

Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde sağlık politikaları

Prof. Dr. H. Nusret FİŞEK*

Sağlık çok faktörlü bir sistem olduğundan kişilerin yaşamlarını sağlıklı olarak sürdürmelerini sağlamak için yapılacak hizmetler ve verilecek politik kararları çok yönlü olmak zorundadır. Yalnız hastaların tedavisi ve kişiye yönelik geliştirmeyi öngören programlar beklenen sonucu veremez. Sağlığa zarar vermeyen bir çevrenin oluşturulması ve korunması, dengeli beslenmenin, sağlığı destekleyen konut, çalışma ve dinlenme koşullarının sağlanması bir sağlık planı hazırlanırken gözönüne alınması gereken konulardır. Ülkemizde 1962 yılına kadar konu bu biçimde ele alınmıştır. 1962 yılından bu yana kabul edilen Beş Yıllık Kalkınma Planları sağlık ile ilgili politika kararları yönünden geniş kapsamlı yapıtlardır.

Ben bu yazıda Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinin sağlık hizmetlerini doğrudan etkileyen örgütlenme, sağlık insan gücü, yönetim ve işletme politikalarından sözedeceğim. Sağlık politikalarımızdaki değişme ve gelişmeler beş aşamada toplanabilir: 1) Refik Saydam ve ondan sonraki CHP Hükümetleri (1923-1945) dönemi, 2) Behçet Uz'un CHP Hükümetinde bakan iken önerdiği plan, 3) Demokrat Parti Dönemi (1950-1960), 4) Milli Birlik Komitesi Hükümeti (1960-1961), 5) 1962-1980 yıllarında uygulamalar, 6) MGK ve ANAP dönemi.

1 - Refik Saydam dönemi

Cumhuriyet'in kuruluş yıllarında sağlık alanında

Ülkemizde politikacılar ve hükümetler sağlık hizmetlerinin genel bütçeden finansmanını, Birinci Basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine öncelik verilmesini ve nitelikli sağlık yöneticileri kadrosu oluşturulmasını kabul etmeden ve inançla uygulamadan sağlık hizmetlerinde beklenen ve gereken gelişme sağlanamaz.

en büyük sorun bulaşıcı hastalık salgınlarının önlenemesi idi. Bu yıllarda harplerin sebep olduğu sosyo-ekonomik yıpranma -her sorun gibi- sağlık sorununun da çözümünü zorlaştırıyordu. Sağlık insan gücü yetersizliği de ayrı bir sorundu. 1927 yılında ülkemizde 1059 hekim, 139 hemşire ve 347 ebe vardı. Bu koşullar altında alınan ve başarı ile uygulanan politika kararları şöyle özetlenebilir.

a) 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 bölgelerde trahom savaş ve frengi savaş örgütleri kuruldu. Hükümet tabiplerinin temel görevi de tifüs, çiçek, tifo, dizanteri gibi hastalıklarla savaş idi. Bu hastalıkların yaptığı salgınlar Hükümet tabiplikleri tarafından önlenemediği takdirde Ankara'da Bakanlığa bağlı olarak kurulan ve hekimler

ile sağlık memurlarından oluşan ekipler, salgın çıkan bölgelere gönderilerek, bu bölgelerde yerel sağlık örgütü ile birlikte savaş hizmetlerini yürüttüler. Ayrıca Ankara'da Hıfzıssıhha enstitüsü kurularak bulaşıcı hastalıklar ile mücadele için laboratuvar hizmetleri aşı ve serum üretilmesi sağlandı. Bu yıllarda verem savaşı ve ana çocuk sağlığı hizmetlerine gereken önemin verildiği söylenemez. Heybeliada Sanatoryumu ile bazı illerdeki doğum ve çocuk bakım evleri gibi kuruluşlar bu dönemde yapılan işlerin bir örneğidir.

b) Hastane hizmetlerinin yürütülmesi yerel idarelere bırakılmıştır. Sağlık Bakanlığı -yol gösterme amacı ile- beş Numune hastanesi kurmuştur.

