

# SAĞLIK OCAKLARINDAN BEKLENEN SAĞLIK HİZMETLERİ VE BU HİZMETLERİN SUNUMUNU ETKİLEYEN ETMENLER

Dr. Kayıhan PALA\*

## I – GİRİŞ :

Türkiye'de Cumhuriyet'in kuruluşundan sonra sağlık alanında bir çok gelişmeler görülmüştür. Bununla birlikte 1960'lı yıllara gelindiğinde, toplumdaki sosyo-politik değişimle birlikte sağlık hizmetlerinin de yeniden gözden geçirilmesi gereksinimi doğmuştur. Bu bağlamda, sağlık hizmetlerinin bütün vatandaşlara eşit olarak sağlanamadığı ve özellikle köylere kadar götürülemediği, koruyucu hekimlik hizmetlerinin istenildiği biçimde yürütülemediği gözlenmiştir. Tüm bu olumsuzlukları aşmak amacıyla 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Yasa" çıkarılmıştır.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında çıkarılan yasanın amacı (1), Türk toprakları üzerinde yaşayan herkesin ruh ve beden sağlığını korumak, bütün çabalara karşın hasta olanlara ırk, cins, mezhep, sınıf ve yaş farklı gözetmeksizin eşit sağaltım olanakları sağlamak olarak tanımlanmıştır. Bu amacı gerçekleştirmek için ivedi olarak çözümlenmesi gereken sağlık sorunları aşağıdaki maddeler halinde sıralanmıştır:

1. Köylerdeki Sağlık Hizmetleri: Nüfusun yaklaşık yüzde 80'ini oluşturan köylü yurttaşların ayağına götürülen herhangi bir sağlık hizmeti hemen hemen yok gibidir.

2. Halk Sağlığı ve Koruyucu Hekimlik Hizmetleri: Yurdumuzun ekonomik olarak gelişmesinde ve sağlık hizmetlerinin maliyetinin düşürülmesinde çok önemli yeri olan koruyucu hekimlik hizmetleri doyurucu olmaktan uzaktır. Bunun nedeni halk sağlığı alanında uzman personel yetiştiren ve bilimsel çalışmalar yapan bir merkezin kurulmamış olması ve sağaltım alanında çalışan hekimlerle halk sağlığı

alanında çalışanların gelirlerinin birbirinden çok farklı olmasıdır.

En önemli halk sağlığı sorunları:

a - Verem: Mevcut olgu sayısının 250.000 dolaylarında olduğu öngörülmektedir.

b - Ana Çocuk Sağlığı: Ana ölüm oranı binde 5.2'dir. Gelişmiş ülkelerde bu oran onbinde 8'dir. Bebek ölüm oranı binde 165, gelişmiş ülkelerde aynı oran binde 20.

c - İstatistik Hizmetleri: Yeterince yetişmiş eleman olmadığından bu alanda doğru dürüst bir hizmet verilememektedir.

d - Çevre Sağlığı: Vektörlerle savaş, gıda denetimi, su, lağım, temizlik ve mesken işleri gibi çevre sağlığı sorunlarına eğilmek gerekmektedir.

e - Halk İçin Sağlık Eğitimi: Bu alandaki çalışmalar üniversiteler, Milli Eğitim Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, Tarım Bakanlığı, Çalışma Bakanlığı ve Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı'nın birlikte ve planlı hareket etmeleri ile başarılabilir, uzun zaman ve emek gerektirecektir.

f - Halkın Beslenmesi ve Nüfus Politikası: Nüfus artış hızı yüzde 3. Nüfusun fazla miktarda artışının önüne geçilmelidir. Günde insan başına tüketilen hayvansal protein miktarı en az 40 gram olması gerekirken ülkemizde 14 gramdır.

3. Laboratuvar Hizmetleri: Yetersizdir.

4. Hastane Hizmetleri: Yatak sayısı 50.000'dir. (On bin kişiye 19 yatak). Daha en azından 30.000 yatağa gereksinim vardır.

