

## CUMHURİYET DÖNEMİNDE KIRSAL KESİME GÖTÜRÜLEN SAĞLIK HİZMETLERİ:

Dr. Kemal Suner \*

Cumhuriyet döneminin sağlık örgütlenmesi girişimleri daha Kurtuluş Savaşı yıllarına rastlar. Bu yıllarda daha birçok ülkede sağlık için ayrı bir bakanlık kurulmamış iken T.B.M.M. hükümeti, 2 Mayıs 1920 tarihinde Resmi Gazetenin birinci sayısında yer alan 3 nolu yasa ile Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaletini (S.S.Y.B.) kurmuştur.

Sağlık Bakanlığının kuruluşunda o yıllarda Millet Meclisi ikinci başkanlığını yapan Dr. Adnan Adıvar ile sonraları Dışişleri Bakanlığını yapan Yusuf Kemal Tengirşenk'in büyük rolleri vardır. 3 Mayıs 1920 de toplanan ilk bakanlar kurulu ilk sağlık bakanı olarak Dr. Adnan Adıvar'ı seçmiştir. Bakanlık çalışmalarına öncelikle mevcut sağlık personelinin kayıtlarının düzenlenmesiyle başlamış, İstanbul Hükümetinden sağlıkla ilgili bütün kanun ve tüzükleri temin edilmiştir.

Bakanlık yeni bir kadro düzenlenmesine gitmiş, illerdeki sağlık müdürlükleri, hükümet, belediye ve karantina hekimlikleri ile sağlık memurlukları aynen korunmuştur. İllerdeki Memleket hastahaneleri çalışmalarına devam ederken, frenginin yaygın olduğu Kastamonu ve Zonguldak illerinde kurulmuş olup direk merkeze bağlı çalışan, Frengi Savaş Hastahaneleri il idarelerine devredilmiştir.

Koruyucu hekimlik çalışmalarında bulunmak üzere İtalya'dan çiçek aşısı getirilmiş ve Ankara'da Kuduz Tedavi Müessesesi kurulmuştur.

Kırsal alandaki hekim gereksinimini azaltmak için hükümet tabiplerinin askere alınmaları engellenmiştir (1).

Bu yıllarda sağlık örgütü idari örgütlenmeye uyurulmuş ve illerde hizmeti yürütmekle vali görevlendirilmiştir. Sağlık müdürleri yalnızca valinin danışmanıdır. İlçelerde ise sorumlu ve yetkili kaymakamdır.

1923'e kadar birçok imkansızlıklar içinde görevini yapmaya çalışan Sağlık Bakanlığı Kurtuluş Sa-

vaş'ından sonra ülkenin sağlık durumunu iyiye götürmek için büyük çabalar harcamıştır.

Bu yıllarda gerekli kanunlar çıkarılarak merkez ve çevre örgütleri kurulmaya, sağlık müdürlüğü - hükümet tabipliği temel örgüt kabul edilerek sağlık hizmetlerinin tüm ülkeye yayılmasına başlanmıştır. Cumhuriyet hükümetinin ilk sağlık bakanı Dr. Refik Saydam'dır. Cumhuriyetin ilk yıllarında sağlık alanında en büyük sorun bulaşıcı hastalık salgınlarının önlenememesi idi.(2) Bu nedenle 1924 yılında hazırlanan bir programda şu konular ele alınmıştır;

- 1 - Devlet sağlık teşkilatını köylere kadar yaymak,
- 2 - Daha fazla doktor yetiştirmek,
- 3 - Numune hastahaneleri açmak,
- 4 - Ebe ve sağlık memurları yetiştirmek,
- 5 - Anne ve çocuk sağlığını korumak, doğum evleri ve çocuk bakımevleri açmak,
- 6 - Verem, sıtma, frengi ve zührevi hastalıklar, trahom kuduz gibi salgın hastalıklarla mücadele etmek,
- 7 - Merkez hıfzıssıhha müessesesi ve hıfzıssıhha okulu açmak.(3)

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının kuruluşu henüz bir yılı tamamlamadan 1921 yılında Frengi Mücadele Kanunu kabul edilerek uygulanmasına başlanmıştır. Ülke çapında sıtma savaşı 1925 yılında başlamıştır. 1930 yılında kabul edilen Umumi Hıfzıssıhha Yasası ile frengi, sıtma ve diğer bulaşıcı hastalıklarla savaş hizmetleri iyi bir şekilde düzenlenmiş ve ülkemizde ilk kez verem ve trahom gibi hastalıklarla savaş devlet görevi olarak yasallaştırılmıştır.(4)

Refik Saydam, köylerde hasta tedavi hizmetini örgütlemek için belirli bir çaba harcamamasına karşılık sıtma, trahom, frengi ve salgın yapan bulaşıcı hastalıklarla savaşı en uzak köylere kadar götürmek için her imkanı kullanmıştır. Bu nedenle sağlık müdürlüklerine bağlı olmayan ve kısmen genel idare dışında olan örgütler kurmuştur. O zamanlar tedavi edici hekimlik ve koruyucu hekimlik hizmetlerinin bir elden yürütülmesi hiçbir ülkede düşünülmemiş

\* Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Doktora Öğrencisi.

olduğu için cumhuriyetin ilanını takip eden yıllarda da sağlık hizmetlerinde bu şekil bir uygulamaya rastlamıyoruz. Bu dönemde, sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde insan gücü politikasına önemli bir yer verilerek, bu amaçla 1924 yılında tıp fakülteleri mezunlarının tümünü kapsayan mecburi hizmet kanununun yanı sıra yatılı tıp talebe yurtlarının açılması sağlanmıştır. Böylece sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesi için gerekli olan yeterli sayı ve nitelikte personel yetiştirme yolunda ilk adımlar atılmıştır. Bu dönemde ayrıca hastahanelerde çalışan hekimlere kamuda çalışan hekimlerden düşük maaş verilerek kamuda çalışma özendirilmiştir. Bu tedbirler sonucunda Türkiye'de hekim sayısında önemli artışlar olmuştur (5)(6). Bir sıtma savaş hekiminin maaşı validen fazla, trahom savaş teşkilatı başkanının ücreti ise milletvekili maaşının 3 katı idi.

