

**DOSYA/DERLEME****ÇİN HALK CUMHURİYETİ'NDE  
SAĞLIK HİZMETLERİ  
(1949-1978)**

Onur HAMZAOĞLU\*

**Giriş**

Sağlık sistemlerini birkaç parametre üzerinden genelleyerek yapılan gruplamalara karşın, aynı gruptaki ülke örneklerini sunarken bile birbirlerinden en az ortaklıkları kadar farklılıklarından da bahsetmek gerekiyor. Böyle olunca, "ülke sayısı kadar sağlık sistemi vardır" çıkarımına katılmamak mümkün değil.

Bu çıkarsamanın yanında, herhangi bir ülkenin sağlık sistemini öğrenmek ya da öğrenilenleri burada olduğu gibi başkalarıyla paylaşmak gerektiğinde, söz konusu ülke ve sağlık sistemi ile ilgili gözlemleriniz yoksa, bütünüyle başkalarının eksiklikleri ve hatalarına ister istemez kendinizinkiler de eklenmiş oluyor. Literatürde ne varsa kendi süzgecinizden geçirip paylaşıyorsunuz. Ancak sorun bununla da bitmiyor. Söz konusu ülke sosyalist ya da kapitalist sistemin dışına çıkan eşitlikçi toplumsal yapıya sahipse ulaşabileceğiniz kaynak sayısı hemen düşüyor. Makaledeki eksiklerin çoğu yazara ait olmakla birlikte yukarıda sıralanan olumsuzlukların etkilerini de taşımaktadır.

İlgilendiğimiz ülkede, ilgilendiğimiz zaman diliminin başlangıcı olan 1 Ekim 1949 tarihi; eşitlikçi bir toplumsal yaşantının Çin coğrafyasındaki başlangıcı olarak kabul edildiğinde sağlık ve demografik göstergeler üzerinden de gelişmeleri izlemek mümkün. Aşağıda Çin Halk Cumhuriyeti(ÇHC)'nde hayata geçirilmek istenenlerin sonuçlarından bir bölümü olan sağlık alanı ile ilgili olanlar sınırlı da olsa yer alıyor:

**Tablo 1. ÇHC'de bazı sağlık ve demografik göstergelerin yıllara göre dağılımı (1949-1978)**

Yıllar	Nüfus	Toplam doğurganlık hızı	Bebek ölüm hızı(‰)
1949	554 000 000	-	-
1953	590 820 000	6.22	195
1958	636 335 000	5.59	179
1963	696 552 000	5.72	121
1968	788 508 000	6.06	81
1973	891 632 000	4.86	61
1978	972 138 000	3.32	52

United Nations: Demographic Yearbook, Historical Supplement

**Tablo 2. ÇHC'de bazı yıllarda cinsiyete özel doğuştan beklenen yaşam süresi (yıl)**

Yıllar	Erkek	Kadın
1950-1955	39.3	42.3
1955-1960	43.1	46.2
1960-1965	48.7	50.4
1965-1970	58.8	60.4
1970-1975	62.5	63.9
1975-1980	64.4	66.3

United Nations: Demographic Yearbook, Historical Supplement

Makalenin yazarı, ÇHC'de, inceleyeceğimiz dönemde, sağlığı sadece iki cümle ile ifade etmek gerekirse; ilki, bütün işlerin emek yoğun bir şekilde yaşama geçirilmeye ve var olanı her ne pahasına olursa olsun kullanmaya çalışma iddiası taşıdığını, ikincisi, belki birinciden çok daha önemli ve gelecek kurgularımız için daha ayrıntılı inceleme gereksinimi duyacağımız, çıplak ayaklı doktorlar(barefoot

\* Prof.Dr, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

doctors, ÇAD) ve benzerleri gibi, üretim sürecindeki işlevlerini de sürdürenler (tarım ve sanayi işçileri) üzerinden sağlık bilgisini amatörleştirme faaliyetleri olarak belirtilmesi gerektiğini düşünmektedir.

### I. GÜNÜMÜZDE ÇİN'DE SAĞLIK SİSTEMİ

Çin, 1980'den beri "sosyalist pazar ekonomisi" uygulamaları sonucunda GSMH'sindeki artışla (1994 yılına kadar yılda ortalama %9.5 artırarak) ekonomik büyümeyi başarıyor. Bu büyüme emek pazarının oluşturulması, yeni mülkiyet biçimlerinin geliştirilmesi ile vergi sisteminde ve kamu sektörü finansmanının yönetiminde köklü değişiklikler yapılarak (Bloom, G., Xingyuan, G.; 1997:352) sağlandı ve Çin, yabancı sermaye için önemli bir ülke konumuna ulaştı. Yabancı sermaye, öncelikle üretim alanında olmak üzere tüketim alanında da vazgeçilemeyecek bir ülke olmaya çabalayan Çin'e dört bir koldan yerleşti. Çin Komünist Partisi eliyle sosyalist pazar ekonomisi adı altında ülkenin kapitalist sisteme entegrasyonu çekingen adımlarla başlatılmış olsa da, 2003'e gelindiğinde süreç hemen hemen tamamlanmış oldu.

Söz konusu entegrasyon ile sağlık sektöründe de pek çok yapısal değişiklik yaşandı. 1979 yılından sonra Çin'de her şeyin değişmesiyle, sağlık sistemi ve finans modeli de bütünüyle değişti ve Dünya Bankası'nın önerileri uygulamalarda esas alınmaya başlandı (Wu, Y.; 1997:138).

Devrim süresince yalnızca bazı ilaçlar için çok düşük miktarda para alınırken, 1979 sonrasında sağlık hizmetleri bütünüyle paralı oldu. Ulusal gelirden sağlığa ayrılan pay %20'den %2'ye düşerken, sağlık harcamaları %28'den %14'e geriledi. Kırdaki sağlık hizmetlerinin yönetiminden bütün toplum üyeleri sorumlu iken, 1980 sonrasında yetki, desantralizasyon adıyla sağlık merkezlerine bırakıldı. Değiştirilen mülkiyet ilişkilerine paralel olarak, köylerdeki sağlık birimlerinin yarısından çoğu özel mülkiyete devredildi. Hekimlerin büyük çoğunluğu tekrar kentlere geri döndü. Çıplak ayaklı doktorlar, kırsal alanda hiçbir denetime tabi olmadan kendi inisiyatifleriyle sağlık hizmetini para karşılığında sunmaya başladı (Bloom, G., Xingyuan, G.; 1997:353).