5. Büyük Kentlere Hasta Akını: Bu merkezlerdeki sağaltım olanakları diğer yerleşim birimlerinden daha iyi durumda olmakla birlikte, büyük mer-

kezlerde bakılması gereken hastaları seçerek oralara yönelen bir örgütün olmayışı, büyük kentlere hasta akınının en önemli nedenini oluşturmaktadır.

6. Personel Gereksinimi ve İstihdamı: Hekim sayısı 12.264 olup bunların 7000 kadarı üç büyük ilde çalışmaktadır. Sosyalleştirme yasası'nın en önemli işlevlerinden biri hekimlerin büyük kentlerde toplanmalarını önleyecek bir sistemin kurulmasını sağlamak olacaktır. Toplam nüfusa oranlandığı zaman yaklaşık 2000 kişiye bir hekim düştüğü halde, bölgeler arasında bu oran önemli farklılıklar göstermektedir.

Hemşire sayısı	: 1830
Ebe sayısı	: 2079
Köy ebesi sayısı	: 3123
Hemşire yardımcısı sayısı	: 1242
Sağlık memuru sayısı	: 4680

7. Bakanlık Örgütü: Bakanlık yasası 1936'da yayınlanmış, bir çok gereksinime yanıt veremez durumdur.

8. İlaç Sorunu: İlaç fiyatları ucuzdur. Ancak ulusal gelir düşük olduğundan ilaçlar halka pahalı gelmektedir.

9. Sosyal Hizmetler: Mevcut durumda 75 bakım ve yetiştirme yurdunda 10.000 çocuk bakılmaktadır. Bu rakamın oldukça yetersiz bir rakam olduğu bilinmektedir.

## II — SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI :

224 sayılı yasanın yürürlüğe konduğu günlerden bu yana neler yaşandığına geçmeden önce sağlık hizmetlerinin tanımının yapılması ve bu tanıma uyan hizmetlerin ne ölçüde verilebildiğinin irdelenmesi gerekmektedir.

Sağlık hizmetleri (health services) Dünya Sağlık Örgütü'nün bir yayınında (2) "belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık personelinin yararlanılarak, toplumun gereksinim ve istemlerine göre değişen amaçları gerçekleştiren ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını, her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle ülke çapında ele alan kalıcı bir sistem" olarak tanımlanmaktadır.

Prof. Dr. Nusret H. FİŞEK sağlık hizmetlerini "genel olarak sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmalar" biçiminde tanımlamış (3) ve bu hizmetleri eğitim ve öğretim amacıyla aşağıdaki biçimde; koruyucu hekimlik hizmetleri, tedavi hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri olarak üç gruba ayırmıştır.

### 1. Koruyucu Hekimlik Hizmetleri:

Bu hizmetler çevreye ve kişiye yönelik olarak iki bölümde incelenebilir.

**a - Çevreye Yönelik Hizmetler :** Amacı, çevrede sağlığı olumsuz yönde etkileyen fiziksel, biyolojik, kimyasal, sosyal, ekonomik vb. gibi etmenleri yok ederek ya da bu etmenlerin kişileri olumsuz şekilde etkilemesini önleyerek çevreyi olumlu duruma getirmeye yönelik hizmetlerdir. Sanitasyon ve hijyen terimleri de buna benzer bir anlamda ama daha dar kapsamda kullanılmaktadır. Bu tür sağlık hizmetleri bu konularda özel eğitim görmüş mühendis, kimyager, veteriner, teknisyen vb. meslek sahipleri tarafından yürütülür.

**b - Kişiyeye Yönelik Hizmetler:** Bu hizmetler hekim, hemşire, sağlık memuru, ebe, vb. gibi sağlık personelinin yürüttüğü hizmetler olup şu şekilde gruplandırılabilir:

1. Sağlık eğitimi,
2. Beslenmeyi düzenleme,
3. Bağışıklama,
4. Hastalıkların erken tanı ve tedavisi,
5. İlaçla koruma,
6. Kişisel hijyen,
7. Aile planlaması.