Refik Saydam hükümet tabiplerinin hizmetlerine yardım ile görevli sağlık memurlarının yetiştirilmesine de önem vermiş, fakat hemşire ebe gibi kadın sağlık personelinin yetiştirilmesini ciddi olarak ele almamıştır. Bu konuda Kızılay'ın hemşire okulu ve İstanbul Tıp Fakültesinin ebe okulundan başka eğitim kurumunu oluşturulmamıştır. Kırsal bölgelere ebe sağlayabilmek amacıyla 1936 yılında Balıkesir ve Konya'da birer köy ebe okulu açılmıştır. İlkokul mezunu 15-18 yaşlar arasındaki kızlar bu okullarda bir yıl eğitim gördükten sonra köy ebeleri diploması alarak köylerde görevlendirilmişlerdir. Daha sonra süresi üç yıla çıkarılan bu okullar bir süre sonra kapatılmışlardır. Ayrıca Milli Eğitim Bakanlığı Köy Enstitüleri programı içerisinde köy ebeleri ve köy sağlık memuru yetiştirmiştir. 1943 yılında kabul edilen bir yasa ile Köy Enstitülerinin ikinci sınıfını başarıyla bitiren kız ve erkek öğrenciler arasından seçilenler köy ebeleri ve köy sağlık memuru olarak yetiştirilmişlerdir. Köy Enstitüleri kapatılınca bu kaynak da ortadan kalkmıştır (2).

1926 yılında çıkarılan bir kanunla, özel idare ve belediyelerde çalışan tüm sağlık personelinin atama ve yükseltme işlemlerinin Sağlık Bakanlığınca yapılması ve bütçelerindeki tüm sağlık harcamalarının bu bakanlıkça hazırlanan bir yönetmeliğe göre düzenlenmesi kabul edilmiştir. Böylece kamu sektöründe çalışan tüm sağlık personelinin yönetimini tek elde toplayan güçlü bir merkezi yönetim dönemi başlamıştır. "Ülkenin sağlık koşullarını düzeltmek ve toplumun sağlığına zarar veren tüm hastalık yada diğer zararlı etkenlerle savaşmak ve gelecek kuşakların sağlıklı yetişmesini sağlamak ve halka tıbbi ve sosyal yardımda bulunmak bir devlet hizmeti" olarak kabul edilmiş, askeri sağlık hizmetleri dışında, ülkemizdeki tüm sağlık ve sosyal yardım hizmetle-

rinin sorumlusu ve denetleyicisi Sağlık Bakanlığı olmuştur.(7)

Cumhuriyetten önce hemen her il merkezinde Guraba Hastahanesi adı verilen birer hastahane vardır. Buralarda hasta muayene ve tedavisi ücretsiz yapılırdı. Cumhuriyetten sonra Memleket yada Belediye hastahaneleri adı verilen ve eskiden olduğu gibi hasta muayene ve tedavilerinin ücretsiz olduğu bu kuruluşların yönetimi yine özel idare yada belediyelere bırakılmış, ancak parasal olanakları yetersiz olanlara yardım edilmiştir. Belediye ve özel idareleri hastahane açmaya teşvik ve yönetimde yol gösterici olmak amacıyla Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır'da Sağlık Bakanlığına bağlı birer Numune Hastanesi açılmıştır. İlçe belediyelerinin parasal olanaklarının yetersizliği nedeniyle hastahane açamıyacakları göz önüne alınarak, buralardaki tıbbi bakım hizmetlerinin Sağlık Bakanlığına bağlı herbiri 5 yada 10 yataklı muayene ve tedavi evleri tarafından yürütülmesine 1924 yılında karar verilmiştir. Diğer taraftan köysel bölgelerdeki tıbbi bakım hizmetlerinin ücretleri özel idareler tarafından ödenen gezici hekimler ve sağlık memurları tarafından yürütülmesi öngörülmüştür.(7)

Hükümet koruyucu hekimlik hizmetlerini, özellikle salgın hastalıklar ile savaş için kurduğu örgütleri genel bütçeden finanse etmiştir. Bu amaçla yurt çapında sıtma savaş teşkilatı, trahom ve frenginin yaygın olduğu yerlerde trahom savaş ve frengi savaş örgütleri kurmuştur. Hükümet tabiplerinin temel görevi de tifus, çiçek, tifo, dizanteri gibi hastalıklarla mücadele etmektir. Bu hastalıkların yaptığı salgınlar hükümet tabiplikleri tarafından önlenemezse bakanlığa bağlı olarak kurulan, hekimler ve sağlık memurlarından oluşan ekipler, salgın çıkan bölgelere giderek, bu bölgelerde yerel sağlık örgütü ile birlikte savaş hizmetlerini yürütüyorlardı. Ayrıca Ankara'da Hıfzıssıhha Enstitüsü kurularak bulaşıcı hastalıklar ile mücadele için laboratuvar hizmetleri, aşı ve serum üretilmesi sağlanmıştır. Bu yıllarda verem savaşı ve ana çocuk sağlığı hizmetlerine gerekli önem verilmemiştir. Hükümet tabipleri aynı zamanda adli hekimlik, genel idare ile ilgili işler ve fakir hastaların ücretsiz tedavilerini de yapıyorlardı. Hükümet tabiplerinin resmi görevleri yanında özel muayenehane açma ve buldukları yerde eczane yoksa ilaç satma hakları da vardı.(2)

1929 yılında Etimesgutta "İçtimai Hıfzıssıhha Dispanseri" kurulmuştur. Dar bölgelerde koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini beraberce yürütmek amacı güden bu kuruluşlar, o tarihlerde Fransa'dan sonra ülkemizle birlikte Yugoslavya ve SSCB de de aynı zamanda ele alınmıştır. İleride bu tür

kuruluşların tüm ülkeye yayılması ve diğer yerlerde açılacak sağlık merkezleri için örnek alınması düşünüldüğünden, adı Etimesgut Numune Sağlık Merkezine dönüştürülen ve 10 yataklı olan bu kuruluştaki çalışan sağlık personeli, merkeze bağlı köyleri belirli bir programa göre dolaşılıyor ve halkın ayağına giderek koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri sunuyordu (7).