Esas olarak bütün bu uygulamaların sonucunda da sağlıkta eşitsizlikler derinleşti, sağlık hizmetlerinin maliyeti arttı (Bloom, G., Xingyuan, G.; 1997:351). Örneğin, hala nüfusun büyük bir kısmı kırsal bölgede olmasına karşın, 1981 yılında kentsel bölgelerdeki sağlık harcamaları kırsalın üç katına çıktı. İleri tıbbi teknoloji, kentsel bölgelerde tümüyle yaygınlaştı ve bunun da büyük katkısıyla 1989 yılında kentsel sağlık hizmetlerinin maliyeti kırsalın beş katına ulaştı ve artmaya devam etmektedir. Devletin sağlığa katkısının hemen hemen kesilmesi ve mülkiyet ilişkilerinin değiştirilmesi ile (komünler devredilmiş topraklar ile komünlerde kurulmuş üretim birimleri yeniden kişisel mülkiyete hızla devredilmektedir) kırsaldaki sağlık hizmetlerinin maliyeti de arttı. İleri teknoloji kullanımının yanısıra, genellikle yarı zamanlı çalışan sağlıkçılar, bu uygulamaların dışına çıkıp, yüksek

ücret talebiyle sağlık hizmeti sunmaya başladı. 1981-1992 yılları arasında kırsal bölgede hizmet sunan sağlık emekçilerinin gelirleri %84 oranında arttı. Aynı zaman diliminde, ilaç harcamalarının da yüzde 800 arttığı tahmin ediliyor. Ancak, başışıklama hızı yarı yarıya düşmüş, bebek ölüm hızı (BÖH) ve anne ölüm hızı (AÖH) artmış ve artma eğilimi sürmektedir. Bunlarla birlikte, bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığı, sigara ve alkol kullanımı da arttı. Özellikle yabancı sermayenin yatırımları ile birlikte çevre kirliliği hızla yaygınlaşıyor (Bloom, G., Xingyuan, G.; 1997:353-356).

Bugün, Çin'deki kırsal sağlık kurumları sağlık hizmeti alanların ödemeleri üzerinden yaşamını sürdürmektedir. Sağlık hizmetlerinin paralı olması nedeniyle yoksullar en temel sağlık gereksinimlerini bile karşılamada güçlük çekmektedir. Bu nedenle, yoksullar sayısız sağlık sorunu ile pençeleşmekte ve ciddi hastalıklara maruz kalmaktadır. Çünkü, 1970'li yılların sonundan beri, komünler sağlık hizmeti fonu oluşturamadıkları için sosyal fonlar yoksulların ve emekçilerin sağlık hizmetlerini finanse edememektedir. 1949-1980 yılları arasında yoksul bölgelere yönelik bütün sosyal harcamalar şu anda tamamen kesilmiştir (Bloom, G., Xingyuan, G.; 1997:353-356).

### II. 1949'DA ÇİN'DE SAĞLIK

Sistemin olumsuzluklarına, sistemi değiştirmeye kalkışan insanlara direnen hükümet orduları ile ulusal ve uluslararası işbirlikçilerine karşı çok uzun yıllar süren ve altı milyon insanın ölümüne neden olan savaşın da etkileri eklenince, 1949 yılına gelindiğinde açlık, yoksulluk ve bulaşıcı hastalıklar çok yaygınlaşmıştı. Her yıl milyonlarca insan açlık ve bulaşıcı hastalıklar nedeniyle ölüyordu. Bir kap pirinç için adam öldürme, ailelerin çocuklarını satması ya da aç kalmamak için öldürmeleri ve insan eti yemeleri sıradan olaylar olarak görülürdü (Wang, V.L.; 1975:475; Wilenski, P.; 1976).

Doğuştaki beklenen yaşam süresinin 35 yaş olduğu Çin'de (Gao, T. ve ark. 1999:769) yaklaşık 540 milyonluk nüfusun %85'i kırsal bölgede yaşamaktaydı (Sandbach, F.R.; 1977:27). Buna karşın, sağlık kurumları ve hekimler başta olmak üzere sağlık emekçilerinin %70'i de kentlerde çalışıyordu (Wilenski, P.; 1976; Maru, R.M.; 1977:536). Ülkede, Batı modeli eğitimini almış 12bin-40bin hekim ve 13bin hastane yatağı bulunduğu tahmin ediliyordu. Ondörtbin-45bin kişiye bir hekim düşüyordu (Maru, R.M.; 1977:536).

Hekimlerin, hastanelerin ve sağlık merkezlerinin hemen hepsi şehirlerdeydi (Wang, V. L.; 1975:475). Köylerdeki sağlık hizmetleri ise yok denecek kadar azdı ve olanlar da sağlık hizmetini yerine getiremeyecek kadar kötüydü (Sandbach, F. R.; 1977:28). Oysa, kırsal bölgedeki emekçilerin temel sağlık gereksinimleri beslenme, aşılama, kişisel hijyen, sanitasyon ve antisepsi ile çok büyük ölçüde karşılanabilecek durumdaydı (Wang, V.L.; 1975:475).

Kırsal nüfusun %3-5'ini(15-25 milyon) yaşlı, sakat, yetim ya da her türlü sosyal destekten mahrum insanlar oluşturuyordu(Dixon, J.;1982:2). Aynı yıllarda bin canlı doğuma karşılık 200 bebek ve 5 yaş altında 300 çocuk ölürken, 100bin gebeliğe karşılık yaklaşık 1500 anne ölümü gerçekleşiyordu.(Wilenski, P.; 1976). Şistozomiyazisin endemik bölgelerdeki hızı %30-40 arasında değişiyordu ve bu hastalık "bela tanrısı" diye adlandırılıyordu(Sandbach, F. R.; 1977:27).

Sadece kentlerde bulunan otuziki tıp fakültesinin 15 234 öğrencisi bulunuyordu. Tıp eğitimi müfredatı, Çin'in kendine özgü sağlık sorunlarını ve önceliklerini göz önüne almayan, bütünüyle batıdaki örneklerin kopyasıydı. Bunun yanı sıra, hekim dışı sağlık emekçisi de yetiştirilmeyordu. Örneğin, sağlık hizmeti içinde neredeyse hiç hemşire bulunmuyordu(Gao, T. ve ark.;1999:769-72).