### 2. Tedavi Hizmetleri:

Toplum hekimliği açısından tedavi hizmetleri şu dört basamağa ayrılabilir:

**a - Kendi Kendine Bakım (Self Care):** Hastanın, kendisi ya da yakınları tarafından, ev ilaçları ya da eczaneden alınan ilaçlarla tedavisidir.

**b - Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri (Primary Medical Care):** Hastanın, ilk başvurduğu hekim ya da diğer sağlık personeli tarafından evde ve ayakta muayene ve tedavisidir.

**c - İkinci Basamak Tedavi Hizmeti (Secondary Medical Care):** Hastanın, yataklı bir sağlık kuruluşunda uzmanlar tarafından muayene ve tedavi edilmesidir.

**d - Üçüncü Basamak Tedavi Hizmeti (Tertiary Medical Care):** Hastanın, en üst düzeyde tıp teknolojisi uygulanan yataklı bir tedavi merkezinde tedavisidir.

### 3. Rehabilitasyon Hizmetleri :

Sakat ve çalışma gücünü yitiren kişilere, işgücü ve çalışma olanağı sağlamak için, hekim ve diğer sağlık personeli tarafından yapılan tıbbi rehabilitasyonla; sosyal çalışanlar tarafından iş bulma, işe uyum sağlama gibi hususlarda yapılan sosyal rehabilitas-

yon hizmetlerinin tümünü kapsayan hizmetler yumağıdır.

### III — SAĞLIK OCAKLARINDAN BEKLENEN HİZMETLER :

Sağlık Bakanlığı, sağlık ocaklarından beklenen hizmetlere koşut olarak "Sağlık Ocağı Hekiminin Görev Analizi" adı altında 1988 yılında yayınladığı bir çalışmada sağlık ocağı hekiminin görevlerini, aşağıdaki gibi belirlemiştir (4).

#### SAĞLIK OCAĞI HEKİMİNİN GÖREVLERİ

1. Yönetim hizmetlerini yürütmek,
2. Hizmet götürülecek bölge ve toplumu tanımak,
3. Plan ve program yapmak,
4. 15-49 yaş evli kadınları izlemek,
5. Doğum öncesi bakım ve izlem yapmak,
6. Doğum yaptırmak, bakım ve izlem yapmak,
7. Doğum sonrası bakım ve izlem yapmak,
8. Sık görülen kadın hastalıklarının kontrol ve izlemine yapmak,
9. Aile planlaması hizmetlerini yürütmek,
10. Evlilik öncesi ve evlilikte danışmanlık hizmetlerini yürütmek,
11. Yeni doğan ve bebeklik dönemi bakım ve izlemleri yapmak,
12. 1-6 yaş çocuk izlem ve bakım çalışmalarını yürütmek,
13. Prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerin izlemine yapmak,
14. Önemli çocuk hastalıklarının izlemine ve sağaltımını yürütmek,
15. Okul sağlığı hizmetlerini yürütmek,
16. Çevre sağlığı ve çevre denetimi hizmetlerini yürütmek,
17. Bulaşıcı hastalıklarla savaş hizmetlerini yürütmek,
17. İshalli hastalıkların kontrolünü yürütmek,
18. Sosyal hastalıklarla savaş hizmetlerini yürütmek,
19. Bağışıklama hizmetlerini yürütmek,
20. Laboratuvar hizmetlerini yürütmek,
21. İlk yardım ve acil girişim hizmetlerini yürütmek,
22. Küçük cerrahi girişim, pansuman, enjeksiyon yapmak,
23. Süreğen hastalık gruplarının izlemine yapmak,
24. Ruh sağlığı ve geriatri hizmetlerini yürütmek,
25. Adli tabiplik ve bilirkişilik hizmetlerini yürütmek,

26. Kayıtları tutmak, istatistiksel değerlendirmeler yapmak,
27. Sağlık eğitimi yapmak,
28. Toplum kalkınması hizmetlerinde önderlik ve işbirliği yapmak.