Bu dönemde Sağlık Bakanlığına bağlı olarak bir köy sağlık örgütü kurulması öngörülmüş ise de, bu örgütün etkili bir şekilde çalışabilmesi için köylerde çalışacak hekimler sağlanamadığından, köylere hizmet ancak köy ebeleri ve köy sağlık memurları tarafından götürülebilmektedir. Bu dönem boyunca yapılan tüm çabalar sonucu il ve ilçe merkezlerinin hekim ve hekim dışı sağlık personeli gereksinmesi oldukça karşılanmış fakat frengi, trahom ve sıtma savaşı dışında kırsal bölgelere herhangi bir sağlık hizmeti götürülebilmiştir.

Koruyucu ve tedavi edici hekimlik hizmetlerinde genel bir sağlık hizmeti planlanmasına ilk kez 1946 yılında ve zamanın Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz döneminde rastlıyoruz. 1946 yılında toplanan 9. Milli Tıp Kongresinde bir konuşma yapan Dr. Uz, "Birinci 10 yıllık plan" veya "Behçet Uz planı" diye anılan planı açıklıyor ve yeni bir dönemi başlatıyordu. Dr. Uz konuşmasında, kırsal alanda vatandaşlarımızın sağlık hizmetlerinden yoksun kaldığını belirterek "...Köylerimizin çoğu...sağlık yönünden hiçde istediğimiz seviyeye çıkarılamamıştır. Bunun için ülkemizi ortalama kırk köylük gruplara ayırarak, her grup için bir sağlık merkezi kurmayı uzun vadeli bir iş olarak düşünüyoruz." demiş ve hazırlanan planı sunmuştu (7).

Birinci Milli Sağlık Planının amaçları şöyle idi;

a - Batı ülkelerinin öncelikle ele aldıkları koruyucu sağlık hizmetleri için gerekli örgütü kurmak ve geliştirmek,

b - Kırsal bölgeleri sağlık hizmetine kavuşturmak,

c - Mevcut sağlık personeli bu ihtiyaçlara göre eğitmek, planlı şekilde yenilerini yetiştirmek,

d - Mevcut hastahane ve sağlık kurumlarını zamanın gereklerine uygun hale getirmek ve modernize etmek,

e - Bütün bölgeleri içine alan personel ve malzeme bakımından tamamlanmış sağlık müesseseleri açmak,

f - Bu amaçları yerine getirmek için Milli Sağlık Bankası açmak veya Milli Sağlık Sigortası Kurumu ve sağlık sendikaları kurmak (8).

Amacı "koruyucu hekimlik hizmetlerini yaymak ve personelin ülke düzeyinde dağılımını sağlamak" olan bu plan gereğince Türkiye 7 sağlık bölgesine ayrılacak, her bölgenin örgütlenmesi kendine yeterli olacaktı. Her 40 köylük grup için 10 yataklı bir sağlık merkezi kurulacak ve her sağlık merkezinde iki hekim, bir ebe, bir sağlık memuru ile bir ziyaretçi hemşire ve 11 diğer personel görev yapacaktı. Bir sağlık merkezindeki iki hekimden birinin uzman diğerinin pratisyen olması ve yanyana bulunan iki sağlık merkezinden birinde dahili bilimler uzmanı varsa, diğerinde cerrahi bilimler uzmanı bulunması tasarlanmıştı. Bu personele ek olarak, her on köy için bir ebe ve bir sağlık memurunun görevlendirilmesi öngörülmüştü. Sağlık merkezleri koruyucu ve tedavi edici hizmetleri birlikte yürütecekti. Bunların yanı sıra plan il ve ilçelerde ufak ve orta çaplı yedi sağlık bölgesine de 500'er yataklı bölge hastahaneleri kurmak, yeni Tıp Fakülteleri açmak, yardımcı sağlık personelini yetecek sayıda yetiştirmek ve hizmetlerin finansmanı için bir sağlık bankası ile sağlık sandıkları kurmak gibi çok ilginç ve yurdumuz ölçüsünde çağrı aşan bir programı öngörmekteydi.

Kırsal bölgelerdeki sağlık merkezlerine hekim ve diğer sağlık personeli için lojmanlar eklenmesini de öngören bu planın on yıllık tüm maliyeti 623 milyon lira ve tesislerin yıllık işletme masraflarında 100 milyon lira olacağı hesaplanmıştı.(9)

Bu plana göre kurulacak sağlık bankası özel olarak şu işlevleri görecek:

— Hastahaneleri günün istek ve ihtiyaçları yönünde işletmek,

— Yurdun uygun yerlerinde kurulacak çiftliklerde hastahaneler için gerekli gıda maddelerini hazırlayıp dağıtımını yapmak,

— Sağlık sigortası kurmak ve işletmek,

— İlaç sanayiini denetim altına almak, özellikle koruyucu hekimlik için gerekli olanları üretmek, süt mama gibi çocuk beslenmesine yarayacak tesisler kurmak ve işletmek idi.