(*) Bu yazı, 1990 Nisan'ında yazılmış ve ilk kez TOPLUM ve HEKİM'de yayınlanmaktadır.

c) Bu dönemde birinci basamak sağlık hizmeti örgütlenmemiştir. Bu hizmet hekim muayenehanelerinde, hastane polikliniklerinde ve dispanserlerde sürdürülmüştür. Bir ülkenin sağlık düzeyini birinci basamak sağlık hizmetlerinin niteliği ve yeterliliği saptar. Bu nedenle bu dönemde sağlık alanında çok şey yapılmakla beraber herkes için sağlıklı yaşam amacına ulaşılamamıştır.

d) Hekim gereksinimlerini karşılamak için hükümet tıp öğrencilerinin yeme, içme, giyinme ve barınma gereksinimlerini sağlamak amacı ile tıp öğrenci yurtları kurmuştur. Öğrenciler bu yurtlara para ödememekte, mezun olduktan sonra dört yıl Sağlık Bakanlığı Teşkilatında zorunlu hizmet yapmakta idiler.

e) Hemşire, ebe gibi sağlık personeli yetiştirilmesi konusunda Sağlık Bakanlığı çaba harcamamıştır. Bu konuda Kızılay'ın hemşire okulu ve İstanbul Tıp Fakültesi'nin ebe okulundan başka eğitim kurumu yoktur. Milli Eğitim Bakanlığı Köy Enstitüleri programı içinde köy ebesi ve köy sağlık memuru yetiştirmiştir. Köy Enstitüleri kapatılınca bu kaynak da ortadan kalkmıştır.

f) Sağlık Bakanlığı koruyucu hekimlik hizmetlerini hekimler için çekici duruma getirmek için devletin memurlara verdiği maaştan çok yüksek bir ücret sistemi kabul etmiştir. Bir sıtma savaş hekiminin ücreti validen fazla, trahom savaş teşkilatı başkanının ücreti milletvekili maaşının 3 katı idi. Hükümetin hekimlere verdiği bu ayrıcalıklı statü, sağlık hizmetlerine verilen önemin kanıtıdır.

g) İl ve ilçelerde sağlık teşkilatı genel idarenin parçasıdır. Vali ve kaymakam sağlık personelinin amiridir.

h) Sağlık yönteminin çağdaş bir düzeye çıkarılmak için 1955 yılında Hıfzıssıhha Okulu kurulmuştur. Ancak bu okul hekimlere ve diğer sağlık personeline kısa süreli kurslar veren bir kurum olmaktan daha ileri gidememiştir.

2 - Behçet Uz Planı

1946 yılında Sağlık Bakanı olan Behçet Uz, yeni bir sağlık planı hazırlattı. Bu planın en önemli özelliği kırsal bölgede 20 köye birinci basamak koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti veren sağlık merkezlerinin kurulması idi. Bu örgütlenme modelini geliştirmede Dr. Cemal Or'un Etimesgut çevresindeki köylere sağlık hizmeti vermek için geliştirdiği kırsal bölge sağlık merkezinden esinlenilmiştir. Bu gerçekten başarılı bir uygulama idi. Atatürk bu sağlık merkezini gezmiş ve takdir duygularını ziyaretçiler defterine yazmıştır. Ne yazık ki bu planın uygulanması ilçe merkezlerine sağlık merkezi adı ile 10-25 yataklı tedavi kurumları kurarak sürdürülmüştür.