### IV — SOSYALLEŞTİRİLMİŞ SAĞLIK HİZMETLERİNDEKİ GELİŞMELER :

Sosyalleştirmenin gündeme geldiği 1963 yılından bu yana ülkemizde sağlık hizmetlerinin sunumunda neler yaşandığını ortaya çıkarmaya çalışalım.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesini öngören 224 Sayılı Yasa'nın 22. maddesi gereğince her yıl toplanması gereken sosyalleştirme genel kurulları, ne yazık ki günümüze değin yalnızca iki kez (ilki 1969, ikincisi 1978 yıllarında olmak üzere) toplanabilmiştir. Bu nedenle sosyalleştirme sürecine ilişkin bilgilerimiz bu iki genel kurul raporları ile kısıtlı kalmaktadır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı 1990 yılında İngiliz Price Waterhouse firmasına "Türkiye İçin Sağlık Sektöründe Master Plan Etüdü" adı altında bir çalışma yaptırmıştır. Bu çalışmada sosyalleştirme sürecine pek değinilmemiş, daha çok genel sağlık sigortası ve ülkemiz için sağlık alanında düşünülen yeni modellerle ilgili sunumlara yer verilmiştir.

"Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Uygulaması Birinci Genel Kurul Raporu"ndan (5) yola çıkarak, sosyalleştirmenin ilk beş yılını değerlendirmeye çalışalım:

1. Sağlık hizmetlerinin yerinde ve yeterli olarak çözülebilmesinde birinci etmen olan sağlık çalışanı sayısı 1968 yılı verilerine göre sosyalleştirilmiş 22 il ve üç eğitim bölgesinde şöyle idi:

	Sosyalleştirmeden Önce	Sosyalleştirmeden Sonra
Uzman Hekim	168	267
Pratisyen Hekim	224	460
Diş Hekimi	17	34
Eczacı	—	11
Sağlık Memuru	579	1430
Hemşire ve Hemşire Yardımcısı	408	1005
Ebe	642	1991

Ortalama olarak

Sosyalleştirmeden Önce Bir Çalışana Düşen Nüfus		Sosyalleştirmeden Sonra Bir Çalışana Düşen Nüfus
19.700	Hekim	10.000
14.500	Sağlık Memuru	5.100
19.000	Hemşire ve Hemşire Yard.	7.300
12.000	Ebe	3.600

Genel olarak sosyalleştirme bölgesindeki kadroların 1968 yılındaki doluluk (mevcut) oranı şöyle idi:

Uzman Hekim	%30
Pratisyen Hekim	%43
Diş Hekimi	%86
Eczacı	%23
Sağlık Memuru	%75
Hemşire	%26
Hemşire Yardımcısı	%73
Ebe	%77

2. Malzeme ve İlaç: Sağlık ocağı ve sağlık evlerinin standart demirbaş-döşeme-mefruşat, tıbbi-sihhi malzeme ve ilaçları merkezden temin edilerek gönderilmekte, bu malzemelerin gereksinimi karşılaması durumunda bu gereksinimler merkezden gönderilen ödeneklerle mahalli olarak karşılanmaktadır. Sağlık ocaklarından ücretsiz olarak ilk ve acil yardımlarda, bulaşıcı hastalıklarda, sosyal hastalıklarda ilaç, aşı, diğer biyolojik maddelerle, süt tozu ve gıda maddeleri verilmekte idi. Para ile ve reçete karşılığı verilmesi gerekli olan ilaçların mahalli döner sermaye ile sağlık ocaklarında açılmış bulunan ecza dolaplarından karşılanması öneriliyordu.