Ayrıca plan;

— Çeşitli kurumların elindeki (şehir dışındaki garnizon hastahaneleri hariç) hastahanelerin bir elde toplanması,

— Hastahaneye her yatandan yatak ve tedavi ücreti almak, sigortalı olmayan köylülerin ücretini köy odaları ve özel idarelerden almak,

— Sigortalı olanların her türlü tedavilerini yapmak, halktan isteyenleri sigortalamak,

— İllerdeki hastahaneleri düzeltmek, gereğinde yenilerini açmak, bunların her türlü malzeme ihtiyaçlarını karşılamak,

— Her ilçede 30-50 yataklı, bir helikopterin inip kalkabileceği genişlikte bir alan içerisinde sağlık merkezleri yaparak köylere ambulans, tedavi edici ve koruyucu hekimlik hizmetleri ile birlikte daimi hizmette bulunmak,

— Hekim, hemşire ve ebeleri tatmin edecek şekilde ücret vermek gibi konuları da içeriyordu.(10)

Günümüzde iyi bir sağlık yönetimi için gerekli görülen temel yöntemlerden çoğunu kapsayan bu plan, o güne kadar daha çok kentlilerin ve kısmen kasabalıların yararlandığı sağlık hizmetlerini, ilk kez, örgütlenmiş bir şekilde köye götürmeği öngörmekteydi (7). Bu plan incelendiğinde çağdaş sağlık idaresinin temel ilkelerinden olan korucu ve tedavi edici hizmetlerin entegre edilmesinin ve hizmet ünitelerinin nüfus esasına göre kurulmasının kabul edilmiş olduğu görülmekteydi. Ayrıca sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, genel idari örgütlenmeden ayrı olarak ele alınmıştı. Böylece koruyucu ve tedavi edici hizmetler bütünleştirilerek, yalnız bazı kentlerin yararlandığı hizmetlerden kırsal bölgelerin de yararlanması düşünülmüştür (6).

Dr. Behçet Uz'dan sonra bu plan uygulanmamış ve giderek her ilçeye bir sağlık merkezi kurmaya dönüşmüştür. Bugün ise, bu kuruluşlar maliyeti çok yüksek küçük birer hastahane olmaktan öteye gidememiştir(7).

Bu dönemde (1945 yılında) kabul edilen 4792 sayılı yasa ile ülkemizde İşçi Sigortaları Kurumu kurulmuştur.

1950-1960 arası dönemde, Demokrat Parti Hükümetleri zamanında sağlık politikasında önemli değişiklikler olmuştur:

(1) Yerel idarelere bağlı hastahaneler Sağlık Bakanlığına devredilmiş ve hastahanelerin genel bütçeden finanse edilmesi ilkesi kabul edilmiştir.

(2) Genel sağlık sigortası kurulması için çalışmalar başlatılmıştır. Uzun çalışmalar sonucunda bunun ülke düzeyinde uygulanmasının mümkün olmayacağına, ücret karşılığı çalışan işçiler için bir sağlık sigortası geliştirilebileceğine karar verilmiştir. Bu amaçla İşçi Sigorta Kurumuna işçilere sağlık sigortası hizmeti vermesi görevi verilmiştir. Bu sigorta sisteminin kurulmasında Avrupa'daki sigorta örgütlerinin uygulamasından farklı olarak, sigorta kurumunun kendi sağlık örgütünü kurması esas kabul edilmiştir. 1952 yılında işçilere sağlık hizmeti verilmeye başlanması büyük bir atılım olmakla

beraber, sigortanın sadece sigortalıya yapılan sağlık hizmetini finanse eden bir kurum olması gerekirken sağlık teşkilatı ve hastahaneler kurmasına müsaade edilmesi hatalı bir harekettir. Özellikle Refik Saydam'ın kamu sektöründe çalışan hekim ve yardımcı sağlık personelinin tayin hakkının Sağlık Bakanlığına ait olması prensibi bir kenara itilerek sigorta hastahanelerine hekim tayininin bu kuruma bırakılması, sektörler arası personel dağılımını olumsuz etkilemiştir(5).

(3) Bu dönemde uluslararası kuruluşlarla ve özellikle WHO ve UNICEF ile işbirliğine ve bu kurumlardan yardım sağlanmasına önem verilmiştir. Ana ve çocuk sağlığı, tüberküloz savaşı gibi koruyucu hekimlik hizmetlerinin geliştirilebilmesi için büyük ölçüde destek sağlanmıştır. Öncelikle ele alınan bir diğer hizmette, hemşire ve ebe noksanını kapatacak önlemler alınmasıdır. Ancak bu alanda önemli bir ilerleme yapılamamıştır. 1960 yılında hekim sayısı 9826, hemşire ve yardımcı hemşire sayısı 2420, ebe ve köy ebesi sayısı ise 3126 olmuştur.

(4) Sağlık Bakanlığına bu dönemde Türkiye'de sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için önerilerde bulunmak üzere çağrılan yabancı uzmanların raporlarında söz edilen birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine gereken önem verilmemiştir (2).

1950-1960 döneminde hastahaneçiliğe büyük önem verilmesi koruyucu hizmetlerin ihmal edilmesi sonucunu doğurmuştur. Fakat, tedavi hizmetlerinde başarı sağlayacak sayıda ve nitelikte personel, tam gün çalışmayı sağlayacak bir ücret politikası gibi faktörlere önem verilmediğinden tedavi edici hizmetlerin niteliğinde de söze batar derecede bir iyileşme sağlanamadığı gibi, devlet girişimlerinin tamamen hastahaneçiliğe yönelmesi nedeniyle, koruyucu hekimliğin, dolayısı ile halk sağlığı hizmetlerinin ihmal edilmesi sonucu ortaya çıkmıştır(6).