### III. ÇİN HALK CUMHURİYETİ'NEDE SAĞLIK HİZMETLERİ

#### III.1. Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi

ÇHC'nin 54 dokümanda topladığı bilinen halk sağlığına ilişkin yaklaşım ve politikaları yedi başlık altında toplanabilir(Hsia, T.;1973:116-117):

1. Hastalıkların önlenmesi sağaltımdan daha önemlidir ve bu yaklaşım bütün halk sağlığı çalışmalarının ana unsurudur,

2. Halk sağlığı hizmetleri sürekli geliştirilmeli, bu hizmetin öncelikle yoksullara, coğrafik olarak izole olmuşlara, kadınlara ve çocuklara ulaşması sağlanmalıdır. Bu hizmeti alamayan hiç kimse kalmamalıdır,

3. İnsan kaynaklarının tümü(Halk Özgürlük Ordusu, geleneksel hekimler vb.) aktif olarak halk sağlığı çalışmaları içinde yer almalıdır. Çünkü bu kişilerin halk sağlığı hizmeti içindeki rolü kritiktir ve bu hizmet için önemlidir,

4. Halk sağlığı sorunları, insan kaynakları ve doğal kaynaklarla ilgili bilgiler toplamak, analiz edip sistematik olarak yorumlamak için veri toplama sistemi kurulmalıdır,

5. Önceki rejimin görmezden geldiği sorunları ve tehlikeleri ortadan kaldırmak için halk sağlığı sorunları bilimsel yöntemle ve akılcı olarak ele alınmalıdır,

6. Halk sağlığının bütün unsurları(hizmetler, kurumlar, donanım, emekgücü vb.) standardize edilmelidir,

7. Halk sağlığının bütün bileşenleri özellikle de geleneksel Çin tıbbının kullanılabilmesi için bilimsel araştırmalar yürütülmelidir.

ÇHC'de sağlık hizmetlerini düzenlemeye yönelik söz konusu belgelerin yanısıra, 1950 yılında gerçekleştirilen birinci Ulusal Sağlık Kongresi'nde sağlık örgütlenmesindeki hedefler dört başlık altında toplanmıştır(Hesketh, T., Zhu, W. X.; 1997: 1543);

1. Sağlık hizmeti işçilere, köylülere ve askerlere sunulacaktır.

2. Hastalıkları önleyici sağlık hizmetleri tedavi edici sağlık hizmetlerinden önceliklidir.

3. Geleneksel Çin tıbbi ile Batı bilimsel tıbbi entegre edilmelidir.

4. Sağlık çalışması kitle hareketi ile birlikte ele alınmalıdır.

Altmışı yılların başına kadar, Çin Komünist Partisi emperyalistlerle ilişkisini yok denecek kadar azalttı. ÇHC'nin uluslararası ilişkilerinde en büyük payı SSCB alıyordu. Ülkedeki hastanelerin, okulların kurulması hep SSCB'nin yardımı ile oluyordu. Bu dönemde köylüler büyük bir hızla tarımsal üretimden diğer işlere doğru yönlendirildiler ve yeni kent sanayileri kurulmaya başlandı. Bunun sonucunda, birçok tarım alanı boşaltıldı. Tarımsal üretimin hızla düşmesi ile büyük sorunlar yaşandı. Ancak sağlık hizmetlerinin herkese ulaştırılması ile, 1950-1960 arasında mortalite ve morbidite oranları hızla düştü. Kitlese bağışıklama uygulamaları gerçekleştirildi ve hemen herkese ulaşıldı. Büyük sorun olan şistozimiazis, sivrisinek ve fare mücadelelerinden olumlu sonuçlar alındı (Hesketh, T., Zhu, W. X.; 1997: 1543).

Ellili yılların başında devralınan sağlık emekgücü içinde hekim sayısı 12bin-40bin arasında değişmekle birlikte, yaklaşık 20bin olduğu söylenebilir. Hekim denetiminde çalışan diğer sağlık emekçileri dört grupta toplanmıştır:

a) Tıbbi bakım hizmetlerinin herhangi bir alanında 2 yıl eğitim almış uzmanlar,

b) Kendi alanlarında 2-3 yıllık deneyime sahip laboratuvar teknisyenleri, hemşireler ve diğer tıp dışı çalışanlar,

c) Hastalıkların kontrolü ve çevre sorunları üzerine 3-6 ay eğitim almış olanlar ve,

d) Endemik hastalıkların tanısını koyabilmek, rapor edebilmek ve aşılama yapmak için 1-3 ay eğitim almış yarı zamanlı çalışanlar(Rifkin, S.B.;1973:143).

ÇKP'nin yönetimi ele aldığı 1 Ekim 1949 tarihinden sonra ekonomik ve sosyal politikalarla bunları belirleyen mülkiyet ilişkilerinde büyük değişiklikler olmuştur. Ancak, bütün bu değişikliklerin sağlık alanına "özgü" olanları 1966-1976 yılları arasındaki dönemde içinde(Kültür Devrimi) gerçekleşmiştir. Bu tarihe kadar;

a) Batı tıbbi eğitimi alan hekimlerin ve uzman hekimlerin yetiştirilmesi öncelendi.

b) Orta eğitimli sağlıkçıların eğitiminde de Batı tıbbi tek başına egemendi.

c) Batı tıbbi ülke koşullarına uyarlanmadı.

d) Sağlık emekçilerinin hala yarısından çoğu şehirlerdeydi(Maru, R. M.;1977:536).

Mao'nun 26 Haziran 1965 Direktifi, 1949 yılından beri hem Sağlık Bakanlığı'nın hem de Çin Tabipleri Birliği'nin karşı çıkması nedeniyle gerçekleştirilemeyen; sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, tıp eğitimi, araştırma

öncelikleri ve hekim-hasta ilişkilerinde ÇHC'nin kendine ait koşulları ve önceliklerini ön plana çıkartan köklü değişikliklerin yaşama geçirilmesinin başlangıç tarihi

oldu(Maru, R.M.;1977:537-538). Tablo 3'de Direktif öncesi ve sonrasında sağlık emekçileri ve hastane yatakları ile veriler sunulmaktadır.