3. Ücret : İstihdam olunan sağlık ve yardımcı sağlık personelinin kadro karşılığı maaşları, yüzde 35 zamları ve yüzde 10-15 avanslar ilgili yasaları gereğince müktesep hak (kazanılmış hak) olarak hiçbir hizmet yeri ayrımı gözetilmeksizin ödenmekte idi. Buna ek olarak 224 sayılı yasanın 26. maddesi gereğince sözleşme karşılığı Bakanlar Kurulu'nca belirlenen ücretler fiilen görülen hizmet karşılığı ödenmekte, kazanılmış hak oluşturmamakta idi.

4. Motorlu Araç: Motorlu araç adedi mevcut kadronun yüzde 67'si kadardı.

5. Alt Yapı Hizmetleri: İl ve ilçe merkezlerinde bulunan 224 sağlık ocağı dışında kalan 577 köy sağlık ocağına yüzde 60 yol, yüzde 39 su, yüzde 9 elektrik, yüzde 45 telefon sağlanmıştır. Sağlık ocaklarının bulunduğu yerleşim yerlerinin yüzde 98'inde en azından bir ilkokul vardı.

6. Sağlık ve Sosyal Hizmetler: Sağlık ocağı çalışanları, ocak hekiminin başkanlığında,

- a - Ana çocuk sağlığı hizmetleri,
- b - Sıtma eradikasyonu hizmetleri,
- c - Verem savaşı hizmetleri,
- d - Frengi ve lepra savaşı hizmetleri,
- e - Trahom savaşı hizmetleri,
- f - Aile planlaması hizmetleri,
- g - Çevre sağlığı ve denetimi hizmetleri,
- h - Sağlık eğitimi hizmetleri,
- ı - Sistemik aşı uygulaması hizmetleri,

- k - Diğer bulaşıcı hastalıklarla savaş,
- l - Hasta bakımı hizmetleri,
- m - İlk ve acil yardım hizmetleri,
- n - İstatistik işleri,
- o - Okul sağlığı hizmetleri,
- p - Laboratuvar hizmetleri,
- r - Numune alıp gönderme, preparat, serum ve diğer materyalin sevk işleri,
- s - Parasız ilaçların dağıtım işleri, ücretli satılacak ilaç işleri,
- t - Hizmetiçi eğitim ve yazı işleri,
- u - Sağlık ocaklarına bağlı sağlık evlerinin belirlenmesi, malzemenin kullanımı ve korunması işleri,
- v - Ayniyat işleri,
- y - Sosyal yardım hizmetleri,
- z - Toplum kalkınması çalışmalarına yardım hizmetlerini yürütmektedirler.

Sosyalleştirme uygulamasının başlanmasına karar verilen bir ilde ilk yıl inşaat, ikinci yıl malzeme ve personel sağlanması ile personelin ve vatandaşların hizmetlere adaptasyonu temin olunmakta üçüncü yıldan itibaren faaliyete başlanılmaktadır. Bu bakımdan sosyalleştirme çalışmalarının başlangıç yılı olarak 1967 yılının alınmasının doğru olacağı vurgulanmaktadır.

#### 1. Çalışmalar:

##### a - Aşı Uygulamaları:

Sistemik olarak aşı takvimi uygulanmaktadır. Sosyalleştirmenin götürüldüğü 17 il yurdumuzun en yoksun bölgelerini kapsamına rağmen diğer 50 ilde göre beş kat daha fazla oranda aşı uygulanmıştır.

##### b - Hastalık Bildirimleri:

Nüfusa oranla bildirimler sosyalleştirilmiş 17 ilde beş kat daha fazla olmuştur.

##### c - Sağlık Ocakları Poliklinik Hizmetleri:

1.121.053 kişi bakılmıştır. Sosyalleştirmeden önce yapılan poliklinik hizmetlerine ilişkin veri olmadığından karşılaştırma olanağı bulunamamıştır.

##### d - Muhtarlık ve Ev Ziyaretleri İle Halkın Sağlık Yönünden Eğitimi Çalışmaları:

Eldeki verilere göre 1968 yılına kadar sosyalleştirilen her ilde muhtarlıklar ve evler en az iki kez ziyaret edilmiş, çeşitli topluluklara (öğrenciler, anneler vb.) en az üç kez sağlık eğitimi yapılmıştır.