1960'lara gelindiğinde kırsal bölgenin her gün artan sağlık istemini geçici önlemlerle karşılamak olanaksız hale gelmişti. Bu nedenle yönetimde bulunan Milli Birlik Komitesi sağlık hizmetlerine önemli bir yer vermiştir. Aynı şekilde, 1961 Anayasası da 48 ve 49. maddeleri ile sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini bir devlet görevi olarak kabul etmiştir.

Hazırlanan birinci beş yıllık kalkınma planında sağlık hizmetlerine önemli bir yer verilmiştir. Planda sağlık idaresinin temel ilkesinin halkın sağlık düzeyini yükseltmek olduğu ve bunun için de halk sağlığı hizmetlerine öncelik verilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bu amaca ulaşmak için, tedavi edici hizmetler koruyucu hizmetleri tamamlayan bir öge olarak ele alınmıştır. Az sayıda nüfusun yarar-

landığı ve pahalı bir hizmet olan hastahaneçilik yerine, evde ve ayakta tedaviyi sağlayan, küçük topluluklara kadar yayılan bir sağlık örgütünün kurulması öngörülmüştür.

Anayasanın 48. ve 49. maddeleri ve hazırlanan plan hedefleri yönünde, sağlık hizmetlerinin yeniden örgütlenmesi gereği ortaya çıkmıştır. Bu amaçla 5 Ocak 1961 tarihinde 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu kabul edilmiştir. Böylece 1963 yılından beri sosyalleştirme programı uygulanmakta ve yeni bir dönem başlamış bulunmaktadır (7).

Programın tüm ülkede yaygınlaştırılması gerçekleştirildiğinde, sağlık hizmetlerinin belirli bir sistemden yoksun olarak, değişik kurumlarca yürütülmesinin doğurduğu sakıncaların giderilmesi amaçlanmıştır. Böylece hizmetin verimliliği sağlanacak ve mevcut kaynakların tam değerlendirilmesi gerçekleşecek idi. Bu amaçla 1963 yılında Muş'ta başlayan sosyalleştirmenin 1977'de tüm ülkeye yayılması, 1982'de ise 5000 kişiye bir sağlık ocağı örgütlenmesinin tamamlanması planlanmıştır.

Sosyalleştirme özet olarak sağlık idaresi, tüm toplumun sağlık ve demografik hareketlerinin devamlı gözlenmesi ve değerlendirilmesi, koruyucu hekimlik, çevre sağlığı ve beslenme şartlarının düzeltilmesi ve geliştirilmesi, bulaşıcı hastalıkların yok edilmesi, halkın sağlık konusunda eğitilmesi, tedavi edici hizmetler, adli tabiplik hizmetleri, ana çocuk sağlığı ve nüfus planlaması gibi tüm çağdaş sağlık hizmetlerini içeren bir sistemdir. Amacı bu hizmetleri en uzak ve ufak birimlere kadar götürmek ve halkın sağlık düzeyini yükseltmek olduğu için örgütlenmede kırsal kesim esas olarak ele alınmıştır. Nüfusa göre hizmet dağılımı ilkesi kabul edilerek hizmetin tüm ülkeye yayılması amaçlanmıştır (11).

Sosyalleştirme örgütlenmesinin özellikleri şunlardır:

— Sağlık örgütlerinde temel ünite ilk basamak sağlık hizmeti veren sağlık ocaklarıdır. Sağlık ocağı bölgesinin nüfusu 5000-10000 kişi olacaktır. Bir ocakta bir hekim, bir sağlık memuru, bir hemşire, 2-4 köy ebesi ve tıbbi sekreter hizmet verecektir. Ocak hekim, hastaların tedavisi ve adli hekimlik hizmetlerini yürütmek, yardımcılarını ile birlikte kendi bölgesinde yaşayan halkın evde ve ayakta tedavisini takip, onları hastalıklardan korumak ve sosyoekonomik düzeylerini yükseltmek için isteklendirmek ile görevlidir.

— Ebeler hizmet ettikleri köyler ile ulaşımı yakın olan köylerde kurulan sağlık evlerinde oturacak, köyleri ve evleri gezerek hizmet vereceklerdir.

— Sağlık ocaklarının hasta tedavi hizmetleri devlet hastahaneleri tarafından desteklenir ve tamamlanır. Tedavi hekimliği yönünden ocak, hastahanelerin polikliniğini ve evde ayakta tedaviyi yürüten örgütleri olarak da düşünülecektir,

— Sağlık ocaklarının koruyucu hizmetleri sağlık müdürlüklerinin halk sağlığı örgütleri tarafından desteklenecek ve tamamlanacaktır,

— Sağlık örgütleri il içerisinde bir bütündür. Sağlık müdürü sağlık örgütünün amiridir.(5)

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun adı verilen yasanın teknik maddeleri hariç diğer maddeleri kısaca şöyledir;

**Madde 1 :** İnsan hakları beyannamesinde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın, sosyal adalete uygun şekilde, ifasını sağlamak amacıyla tababet ve tababetle ilgili hizmetler, bu kanun çerçevesinde hazırlanacak bir program dahilinde, sosyalleştirilecektir.

**Madde 2 :** Bu kanunda kullanılan terimlerin dealet ettiği manalar aşağıda gösterilmiştir.

**Sağlık :** Sağlık yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp, beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir.

**Sağlık Hizmetleri :** İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi melekeleri azalmış olanların ise alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetler sağlık hizmetleridir.

**Sosyalleştirme :** Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi, vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile amme sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat karşılığı, her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendine yapılan masrafın bir kısmına iştirak etmesi suretiyle eşit şekilde faydalanmalarınıdır.

**Sağlık Ocağı :** Takriben 5000-10000 kişilik köyler gurubu veya bir kasaba veya şehirdeki mahalle grupları bir sağlık ocağını teşkil ederler. Bunların il içerisinde idari taksimata uyması icabetmez.