**Tablo 3. Bazı yıllarda ÇHC'de kırsal ve kentsel bölgeye göre sağlık emekçileri ve yatak durumu**

	1949	1957	1965	1978
<b>Kent</b>				
Hastane yatağı sayısı(10.000)	6.0	22.1	45.8	71.6
1000 kişiye düşen	0.63	2.08	3.78	4.85
Hekim sayısı(10.000)	6.6	13.8	26.9	44.2
1000 kişiye düşen	0.70	1.30	2.22	2.99
<b>Kırsal</b>				
Hastane yatağı sayısı (10.000)	2.0	7.4	30.8	114.0
1000 kişiye düşen	0.05	0.14	0.51	1.41
Hekim sayısı (10.000)	29.7	40.8	49.4	59.1
1000 kişiye düşen	0.66	0.76	0.82	0.73
<b>Toplam</b>				
Hastane yatağı sayısı (10.000)	0.15	0.46	1.06	1.93
1000 kişiye düşen	0.67	0.85	1.05	1.07
<b>Kır/Kent Oranı</b>				
<b>Hastane yatağı (her 1000 kişi )</b>				3.4:1
<b>Hekim (her 1000 kişi )</b>				4.1:1

Smith ,C.J.; 1998:130

### III.2. Sağlık Örgütlenmesi

Sağlık örgütlenmesi modeli tamamen ÇHC'ye özgü geliştirilmiştir. Bu model, özellikle, Sovyet sağlık sisteminin bazı özelliklerine benzese de, aslında oldukça farklı bir örgütlenmeydi. ÇHC sağlık sisteminin özellikleri kısaca şu şekilde sıralanabilir:

a) Sağlık sistemi, bir taraftan tıbbi bakım ve sağlık hizmetlerinin bütün diğer bileşenleriyle diğer taraftan, ekonomik gelişme ve üretim sürecinin bütün aşamalarıyla organik bir ilişki içindedir,

b) Ülkede yaygın görülen hastalıklara yönelik sağlık hizmetleri yürütülmesi önceliklidir,

c) Sağlık sistemi, hastalıkları önleyici sağlık hizmetlerine odaklı olarak planlanır ve yürütülür,

d) Hizmetin sunumunda emek yoğun uygulamalar teknoloji kullanımından daha önceliklidir,

e) Sağlık hizmetlerinde hekimler başta olmak üzere sağlık emekçilerinin egemenliğini/kontrolünü kaldırmak, geleneksel Çin tıbbi uygulayıcılarının sayısını artırarak sağlık sistemine dahil etmek ve toplumsal gereksinimleri karşılayacak, nitelikli yeni tip sağlık emekçileri yetiştirme öncelenir,

f) Topluma yönelik tüm sosyal ve eğitim programlarının eğiticileri, ÇAD'ler, sağlık çalışanları(health workers, SÇ), öğretmenler ve öğrenciler arasından belirlenir (Wilenski, P.; 1976:13-14).

Çoğu gelişmekte olan ülkede emeğin marjinal üretimi düşüktür ve işsizlik yaygındır. ÇHC'de bu durum dikkate alınarak her türlü sağlık hizmetinde, sağlık emekçilerinin

yanında, Parti komitesinden de görevliler seçilmiş köylülerle beraber mücadele edilmiştir. Genel sağlık eğitiminin kitlesel olarak yapılması esas alınmıştır. Hangi sağlık eğitimi konusu olursa olsun, politik bileşenlerinden ayrı tutulmamış, çok az bütçeyle etkin bir sağlık eğitimi yürütülmesine gayret edilmiştir. Hem bireysel hem de toplumsal sorumluluk eşit oranda toplumla paylaşılmıştır. Sıtma, kalazar gibi hastalıklarla mücadelede tıbbi müdahalelerden çok, kitle eğitimi daha başarılı olmuştur(Wilenski, P.;1976:26-27). ÇHC sağlık sisteminin belki de en önemli özelliği toplum eğitiminin kitlesel olarak yapılmasıdır. Çoğu gelişmekte olan ülke o tarihlere kadar kitlesel toplum eğitimi çok çeşitli nedenlerle imkansız olarak görünürken, ÇHC'de kitlesel toplum eğitimi sadece sağlık emekçileri tarafından değil, devletin bütün kademeleri tarafından da yerine getirilmiştir. ÇHC'deki sağlık emekçilerinin tümünde temel sorumluluk ÇKP'ye ve Halk Sağlığı Bakanlığı'na aittir(Wilenski, P.;1976:15-16).

ÇHD'de sağlık örgütlenmesi kamu yönetim sistemine paralel olarak gerçekleştirilmiştir. ÇHC'de kamu yönetimi örgütlenmesi aşağıdaki gibi şematize edilebilir.

ÇHC'de 1953-1957 yıllarını kapsayan birinci beş yıllık planda tarımdan çok sanayi işçisini ve kentleri incelemiştir(Rifkin, S.B.;1973 :144). İlk defa 1930'lu yıllarda devlet destekli olarak kurulmaya başlanan kasaba hastaneleri bu dönemde de hem kullanılmaya hem de yenileri açılmaya devam etmiştir. 1957 yılına kadar her kasabada bir tane olmak üzere yaklaşık ikibin kasaba hastanesi kurulmuştu. Bu sağlık kurumunda, dahiliye,

**Şekil 1. ÇHD'de kamu yönetimi teşkilatı**

Merkezi Hükümet  
Eyaletler, Özerk Bölgeler(Autonomous Regions)  
ve Merkezi Yönetime Bağlı Belediyeler  
Özel Alt Bölge(Special District)  
Kasabalar, Özerk Kasabalar  
Komünler  
Üretim Takımları  
Üretim Ekipleri

Maru, R. M.;1977:536

cerrahi, kadın doğum, çocuk, geleneksel Çin tıbbi, radyoloji, laboratuvar ve poliklinik hizmetleri sunuluyordu. Yine aynı yıllarda kurulmaya başlanan sağlık merkezleri, 1958 yılından itibaren yürütülmek istenen kıra dayalı sağlık hizmetleri için temel hizmet birimleri olarak alındı ve sayıları aynı yıllarda 50bine ulaştı(Rifkin, S. B.;1973:144).

Bu yapılar sağlık hizmeti sunmanın yanı sıra kırsal bölgelere sağlık ekibi göndermek, sağlık emekçilerini eğitmek ve sağlık eğitim programlarını düzenlemek işlerinde de kullanılıyordu(Rifkin, S.B.;1973:144-5).