##### e - Ebelik hizmetleri:

17 ilde belirlenen gebe sayısı 200.120 olup sağlık personeli yardımı ile yapılan doğumlar 47.275 ve belirlenebilen ancak kendi kendine olan doğumlar 74.393'tür.

##### f - Evlerde yapılan poliklinik sayısı: 17 ilde 69.773 kişi.

g - Sağlık Ocağında Yapılan Laboratuvar Hizmetleri Sayısı:

17 ilde 20.962.

h - Sağlık Ocağında Yapılan Enjeksiyon Sayısı: 17 ilde 1.674.079.

ı - Sağlık Ocağında Yapılan Küçük Cerrahi Girişim Sayısı:

17 ilde 31.321.

j - Sağlık Ocağında Yapılan Pansuman Sayısı: 17 ilde 482.187.

k - Adli Muayene Raporları ile Otopsi Sayıları: 17 ilde 36.764 adli rapor yazılmış ve 2032

otopsi yapılmıştır.

l - Çevre Sağlığı Hizmetleri:

17 ilde çeşitli hizmetlerde yapılan toplam denetim sayısı 687.680.

m - Sosyal Hastalıklar:

Bölgede bu nitelikteki hastalıklar ciddi bir şekilde taranmış ve sosyalleştirme öncesi (1962 yılı) kayıtları ile 1967 yıl sonu durumu aşağıda özetlenmiştir:

	1962	1967
Frengi	6.319	3.127
Lepra	701	2.079
T.B.C.	5.993	7.361
Trahom	78.706	563.297
Sıtma	1.831	3.735

Sahaya yayılmakla ve sahayı tanımakla gerek poliklinik çalışmaları ve gerekse taramalar sırasında sosyal hastalıklardan frengi dışında diğerlerinden bilinmeyen olgular bulunup tedavi altına alınmışlardır.

n - Dispanserler, Poliklinik Çalışmaları:

1966 yılında sosyalleştirmenin ulaştığı 17 ilde verem savaşı, trahom, lepra ve frengi dispanserlerinin toplam poliklinik sayısı 1.236.482'dir.

o - Tedavi Kurumları Çalışmaları: 17 ilde

	1962	1967
Poliklinik	462.096	493.790
Klinik	75.863	83.599
Lab. Muayenesi	44.850	134.293
Büyük ameliyat sayısı	10.262	15.477
Röntgen çekim sayısı	29.553	60.052

Sosyalleştirilmiş bölgelerde sağlık hizmetleri dışında toplum kalkınmasına katkıda bulunmak amacıyla okuma, yazma, biçki, dikiş, beslenme, normal giyim kuşam gibi konularda köylerde sağlık çalışanları ve sağlık çalışanlarının eşleri tarafından programlı çalışmalarla iyi sonuçlar elde edilmektedir.

2. Eğitim :

Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinde hizmet en

alt kademededen en üst kademeye kadar (köy ebesinden sağlık müdürüne kadar) bölümsüzdür. Hizmetler ekip çalışmaları biçiminde yürütülür. Aynı zamanda sosyalleştirme, hizmetlerin yürütülmesinin önemi nedeniyle gerekli bir eğitim ve öğretim kurumu niteliğindedir. Sürekli hizmetiçi ve işbaşında eğitim ve öğretimden ayrı olarak belirli zamanlarda:

a - Hizmet binası, malzeme, personel (eğitim ve öğretim üyesi) olanağı olan illerde sosyalleştirme hizmetlerine adaptasyon kursları açılmak yoluyla topluca personel eğitilmiştir.

b - Adaptasyon kursları dışında olanakları daha elverişli büyük merkezlerde özel dallarda hizmetleri organize ve realize edebilecek mesleki kurslarla eleman yetiştirilmesi yoluna gidilmiştir.