**Madde 9 :** Sosyalleştirilmiş sağlık hizmet teşkilatı; sağlık evleri, sağlık ocakları, sağlık merkezi ile hastahaneleri, çeşitli koruyucu hekimlik teşekkülleri, sağlık hizmetleri hususiyet arzeden yerler için kurulmuş sağlık teşekkülleri, sağlık müdürlükleri, bölge hastahaneleri, bölge laboratuvarları, personel yetiştiren eğitim müesseseleri ile SSYB merkez teşkilatı ve diğer bakanlık ve kurumlarla işbirliği yapmak üzere kurulmuş olan, dairelerden teşekkül eder.

**Madde 12 :** Hastahaneler sağlık ocaklarından ve sağlık merkezlerinden veya diğer hastahanelerden gönderilen veya durumları acil müdahaleyi gerektiren veya 13. Madde hükümlerine göre müracaat eden (hasta sevki ile ilgili madde) hastaları ayakta veya yatarak tedavi etmek ve uhdelerine verilen korucuyu ve sosyal sağlık hizmetlerini yapmakla mükelleftirler. Hastahanelerdeki sağlık personeli, sağlık ocağı ve sağlık merkezi personelinin mesleki tekamülüne yarım eder.

**Madde 13 :** Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinden yararlanmak isteyenler acil vakalar hariç, evvela sağlık evlerine veya ocaklarına başvururlar. Köylük bölgelerde sağlık ocağı hekimleri tedavi edemedikleri vakaları, güç olması muhtemel doğumları sağlık merkezine, hastahaneye sevki gereken vakaları hastahaneye yollarlar. Sağlık ocaklarında hekim bulunmadığı hallerde yardımcı sağlık personeli hastaları, kendi yetenekleri dahilinde olan müdahaleleri müteakip, gerekirse sağlık merkezi veya hastahaneye sevk edebilir. Sağlık merkezinde tedavisi mümkün olmayan hastaları veya müteassıs müdahalesinin icabettiren doğumlar hastahaneler veya doğumevlerine sevk edilir.

**Madde 16 :** Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri gören teşekküller tarafından, ödenerek alınacak ilaç ve tedavi vasıtalarının listeleri her yılın ilk ayında S.S.Y.B. tarafından ilan edilir. Liste harici ilaç ve tedavi araçları bedeli hasta tarafından ödenmek suretiyle alınır.

**Madde 17 :** Bir bölgede sağlık hizmetlerinin iyi bir şekilde yürütülmesi için gereken tesisler, lojmanlar, malzemeler, araçlar ve personel temin edilmeden, o bölgede sosyalleştirme planı tatbik edilemez.

**Madde 20 :** Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi 1982 yılına kadar tüm memlekete teşmiş edilecektir.

**Madde 26 :** Sosyalleştirilmiş bölgede sağlık personeline mukavele ile verilecek ücret, bu meslek mensuplarının umumi serbest kazanç seviyeleri, hizmet süreleri ve ihtisasları, işgal ettikleri mevkiin önemi, yaptıkları vazifenin ağırlığı gözönüne alınarak S.S.Y.B. nin teklifi ve devlet personel dairesinin tesbiti ile Bakanlar Kurulunca tespit edilir.

Yasanın hazırlanması sırasında aşağıdaki politik kararlar ilke olarak kabul edilmişlerdir:

1) Sağlık hizmetlerinden herkes eşit şekilde yararlanacaktır.

2) Hastalar devlet bütçesinden ayrılan ödenek karşılığı sağlık hizmetinden ücretsiz veya kendine yapılan masrafın bir kısmına katılarak yararlanacaklardır.

3) Hastalar, ücretini ödemek koşuluyla, tedavi için istedikleri hekimi veya sağlık kurumunu seçmekte özgürdürler.

4) Hekimler kamu hizmetlerinde veya serbest olarak mesleklerini uygulamada özgürdürler. Ancak kamuda hizmet alan bir hekim, özel olarak hekimlik yapamaz.

5) Hekimler ve diğer sağlık personeli kamu kesiminde sözleşmeli olarak çalışacaklardır. Sözleşme süresi üç yıldır. Bu sürede hekim atandığı görevde çalışır. Sözleşmeli personelin emeklilik, kıdem ve terfi hakları saklıdır.

6) Sözleşme ile çalışan sağlık personeline ödenecek ücret, bu meslek mensuplarından serbest çalışanların kazançları düzeyinde olacaktır.

7) Köy ve kentlerde birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık ocakları kurulacak ve bu ocaklar hastahaneler ile işbirliği yaparak hasta tedavi hizmetlerini yürüteceklerdir.

8) Kamu sağlık kuruluşları tek elden idare edileceklerdir.

9) Sağlık teşkilatı il içinde bir bütündür. Sağlık müdürü valiye karşı sorumlu olarak Sağlık Bakanlığının saptadığı yasalara göre hizmeti yürütür.

10) Bir bölgede sağlık hizmetlerinin iyi bir şekilde yürütülebilmesi için gerekli tesisler temin edilmeden o bölgede sosyalleştirme planı tatbik edilemez.

11) Personel ve finansman sıkıntısı nedeniyle, yasanın tüm ülkede uygulanması, aşamalı olarak 15 yılda tamamlanacaktır.

12) Sağlık teşkilatı ile halk arasındaki ilişkilerin geliştirilmesi için teşkilatın her kademesinde halkında katılacağı kurullar kurulacaktır (2).

Bu uygulama ile odak noktasının sağlık ocaklarının oluşturduğu yeni bir hizmet modeliyle tedavi edici ve koruyucu hizmetlerin tek elden ve bir bütünlük içerisinde yürütülmesi ve tüm yurt düzeyine yayılması amaçlanmıştır.