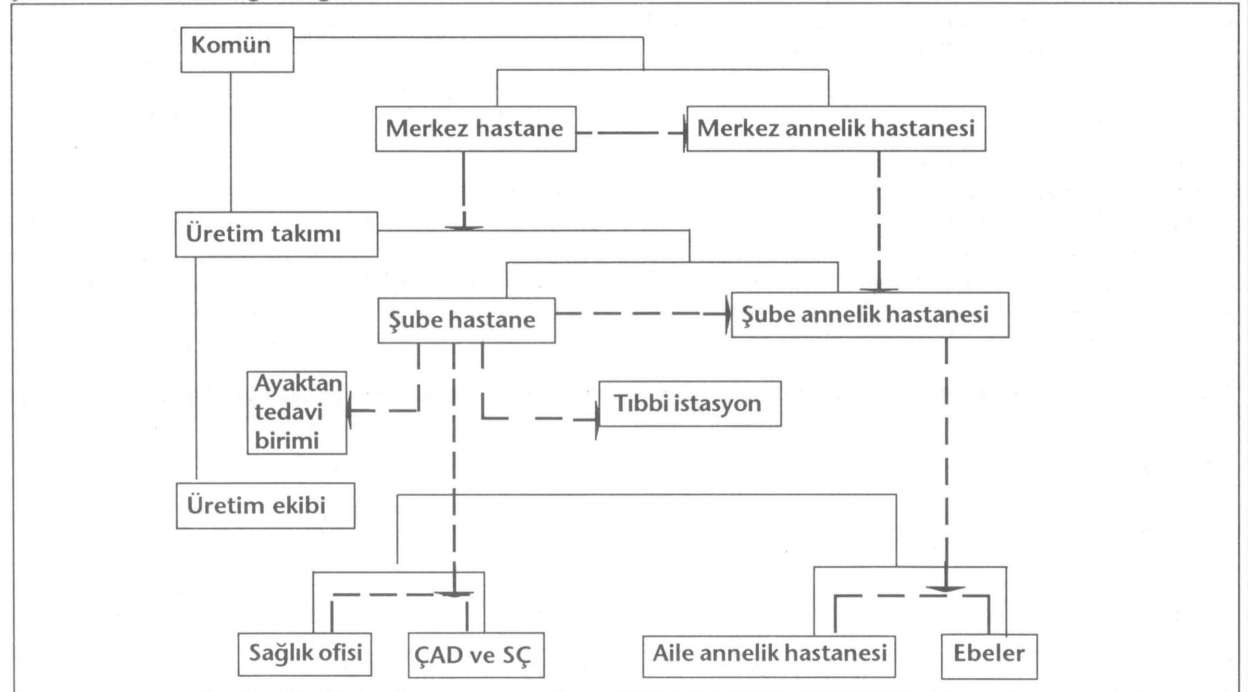
Kırsal bölgelerde sağlık hizmetleri de içinde olmak üzere ekonomik ve sosyal yaşamı düzenlemek ve yürütmek üzere komünler kuruldu. Bu birimler, merkezi yönetimden kısmen koparılıp, desantralize yapılar haline dönüştürüldü. Mülkiyet ne devletin ne de kişilerin;

komün kolektifine aitti. Üretimden kazanılanlar ortak masraflar karşılandıktan sonra komün üyeleri arasında eşit olarak paylaşılıyordu(Rifkin, S.B.;1973:145-8;Sandbach, F.R.; 1977:31).

Kasaba hastanelerinin yönetimi merkezi iken, komün hastanelerinde yönetim kendi üyelerinden oluşan kurullar tarafından gerçekleştiriliyordu. Bu yapılar bütün sağlık hizmetlerinin yetkili ve sorumlu organlarıydı. Komün yönetimleri, komünün kültür, eğitim ve sağlık hizmetlerinin yönetiminden sorumluydu. Üretim takımları ve üretim ekipleri de yönetsel olarak komünlere bağlıydı. Kırsal bölgelerin en büyük birimleri komünlerdi. Kendi aralarında bazı küçük farklılıklar taşımakla birlikte, komünlerde sunulan sağlık hizmetlerinin kapsamında; ayakta tanı ve tedavi hizmetleri, bölgesel sağlık çalışmaları, kitlesel kampanyalar, bulaşıcı hastalıkların kontrolü ve araştırılması, kreş-anaokulu ile annelik hastaneleri gibi kamusal alanların denetimi, tıbbi bakım hizmetlerinin sunulması, sağlık emekçilerinin eğitimi ile hastalıkları önleyici bütün programların planlanması ve uygulanması bulunuyordu(Rifkin, S. B.;1973:145-8). Her üretim ekibinde(yaklaşık 200kişiye) bir SÇ, her üretim takımında(yaklaşık binbeşyüz kişiye) bir ÇAD görevliydi ve komünler yaklaşık 80bin kişiden oluşuyordu(Sandbach, F.R.;1977:31).

Bazı farklılıklar taşımakla birlikte, komündeki sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi şu şekilde şematize edilebilir.

