzalanan ülkelerin vatandaşları Çekoslovakya'da ücretsiz tedavi edilirdi.

Ülkede Ulusal Sigortanın (Národní Pojištění) sağlık alanında oynadığı rol hastalık ve kaza tazminatı ve emekli maaşları ile sınırlıydı. Bu sigorta tüm kamu çalışanlarını, tüketici ve tarım kooperatifi çalışanlarını, bazı meslek sahiplerini (yazar, sanatçı, bilim işçisi, mimar vs.) kapsamaktaydı. Ülkede 1962 yılında kişilerin sağlık için yaptıkları cepten ödemelerin tüm sağlık harcamalarındaki oranı % 5.7 iken 1972'de bu oran %6.5 olmuştur. Bu artış 1964 yılında çıkarılan reçetelerden 1 kronluk ücret alınması, lüks vasıflı tıbbi hizmetlere yapılan harcamaların artışı ve ehliyet için gerekli sağlık sertifikalarından ücret alınmasına bağlanmıştır.

Sonuç olarak, bu çalışmada daha eşitlikçi bir toplum (sosyalizm) projesinin, Çekoslovakya yerelinde, sağlık alanında ürettikleri, kalın çizgileriyle, sergilenmeye çalışılmıştır. Bu ülkede uygulanan sağlık politikaları sonucunda elde edilen göstergelerin, kapitalist ve benzer sosyo-ekonomik göstergelere sahip ülkelerin sağlık göstergeleri ile karşılaştırılması Çekoslovakya'da elde edilen sonucun, ulaşılan sağlık konumunun değerlendirilmesi açısından anlamlı olacaktır. Bu karşılaştırmanın yapılmamış olması çalışmanın eksikliğidir. İleride yapılacak daha kapsamlı çalışmalar ile bu eksiklik giderilebilir.

#### KAYNAKLAR

Aksakoğlu, G. (1978), Sosyalist ülkelerde sağlık hizmetleri (II). Toplum ve Hekim, TTB yayını, sayı: 8, sf: 30-37.

Health care system in transition (2000). Czech Republic. European Observatory on Health Care System, WHO.

Health care system in transition (2000), Slovakia. European Observatory on Health Care System, WHO.

Kaser, M. (1976), *Health Care in Soviet Union and Eastern Europe*, London.:pp 115-146.

Massaro, T.A. Nemeč, J., Kalman, I. (1994), Health system reform in the Czech Republic. JAMA;271:1870-1874.