1963 yılında Muş pilot bölgesinde uygulamaya konan bu yasanın öngördüğü sosyalleştirme hedeflerinin 15 yılda tüm ülkeyi kapsayacak şekilde gerçekleştirilebilmesi planlanmış olmasına rağmen, aradan geçen yıllar boyunca, sağlık örgütü sosyalleştirmenin amaçları doğrultusunda yeniden düzenlenmemiş ve yasanın öngördüğü hizmet anlayışı yerine getirilmemiştir.

Sosyalleştirme yasınının pilot bölge deneyinden sonra uygulamaya konduğu 1964 yılından 1969 yılına kadar geçen 5 yılda 24 il ve çevresinde altyapı

kuruluşları tamamlanırken, 1969-1975 yılları arasındaki 7 yılda sadece bir il yeniden sosyalleştirme kapsamına alınmıştır. Bu yasanın çıkmasını, uygulamasını ve örgütlerin kurulmasını gerçekleştiren ve uygulamanın ilk yıllarında S.S.Y.Bakanlığı müsteşarı olarak görev yapan Prof. Dr. Nusret Fişek döneminde çok verimli ve başarılı bir hizmet sunan bu örgütlenme, Prof. Fişek'in müsteşarlıktan ayrılmasından bir süre sonra, bir duraklama ve yozlaşma dönemine girmiştir. Bunun nedenleri arasında, görev yapacak personelin bu hizmete uygun şekilde eğitim ve öğretiminin sağlanmamış olması ve yönetim yeterliliği özel bir önem taşımaktadır (7).

Sosyalleştirme uygulaması ile gerçekleştirilen sağlık atılımı ve hizmetlerine kısaca göz atarsak:

1) Sosyalleştirme uygulamasının başlamasından önce 1962 yılı ile uygulamanın en verimli olduğu 1965 yılları arasındaki geçen üç yıllık sürede ülkenin en mahrum bölgelerinde sağlık personeli artış ortalaması % 324 tür.

Doktor Sayısı, 46'dan 187'ye (% 410),  
Diş Hekimi Sayısı, 1'den 7'ye (% 700),  
Hemşire Sayısı, 12'den 82'ye (% 685),  
Ebe Sayısı, 85'den 245'e (% 370) çıkmıştır. Ebe

artışındaki azlık o yıllarda ebe sayısının yetersiz olmasından kaynaklanmaktadır.

2) Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinden evvel sağlık ocağı olmadığı için hekim bulunmayan yerlerde kurulan sağlık ocaklarının bir çoğuna hekim, sağlık memuru ve diğer personel atanmış ve bu arada ilk defa köylere halk sağlığı hemşiresi gitmiştir.

3) Bölgede nüfus durumu, sağlık ocaklarınca ev halkı tespit fişlerine geçirilerek, tekrar tespit edilmiştir. Bu sonuçlardan aşılama programı, aşı temini gibi açılardan faydalanılmıştır.

4) Bölgelerde ana ve çocuk sağlığı faaliyetleri, 0-6 yaş grubu çocukların aşılama, gebelerin takibi ve doğumların mümkün olduğu kadar köy ebeleli eliyle yaptırılması ve doğumdan sonra takibi içermektedir. Ebeler anne eğitimi, doğum ve ölüm tespiti işleriyle görevlendirilmişlerdir.

5) Bölgelerde yoğun aşılama faaliyetlerine geçilmiş olup, ilk yılda 0-14 yaş gurubunun aşılama yapılması, diğer yıllarda ise yeni doğanların aşılama yapılmasına önem verilmiştir.

Tedavi hizmetlerinin halkın ayağına kadar götürülmesi ile köylü zaman kaybindan ve çeşitli zorluklardan kurtulmuştur. Hastahane yatakları gerekli olaylarda kullanıldığından bunlardan yararlanma imkanları çoğalmıştır.(12)

Özet olarak Neville Goodman'ın 23 Mayıs

1965'te yazdığı raporun sonucunu aktarırsak;

"Yeter sayıda personelin temin edilemediği Hakkari ili hariç, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi planı şimdiye kadar başarı ile yürütülmüştür. Hizmete karşı gösterilen ilgi gittikçe artmakta, hizmet siyasi çevrelerce kabul edilmekte, tıp mensuplarının tasvibi ile karşılanmakta, aksaklıklara rağmen yeterli olmaktadır ve fazla masraflı değildir. Hizmette kısıntı yapmak veya tamamen vazgeçmek trajik olacaktır." (13)

Sosyalleştirme yasının pilot bölge deneyinden sonra uygulamaya konduğu 1964 yılından 1969 yılına kadar geçen süre içinde 24 il ve çevresinde altyapı kuruluşları tamamlanırken, 1969-1975 yılları arasında geçen 7 yıllık dönemde sadece bir il yeniden sosyalleştirme kapsamına alınmıştır. Aradan geçen yıllar boyunca sağlık örgütü sosyalleşmenin amaçları doğrultusunda yeniden düzenlenmemiş ve yasanın öngördüğü hizmet anlayışı yerine getirilmemiştir. Üstelik sosyalleştirme yasının tam gün ilkesi uygulamadan kaldırılmış, sağlık hizmetlerinin entegrasyonu tasarısı bir kenara itilmiş, örgüt anlayışı değiştirilerek sadece sağlık evleri ve sağlık ocakları yapımına indirgenmiştir.

Bütün bu gelişmeler sırasında, aynı zamanda, diğer sağlık planları da yürürlükte kalmışlar ve kendi farklı örgütsel yapılarını (hükümet tabiliği, sağlık merkezleri gibi) devam ettirmişlerdir. S.S.Y.B. bünyesindeki yapılanma da aynı şekilde karmaşıklığını korumuş ve örnek olarak ana ve çocuk sağlığı gibi önemli bir konuda bile bakanlıkta farklı genel müdürlükler ve daireler birbirinden habersiz farklı uygulamalar yapmışlardır. Bütün bu karmaşa kırsal kesime götürülen hizmetlerin niteliğinde kaçınılmaz düşüşlere yol açmıştır.