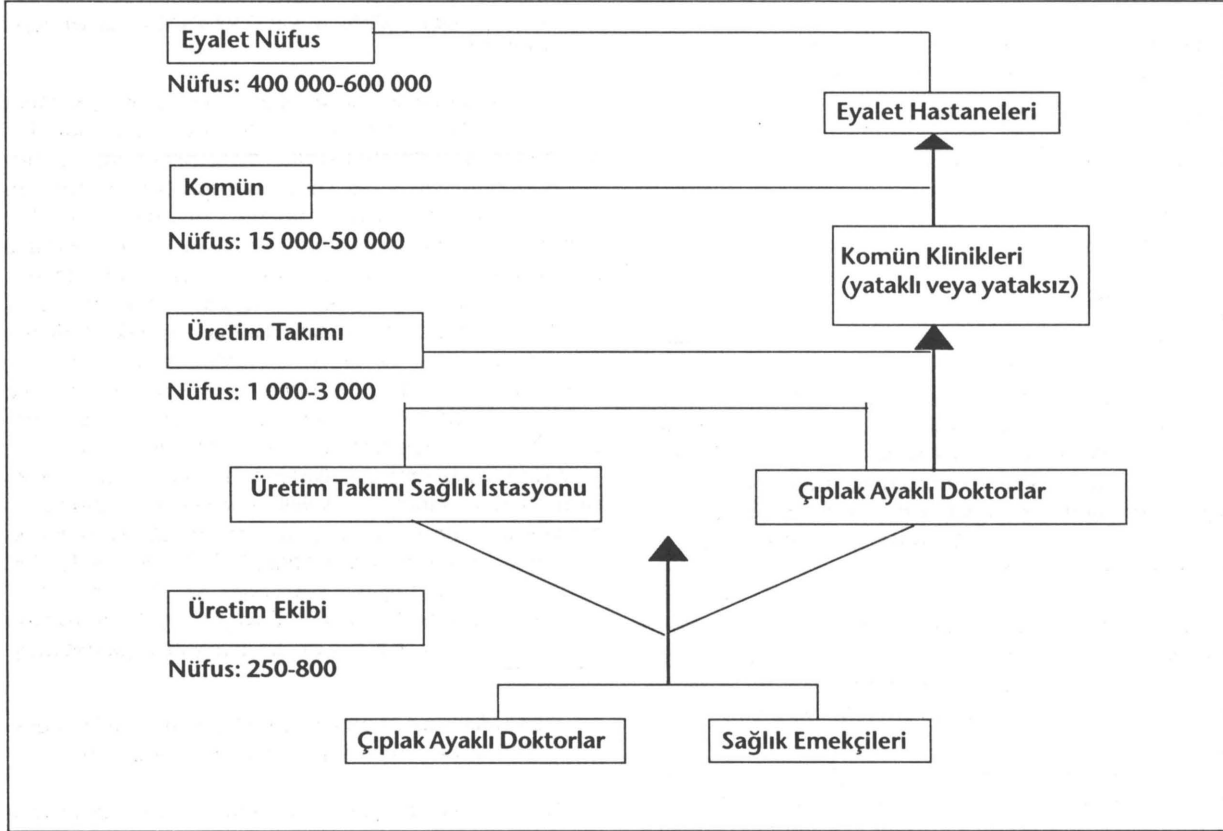
Benzer şekilde komünlerdeki sağlık hizmetleri örgütlenmesinin yaklaşık 20-30 komünün bir araya gelmesiyle tanımlanan eyalet birimlerindeki sağlık hizmetleriyle ilişkisi de yukarıdaki gibidir.

**Şekil 2. Komündeki sağlık örgütlenmesi**

Rifkin, S.B.; 1973:146



Şekil 3. ÇHD'de kırsal sağlık ve yönetim örgütlenmesi



Smith, C.J.; 1998:134

### III. 3. 1965 Sonrası Sağlık EmekGücü Politikaları

Haziran Direktifi'nden sonraki yaklaşımla sağlık emekgücü politikalarında sağlanan değişiklikler dört başlık altında toplanabilir (Maru, R.M.; 1977:538-539):

#### III.3.1. Tıp eğitimi

Sözü edilen direktifle başlatılan gelişmelere paralel olarak 1967-1970 arasında batı modelinin kopyalanmakta olduğu tıp fakültelerinden pek çoğu kapatıldı, diğerlerinde de eğitim süresi 5-6 yıldan 3 yıla indirildi. Müfredat tümüyle değiştirildi. Eğitim programının kuramsal içeriği azaltıldı ve günlük pratiğin içinde eğitim benimsendi. Eğitim, toplam sürenin üçte birinde öğrencilere ülkenin

dört bir yanında ve kırsal bölgelerde, yine öğretim üyeleri tarafından verildi. Bu süre boyunca hem öğrenciler hem de öğretim üyeleri eğitimin gerçekleştirildiği kırsal bölgelerde yaşadılar. 1966 öncesinden farklı olarak müfredatta hem hastalıkları önleyici sağlık hizmetleri konuları hem geleneksel Çin tıbbı (ÇCT) konuları hem de batı tıbbi konuları birlikte yer aldı (Maru, R.M.; 1977:539; Wang, V.L.; 1975:475).

Tıp fakültelerine başvurabilmek için dört koşul gerekiyordu; a) Lise eğitiminden sonra 2 yıl fabrika ya da komünlerde çalışmış olmak, b) bekar olmak c) sağlıklı olmak ve d) 20 yaşlarından büyük olmamak (Maru, R. M.; 1977:539). Çeşitli yıllarda okul, öğrenci ve mezun sayıları tablo 4 ve 5'de sunulmaktadır.

Tablo 4. 1949-1975 yılları arasında Çin'deki tıp okulları ile buralarda okumakta olan ve kayıt yapılan öğrenci sayıları

	1949	1957	1965	1975
<b>Tıp Fakültesi</b>	22	37	92	88
Kabul Edilen	0	9861	20044	34932
Toplam Kayıt	15 234	49107	82861	86336
<b>Geleneksel Çin Tıbbi Okulu</b>	0	5	21	17
Toplam Kayıt	0	1020	10155	13538
<b>Sağlık Ortaokulu</b>	0	182	298	480
Kabul Edilen	0	19373	36604	66890
Toplam Kayıt	15387	81079	88972	139113

Gao, T. ve ark; 1999:769

**Tablo 5. Çeşitli yıllarda Çin tıp okullarından mezun olanların sayısı**

Yıllar	Tıp fakültesi	Sağlık ortaokulu
1950-1957	32 000	127 000
1958-1965	133 000	239 000
1966-1965	122 000	227 000
1976-1985	269 000	586 000

Gao, T. ve ark;1999:769

### III.3.2. Toplumaya dayalı alt kademe sağlık emekçileri

Yüksek ve orta düzey eğitilmiş sağlık emekçileri eğitimlerini okullarda alırken, ÇAD ve SÇ'ler üretim takımı ve üretim ekiplerinin içinde eğitilirdi. ÇAD'ler, üretim süreçlerinin ayrılmaz birer parçasıydı ve zamanlarının tümünü çiftliklerde geçirirdi. ÇAD'lar, komünlerdeki iş deneyimi olan (temel eğitimden sonra bir süre çalışmış olmak gerekiyordu) tarım işçileri arasından komünleri tarafından seçilirdi. Onun için ÇAD'ler çoğunlukla orada yaşamakta olan genç bir köylü ya da yerli halktan biriydi (Maru, R.M.;1977:539; Wang, V.L.;1975:476-7).