3 - Demokrat Parti Dönemi (1950 - 1960)

Demokrat Parti Hükümetleri zamanında sağlık politikasında önemli değişiklikler olmuştur.

a) Yerel İdarelere bağlı olan hastaneler Sağlık Bakanlığına devredilmiş ve hastanelerin genel bütçeden finansa edilmesi ilkesi kabul edilmiştir.

b) Genel Sağlık Sigortası kurulması için çalışmalar başlatılmıştır. Uzun çalışmalar sonunda bunun ülke düzeyinde uygulanmasının mümkün olmaya-çağına, ücret karşılığı çalışan işçiler için bir sağlık sigortası geliştirilebileceğine karar verilmiştir. Bu amaçla İşçi Sigorta Kurumuna işçilere sağlık sigortası hizmeti verilmesi görevi verilmiştir. Bu sigorta sisteminin kurulmasında Avrupa'daki sigorta örgütlerinin uygulamasından farklı olarak, sigorta kurumunun kendi sağlık örgütünü kurması esası kabul edilmiştir.

c) Bu dönemde uluslararası kuruluşlar ile ve özellikle Dünya Sağlık Teşkilatı ve UNICEF ile işbirliğine ve bu kurumlardan yardım sağlanmasına önem verilmiştir. Ana ve çocuk sağlığı, tüberküloz savaşı gibi koruyucu hekimlik hizmetlerinin geliştirilmesi için büyük ölçüde destek sağlanmıştır. Öncelikle ele alınan bir diğer hizmet de, hemşire ve ebe noksanını kapatacak önlemler alınmasıdır. Ancak bu anlamda önemli bir ilerleme yapılamamıştır. 1960 yılında hekim sayısı 9826'ya, hemşire ve yardımcı hemşire sayısı 2420'ye, ebe ve köy ebesi sayısı 3126'ya yükselebilmştir.

d) Sağlık Bakanlığı'na bu dönemde Türkiye'de sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için önemli önerilerde bulunmak üzere çağırdığı yabancı uzmanlar tarafından çeşitli öneriler yapılmıştır. Bunlar arasında en önemlisi Dr. Olle'nin raporudur. Bu raporlarda sözedilen birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine gereken önem verilmemiştir.

4 - Sağlık hizmetlerinde reform (1961)

Milli Birlik Komitesi -diğer bir çok konularda olduğu gibi- sağlık konusunda da bir devrim yapma kararında idi. Bu amaçla Sağlık Bakanlığı'nca hazırlanan yasa tasarıları komite tarafından 5 Ocak 1961 tarihinde kabul edilmiştir. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun adı verilen bu yasanın hazırlanmasında aşağıdaki politika kararları ilke olarak kabul edilmiştir.

a) Sağlık hizmetinden herkes eşit şekilde yararlanacaktır.

b) Hastalar devlet bütçesinden ayrılan ödenek karşılığı sağlık hizmetinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına iştirak ederek yararlanacaklardır.

c) Hastalar -ücretini ödeme koşulu ile- tedavi için istedikleri hekimi veya sağlık kurumunu seçmekte özgürdürler.

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

e) Hekimler ve diğer sağlık personeli kamu kesiminde sözleşmeli olarak çalışacaktır. Sözleşme süresi 3 yıldır. Bu sürede hekim atandığı görevde çalışır; sözleşmeli personelin emeklilik, kıdem ve terfi hakları saklıdır.

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

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

h) Kamu sağlık kuruluşları tek elden idare edilecektir.

i) Sağlık teşkilatı il içinde bir bütündür. Teşkilatın amiri sağlık müdürüdür. Sağlık müdürü valiye karşı sorumlu olarak Sağlık Bakanlığı'nın saptadığı yasalara göre hizmet yürütür.

j) Bir bölgede sağlık hizmetinin iyi bir şekilde yürütülmesi için gerekli tesisler lojmanlar, malzeme, araç ve personel temini edilmeden o bölgede sosyalleştirme planı tatbik edilemez.

k) Personel ve finansman sıkıntısı nedeni ile yasanın tüm ülkede uygulanması, aşamalı olarak 15 yılda tamamlanacaktır.

l) Sağlık teşkilatı ile halk arasındaki ilişkilerin geliştirilmesi için teşkilatın her kademesinde, halkın da katılacağı kurullar kurulacaktır.