1965 yılında kabul edilen Devlet Personel Kanunu ile hekimler ve diğer sağlık personelinin sözleşme ile çalıştırılması ilkesi yürürlükten kaldırılmış, bunun sonucunda, tam süre çalışma ilkesi uygulanamamıştır. 1965 ten sonraki hükümetler sağlık hizmetlerinde birinci basamağın önemini anlamamışlar ve sağlık ocakları, hastahane ve sağlık merkezleri niteliksiz hizmet veren kurumlar olarak kalmışlardır. Uzun yıllar sağlık ocaklarının çoğuna hekim atanmamıştır. Devlet hizmeti yükümlülüğü yasası bu açığı kapatmak üzere kabul edilmiştir. Bu yasa ile ocaklarda hekim açığı kapatılmış, ancak yasa gereği ilaç, araç - gereç, lojman, bina gibi gereksinimler ile ocak-hastahane işbirliği sağlanamadığından beklenen sonuç alınamamıştır.

Birinci beş yıllık kalkınma planında hemşire ve ebe sayılarının arttırılması planlanmıştı daha

sonraki yıllarda bu konuya gereken önem verilmemiştir (2).

Bu nedenlerden dolayı, ülkemizde sağlık personeli kırsal bölgelere gitmeyerek büyük kentlerde toplanmaktadır. Kırsal bölgelere giden hekimler ise pratisyen hekimliği çekici kılan önlemlerin olmayışı ve aşırı uzmanlaşma eğilimleri gibi nedenlerle faydalı olamamaktadırlar.

Ülkemizde, sağlık hizmetlerinin gelişmesinde ve başarısında kırsal alanlar ve özellikle geri kalmış bölgelere personel sağlanması en önemli sorunlardan biridir. Sağlık hizmetlerinin tek elden idare edilmemesi, etkin bir istihdam ve ücret politikası uygulanmaması, sağlık eğitimi ile istihdam arasındaki çelişki, sağlık hizmetlerinde başarısızlığa neden olmuştur. Kırsal kesim tarih boyunca her konuda olduğu gibi, sağlık konusunda da yeterli ilgi ve yardımdan yoksun kalmıştır. Toplumun çoğunluğunu oluşturan ve sağlık kuruluşları yönünden gereksinim içinde bulunan bu kesime gerekli ilgi gecikmeden gösterilmelidir. Ancak, sağlık alanında bugüne kadar olduğu gibi, sadece kırsal alana personel göndermeğe yönelik girişimlerde bulunmak sorunu çözmeyecektir. Kırsal alana personel göndermek, her şeyden önce bellibir sağlık sistemi ve politikasına yönelmekle mümkündür. Kaldı ki, kırsal alana personel gitmeyişi sadece istihdam ve ücret politikası ile açıklanamaz. Esas faktör bu bölgenin sosyo-ekonomik yönden geri kalmışlığıdır. Ancak uygun bir sağlık sistemi ve ücret politikasıyla bu dengesizlik kısmen giderilir.

Ülkemizde koruyucu hizmetlerle tedavi edici hizmetlerin ayrı ayrı ele alınması giderek, koruyucu hizmetler aleyhine bir sonuç doğurmuştur. Bunun sonucunda sürekli tedavi kurumları açılmış ve plan

hedefleri aşılmıştır. Bu durum iller arasındaki dengesizliğin giderek artmasına yol açmıştır.

Bugün yürürlükte, sağlık hizmetleri tarihimiz boyunca iyi niyetli ve bilimsel düşünelü kişilerin hazırlamış olduğu, üç plan olmasına rağmen kırsal kesime yeterli hizmet gittiği söylenemez.

#### KAYNAKLAR

1. Özdilek Şemsi "Cumhuriyetin kuruluşunun ilk yıllarında Sağlık Bakanlığının çalışmaları" Dirim Dergisi 61. cilt sayfa 86
2. Fişek Nusret "Türkiye Cumhuriyeti hükümetlerinde sağlık politikaları" Toplum ve Hekim dergisi aralık 1991 sayfa 2-4
3. Özdilek Şemsi "Cumhuriyetin kuruluşunun ilk yıllarında Sağlık Bakanlığının çalışmaları" Dirim Dergisi 61. cilt sayfa 86
4. Dirican Rahmi Toplum hekimliği dersleri Sayfa 310-317
5. Fişek Nusret Halk Sağlığına Giriş sayfa 155-166
6. Akdur Recep "Sağlık düzenimiz ve politikasındaki kargaşa" Toplum ve Hekim dergisi aralık 1978 sayfa 39-56
7. Dirican Rahmi Toplum hekimliği dersleri sayfa 310-317
8. Özdilek Şemsi "Koruyucu hekimlik" Dirim dergisi 61. cilt sayfa 165-166
9. Frer Refik "Genel sağlık sigortası çalışmalarının tarihçesi" ATOB bülteni 5. sayı 1975 sayfa 24-26
10. Dr. Behçet Uz'un Nihat İğriboz'a yazdığı mektup Dirican koleksiyonu 1970
11. Akdur Recep "Sosyalizasyon nedir, niçin başarısızdır." Ankara ve İzmir TOB bülteni 9. sayı sayfa 62-77
12. D.P.T. Sağlık politikası özel ihtisas komisyonu raporu "Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi"
13. Neville M. Goodman'ın Türkiyede sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi üzerine Sağlık Bakanlığı Müsteşarlığına yazmış olduğu rapor 23 Mayıs 1965
14. Özdilek Şemsi "Sağlık bakanlığının kuruluşu" Dirim dergisi 60. cilt sayfa 341-342