Eğitimlerinin birinci aşamasında 3-4 ay programlı eğitime tabi tutulup, ardından çalışmakta oldukları komüne geri gönderiliyorlardı. Bir ya da iki yıl sonra tıbbi bilgilerini yenilemek için kısa süreli kurslara alınıyorlardı. Böylece, her bir ÇAD, 4-5 yıllık bir dönem içinde, en az bir yıllık bir eğitim almış oluyordu (Maru, R. M.;1977:539).

SÇ'lerin eğitimi ise yalnızca 1-3 ay süreliydi. Her iki grubun eğitiminde, gezici sağlık ekipleri (mobile medical teams), yerleşik tıp okulları kullanılıyor, komün klinikleri ve kasaba hastanelerinde internlik yapıyorlardı. Deneyimli ÇAD'ler de bu eğitimlerde eğiticilik yapabiliyorlardı (Maru, R.M.;1977:539). Tablo 6'da bir örneği sunulan eğitim müfredatının, içeriği, yerel gereksinimler dikkate alınarak hazırlandığından, eyaletler arasında farklılıklar gösterebiliyordu (Wang, V. L.; 1975:477-84).

**Tablo 6. ÇAD'lerin eğitim müfredatına bir örnek**

Politik İdeoloji
Koruyuculuk (Yurtsever sağlık hareketi)
Anatomi ve fizyoloji
Mikrobiyoloji
Yaygın hastalıklar (tanı ve sağaltım)
Göz, kulak, burun, boğaz
Aile planlaması
Acil bakım
Geleneksel ilaçlar ve batı ilaçları
Akupunktur

Wang, V.L.; 1975:482-3

ÇAD'lerin eğitiminden sorumlu gezici sağlık ekibi üyeleri Halkın Özgürlük Ordusu üyeleri idi ve ÇAD eğitiminin ana unsuru ve sorumlusuydular. Ayrıca tıbbi hizmet kooperatiflerinin kurulmasına öncülük ediyorlardı. Üçyüzyetmişbin ÇAD ve üç milyon SÇ eğittikleri tahmin biliniyor. Yetmişli yılların ortalarında ikiyüzonbeş kişiye bir SÇ düşüyordu (Maru, R. M.; 1977:539).

ÇAD'ler 3-4 aylık eğitimden sonra yaşadıkları komünlere döndüklerinde; yaygın hastalıkları sağaltmak, Batı ve Çin ilaçlarını birlikte kullanmak ve dağıtmak (bu iki alandaki uygulamaları hem daha deneyimli ÇAD'ler hem de daha fazla eğitilmiş sağlık yetkililerince yakından takip ediliyordu) ile aile planlaması hizmetlerinin sunulması işlerini gerçekleştiriyorlardı (Maru, R. M.;1977:539).

ÇAD'lerin temel sorumlulukları dört başlık altında toplanabilir; a) aşılama b) yaygın hastalıkların sağaltımı c) sağlık eğitimi ve d) aile planlaması (doktor onay verdiğinde de oral kontraseptif dağıtımı) (Wang, V.L.;1975:478).

Eyaletlere, bazen de komünlere göre farklılıklar taşımakla birlikte temel eğitim konuları ile sundukları hizmet başlıkları genelde aynıydı. Tablo-7'de Liaoning Eyaleti'ndeki iki ayrı eğitim kurumunun ÇAD'lerden beklentileri sunulmuştur.

Hem ÇAD hem de SÇ'ler sağlık hizmeti sunumunu üretimden kopmadan gerçekleştiriyorlardı. Hemen hepsi yarı zamanlı çiftlik işçileriydiler. Sağlık hizmeti sunumu dışındaki zamanda çiftlik işleri yapar ve diğer işçilerle aynı ücreti alırlardı (Maru, R. M.;1977:539; Wang, V.L.;1975:476-77).

### III.3.3. Sağlıkçıların kırsal bölgelere gönderilmesi

Üretim takımlarında sağlık hizmetleri ÇAD ve SÇ'ler tarafından sunulurken, daha üst düzeyde eğitim almış sağlıkçıları tarafından da destekleniyorlardı. Hem eğitim hem de teknik desteği içeren bu yardım ya kasabalardaki şehirlerden gelmiş hekimler tarafından ya da gezici sağlık ekipleri tarafından 3 ay ile 1 yıllık aralarla sağlanıyordu.

Gezici sağlık ekipleri, ÇAD ve SÇ'lerin eğitimi ile üretim takımlarındaki sağlıkçıların denetimini yapıyor, büyük cerrahi ameliyatları ve kontraseptif dağıtımını gerçekleştiriyordu. Şehirlerdeki hastanelerde çalışan sağlıkçıların üçte birinden fazlası gezici sağlık ekiplerinde görevlendirildi. 1967'ye kadar Çin'in kırsal yörelerindeki sağlık hizmetlerinin yarısından daha azında kent kökenli sağlıkçıları görev alırken, bu tarihten sonra oranın tersine döndüğü biliniyor (Maru, R.M.;1977:540).

### III.3.4. Geleneksel Çin tıbbına yönelik politikalar

Haziran Direktifi'nden itibaren geleneksel tıbbın Batı tıbbi ile entegrasyonu çalışmaları hızlandı ve süreç içerisinde de sağlandı. Sağlık harcamalarını azaltıp, maliyeti düşürerek hizmeti daha da yaygınlaştırabilmek için bitkisel

**Tablo 7. ÇAD'lerin tanı ve sağaltım işlevleri**  
Liaoning Eyaleti'nde sonradan iki yıl eğitim almış çıplak ayaklı doktorların tanı ve sağaltım işlevleri