5 - 1962 - 1980 Yıllarında Uygulamalar

a) 1962 yılında kabul edilen Birinci Beş Yıllık Plan'da sağlık alanında, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki yasanın ilkeleri esas kabul edilmiş ve 1963 yılında yasa Muş ilinde uygulanmaya başlamıştır. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planında da hemşire ve ebe eğitimi ve sayılarının artırılması planlanmıştır.

b) 1965 yılında TBMM'de kabul edilen Devlet Personel Kanunu ile hekimlerin ve diğer sağlık personelinin sözleşme ile çalıştırılması ilkesi yürürlükten kaldırılmıştır. Bunun sonucu olarak tüm süre çalışma ilkesi de uygulanamamıştır. Bu yasanın başarı ile uygulanamamasının ilk önemli nedenidir.

c) 1965'ten bu yıllara kadar hükümetler sağlık hizmetinde birinci basamağın önemini anlamamışlar ve sağlık ocakları, hastane ve sağlık merkezlerinin yanında niteliksiz hizmet veren kurumlar olarak kalmışlardır. Uzun yıllar ocakların çoğuna hekim atanmamıştır. Devlet hizmet yükümlülüğü yasası bu açığı kapatmak üzere kabul edilmiştir. Ocaklarda

hekim açığı kapatılmış, ancak yasa gereği ilaç, araç, gereç, lojman, bina gibi gereksinimler ile ocak-hastane işbirliği sağlanamadığından beklenen sonuç alınamamıştır.

e) Sağlık teşkilatının il içinde bir bütün olarak yönetileceği ilkesine önem verilmemiş, genel yönetim içinde görülmüştür. Sonunda da ilçelerde sağlık personeli kaymakamın emrine verilmiştir.

f) Hekim dışı sağlık personelinin yetiştirilmesine Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'ndan sonra gereken önem verilememiştir.

g) Halkın hizmete katkısını sağlama amacı ile öngörülen kurullar kurulamamıştır.

h) Güçlü bir sağlık yönetici kadrosu kurulamamıştır. Fakültelerden yeni mezun olmuş hekimler sağlık müdürü veya vekili olarak atanmışlardır.

k) Genel bütçeden sağlık alanına yeterli mali kaynak sağlanmasına öncelik verilmemiştir.

6 - Millî Güvenlik Konseyi ve ANAP dönemi

a) Ulusu hükümeti, programında genel sağlık sigortası kurulacağını kabul etmiştir. Prim toplamının olanaksızlığı nedeni ile bu politikadan vazgeçilmiştir. ANAP hükümeti de aynı politikayı benimsemiştir. Yedi yıldır uygulamaya geçemediğine göre yapılan kamuoyuna umut verme oyalamasıdır.

b) ANAP Başkanı sağlık hizmetlerinin hastalar tarafından satın alınan hizmet olması gereğini savunmuştur. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi yasasını yürürlükten kaldırmamakla beraber onun yerine geçecek olan sağlık hizmetleri temel yasasını kabul etmişlerdir. Bu yasaya göre sağlık teşkilatı kendi kendini finanse eden kuruluşlar olacaktır. Bu yasa da 4 yıldır uygulamaya konmamıştır.

c) Bu yasa da hekimlerin sözleşmeli olarak tam süre çalıştırılacakları öngörülmüştür. Bu hüküm de uygulamaya konmamıştır. Bu yasa da öngörülen sözleşme ile istihdam sağlık hizmetlerini sosyalleştirme yasasında öngörülen sistemdeki güvenceleri getiremediğinden hekimler tarafından geniş ölçüde kabul göreceği şüphelidir.

d) 1965-1980 arası sağlık idaresinde gözlenen eksiklikler süre gelmiştir.

Sonuç

Ülkemizde politikacılar ve hükümetler sağlık hizmetlerinin genel bütçeden finansmanını, birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine öncelik verilmesini ve nitelikli sağlık yöneticileri kadrosu oluşturulmasını kabul etmeden ve inançla uygulamadan sağlık hizmetlerinde beklenen ve gereken gelişme sağlanamaz.