Yukarıda sözü edilen mezuniyet sonrası eğitim ve öğretimden başka öğrenim döneminde:

i - Her yıl başvuran tıp fakültesi öğrencileri yevmiyeli olarak 1.5 aylık sürelerle sahaya (sağlık ocaklarına) gönderilmekte ve bu hizmetin kendilerine tanıtılmasına çalışılmaktadır.

ii - Tıp fakültesi öğrencilerine öğrenim sürelerinde yeni hizmete göre yetişmeleri için Ankara Etimesgut ve Abidinpaşa ile İzmir Selçuk-Torbalı ve Erzurum'da Hasankale bölgelerinde sosyalleştirme uygulaması için eğitim ve araştırma bölgeleri açılmış olup buralarda öğrenciler sosyalleştirme hizmetlerine göre yetiştirilmektedirler.

Yukarıda ana hatlarıyla sunulan sosyalleştirme sürecine ilişkin ilk beş yıllık verileri içeren Birinci Genel Kurul Raporu'ndan tam dokuz yıl sonra toplanan İkinci Genel Kurul'da oluşturulan rapor (6) ne yazık ki, ilki kadar ayrıntılı olmamış "sosyalleştirme yasasının getirdiği belli başlı ilkeleri ve özet olarak bu ilkelerin gerçekleşmesini engelleyen nedenleri kısaca hatırlatan" bir rapor niteliğine bürünmüştür.

Buna göre sosyalleştirme yasasının getirdiği belli başlı ilkelere göz atılırsa:

1. Herkese eşit hizmet sunulması ilkesi yalnızca sistemin gerektirdiği hizmetin verilebildiği yerlerde hedefine ulaşmış, fakat gerekli nitelikte hizmetin yayılamaması, ilkenin genelleşmesini engellemiştir. Değil tüm ülkede, sosyalleştirmenin uygulama alanına giren illerde bile hizmetin yeterliliğini sağlayacak sağlık çalışanı bulunmamaktadır.

2. Kamu sektöründe çalışan hekim ve diş hekimlerinin serbest meslek uygulamaması ve bir başka mesleki gelir elde edici çalışma yapmaması ilkesi pilot bölge döneminde sistemin uygulandığı sınırlı alanda gerçekleşmiştir.



3. Halkın hizmetten bazı istisnalar dışında parasız olarak yararlanması ilkesi ilaç dışında gerçekleştirilmiş ve herkese ücretini ödemek kaydı ile hekim seçme hakkı verilmiştir.

4. Sağlık personelinin nesnel ve adil bir sistemle atanması ve yer değiştirmesi ilkesi gerçekleşmemiştir. Bu durum iki nedene bağlıdır. Birincisi, Sağlık Bakanlığı'nın bu ilkeyi gerçekleştirebilecek bir atama ve yer değiştirme mevzuatına sahip olmayışı ve böyle bir mevzuatı hazırlamak için o güne değin herhangi bir girişimde bulunmayışıdır. İkincisi, böyle bir uygulamanın ancak yurt ölçüsünde yayılmış bir uygulama alanı içinde gerçekleşme şansının bulunduğu inancının benimsenmesidir. O günlerde sosyalleştirme alanı içinde yalnızca sağlık ocakları bulunmaktadır. Bu ocaklar da çoğunlukla yoksulluğun bulunduğu yörelerde yoğunlaşmıştır. Adil atama yapabilmek için personelin istek duyacağı kesimlerin de uygulama alanı içinde bulunması gerektiği savunulmuştur.

5. Kamu sektöründeki sağlık personeli kadrosunun Sağlık Bakanlığı'na denetlenmesi ilkesi Sağlık Bakanlığı dışındaki personelin başka bakanlıklara bağlı olmaları nedeniyle gerçekleştirilmemiştir.