Hizmet Alanı	8 Komündeki ÇAD'ye Göre, Shenyang	Shenyang Halk Sağlığı Okulu Fakültesine Göre
Cerrahi	Sütürler, Lipom çıkartılması, Biyopsi	Sütürler, Vazektomi
Solunum Sistemi	Üst solunum yolu enfeksiyonu Bronşit, Pnömoni, Orta düzey tüberküloz Plörit, Amfizem	Üst solunum yolu enfeksiyonu Bronşit, Akciğer hastalıkları
Sindirim Sistemi	Akut ve Kronik gastrit, Peptik ülser, Dizanteri Peptik ülser, Dizanteri, Üst Gastrointestinal Kanama	Akut gastrit, Peptik ülser, Akut kolit Peptik ülser, Akut kolit, Akut pankreatit Siroz
Üriner Sistem	Böbrek Hastalıkları, Sistit	Üriner yol enfeksiyonları
Dolaşım Sistemi	Orta derece yüksek kan basıncı Ateroskleretik kalp hastalığı, Taşikardi	Romatoid kalp hastalığı, Artrit, Koroner kalp hastalığı
Sinir Sistemi	Depresyon, Mental sorunlar Mental sorunlar	Yok
Çocuk	Pnömoni, Bronşit, Sindirim sistemi, Rikets, Konvülzyon, Tonsilit, Faranjit-Laranjit, Kızamık, Egzema, Çiçek, Orta kulak enfeksiyonu Konjonktivit, Göz yaralanması	Akut enfeksiyon hastalıklar Pnömoni, Enterit
Acil Bakım	Tanı, Travma, Apandisit	Genel kazalar
Jinekoloji	Menstrual sorunlar, Enflemasyon	Aile planlaması, Doğum, Prenatal bakım Postnatal kanama, Gebelik toksemisi Diğer jinekolojik sorunlar
Diğer	Çiçek aşısı: BCG, polio, difteri, tetanoz, B tipi ansefalit, kızamık	Kulak, burun, göz sorunları, Şistozimiyazis

Wang, V.L.; 1975:482-485

**Tablo 8. 1966 Yılında Çin Halk Cumhuriyeti'ndeki sağlık emekçilerinin tahmini sayısı**

Sağlık Emekçisi	Sayı	On bin kişiye düşen sayı	Bir Sağlık emekçisi başına düşen nüfus
<b>Yüksek okul ve fakültelerde batı tıbbi eğitimi alanlar</b>			
Hekim	150 000	21	4800
Stomatoloji Uzmanı	30 000	4	24 000
Eczacı	20 000	3	36 000
<b>Orta Düzey Okullar</b>			
Hekim Yardımcıları	170 000	23	4300
Hemşire	185 000	26	3900
Ebe	40 000	6	18 000
Teknisyen	100 000	14	7300
<b>Batı tıbbi eğitimi almış toplam sağlık emekçisi</b>	<b>695 000</b>	<b>97</b>	<b>1043</b>
<b>Çin Tıbbi eğitimi almış toplam sağlık emekçisi</b>	<b>500 000</b>	<b>69</b>	<b>1500</b>
<b>TOPLAM SAĞLIK EMEKÇİSİ</b>	<b>1 195 000</b>	<b>166</b>	<b>607</b>

Maru, R.M.;1977:537



ilaçların kullanımı ve talebi teşvik edildi. Ancak endikasyonu olan durumlarda kullanılabilmesi için ÇAD'lerde Batı kaynaklı ilaçlar bulunuyordu. Zaman içinde hastalıkların sağaltımında her iki ilaç grubunun birlikte kullanımı yerleşti (Maru, R. M.;1977:540).

### III. 4. İlaç

Başlangıçta pek çok alanda olduğu gibi ilaçta da dışa bağımlılık söz konusuydu. Kırsalda halk kendi geleneksel ilacını kullanırken, kentlerde Batı tipi ilaçlar kullanılıyor ve büyük kısmı ithal ediliyordu. İlaç gereksiniminin saptanması, üretimi ve dağıtımının merkezileştirilmesi ile birlikte Batı ilaçları ile geleneksel ilaçların birlikte kullanımı öncelendi ve özendirildi. Üretim bu yaklaşıma göre planlandı.

ÇAD'ler ilaçlarını köy sağlık istasyonlarından, köy sağlık istasyonları kasaba hastanelerinden, kasaba hastaneleri eyalet ilaç dağıtım birimlerinden karşılıyorlardı. Şehir hastaneleri ilaçlarının %90'ını dağıtım birimlerinden karşılıyorlardı. Merkezi yapıya bağlı ilaç dağıtım birimlerinin kaynağı da çoğunlukla ilaç fabrikaları, kısmen de ilaç ithalatıydı. Yetmişli yıllara gelindiğinde, Çin hem ilaç hem de ilaç ihracatçısı bir ülke durumuna geldi. İlaç kullanımı az sayıdaki ilaçlar için küçük bir miktar olmakla birlikte geri kalan ilaçlar parasız olarak dağıtılıyordu (Dong, H. ve ark.; 1999:777-786).

### KAYNAKLAR

**Bloom, G. Xingyuan, G. (1997),** "Health sector reform: lessons from China", Soc. Sci. & Med., 45(3): 351-360.

**Dixon, J. (1982),** "The community-based rural welfare system in the People's Republic of China", 1949-1979, Development Journal, 17(1):2-12.

**Dong, H. ve ark. (1999),** "Drug policy in China: pharmaceutical distribution in rural areas", Soc.Sci. & Med, 48:777-786.

**Gao, T. ve ark. (1999),** "Medical education in China for the 21st century", Med. Edu., 33:769-72.

**Hsia, T. (1973),** "Laws on public health:113-140. Quinn J R(ed.by), Medicine and Puclic Health In the People's Republic of China", DHEW Publication No.(NIH)73-76.

**Hesketh, T., Zhu, W.X. (1997),** "Health in China: from Mao to market reform", BMJ, 314:1543-.

**Maru, R.M. (1977),** "Health manpower strategies for rural health services in India and China: 1949-1975", Soc. Sci. & Med., 11: 535-547.

**Rifkin, S.B. (1973),** "Health care for rural areas :141-190.

**Quinn J.R.(ed.by),** Medicine and Puclic Health In the People's Republic of China", DHEW Publication No.(NIH)73-76.

**Sandbach, F.R. (1977),** "Farewell to the god of plague-the control of shichistosomiasis in China", Soc. Sci. & Med., 11:27-33.

**Smith, C.J. (1998),** "Modernization and health care in contemporary China", Health & Place, 4(2): 125-139.

**Wu, Y. (1997),** "China's health care sector in transition: resouceres, demand and reforms", Health Policy, 39: 137-152.

**Wang, V.L. (1975),** "Training of the barefoot doctor in The People's Republic of China: from prevention to curative service", Int. J. Health Serv., 5(3):475-488.

**Wilenski, P. (1976),** "The delivery of health services in The People's Republic of China", International Development Research Centre, Ottawa(ISBN:0-88936-072-3)

United Nations: Demographic Yearbook, Historical supplement.