6. Koruyucu hekimlik ve tedavi hizmetlerinin entegre edilmesi ilkesinin gerçekleşmesine doğrudan doğruya Sağlık Bakanlığı'nın yapısı engel olmuştur. Hizmeti tüm yönleriyle yürütülebilecek niteliğe sahip sosyalleştirme uygulaması Bakanlığın yalnızca bir bölümünde toplanmış ve diğer hizmet türlerini yürüten bölümlerle eşit yetkiye sahip olmuştur. Bu nedenle her bölüm kendi yetkili olduğu alanlarda çalışmış ve bazen aynı hizmete gereksiz olarak hepsi birden uzanmış, bazı hizmetlere ise hiçbiri ulaşamamıştır.

7. Hastaneler ile ilk basamak sağlık bakımı örgütleri arasında ilişki kurulması ilkesi de Sağlık Bakanlığı'nın yapısı nedeniyle engellenmiştir. Çünkü hastanelerin sosyalleştirme dairesine değil, tedavi kurumlarına bağlı olması gibi bir tutum sürdürülmüştür.

8. Kırsal alanda çalışan personele lojman sağlanması ilkesi hizmetin ulaşabildiği yerlerde yerine getirilmiştir.

9. Halk ile yönetimin bütünleşmesi ilkesi sistemin bütün olanaklarıyla çalışır durumda olmasına ve iyi bir halk eğitimi uygulamasının sağlanmasına bağlıdır. Çalışabilir durumdaki ocaklardan bir bölümünde sağlık çalışanlarının çabaları ve halka yakınlaşmaları ile sağlanabilmiş ise de genelleşmiş ve benimsenmiş değildir.

10. Çevre sağlığı hizmetlerinin düzeltilmesi belediyelerin güçlenmesine bağlı kalmış, sosyalleştirmenin var olduğu sürede belediyelerin parasal yönden güçlenememesi beklenen sonucu vermemiştir.

11. Sağlık örgütünün genel yönetimden bağımsız hale getirilmesi ilkesi, yasada illerin yönetimine ilişkin yasal dayanaklardan ayrı kalınacağına dair kesin hükümler bulunmaması, devlet bütçesine bağlı parasal dayanakların Maliye Bakanlığı taktirinde olması ve devlet bütçesinden ayrılan tahsisatın harcanmasında eski mevzuata bağlı kalınmış olması nedenleriyle geçersiz hale gelmiştir.

12. Finansmanın toplanan primler ve genel bütçe katkısıyla sağlanması da gerçekleştirilmemiş olan çok önemli bir ilkedir. Bu ilkeyi gerçekleştirecek bir formül o güne kadar (1978) aranmamış, bazı finansman formülleri ayrı sistemler için düşünülmüş, yasalaştırılmak istenmiştir. 15 yıl içinde tüm nüfusumuza yayılmak üzere planlanarak çalışmalarına başlanan sosyalleştirme sisteminin 15 yıl tamamlanmış olduğu halde nüfusumuzun yarısını bile içine alabilecek ölçüde yayılamamış olmasının en önemli nedeninin bu finansman sorunu olduğu vurgulanmaktadır.

Burada çarpıcı bir örnek vererek yatırımların nasıl ve kimler tarafından nerelere yöneltildiği sorusunu gündeme getirmenin gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı'na 1980 mali bütçesi ile tahsis edilen yapım, tesis ve büyük onarım giderleri harcama kaleminden 131.250.000.TL'nin Kullanımı (7)

Ödenek Gönderilen İller	Ödenek tutarı
Kastamonu .....	68.448.000.TL.
İstanbul .....	18.000.000.TL.
Ankara .....	8.500.000.TL.
Gaziantep .....	2.900.000.TL.
Elazığ .....	2.000.000.TL.
İzmir .....	Ödenek verilmemiştir.
Kars .....	" "
Antalya .....	" "
Erzincan .....	" "

Yukarıda da görüldüğü gibi ödenek gönderilen dört büyük ilin toplamının iki katından fazlası Kastamonu iline gönderilmiştir. Bunun nedeni acaba o günlerin Sağlık Sosyal Yardım Bakanı Münif İSLAMOĞLU'nun Kastamonu milletvekili olması mıdır?.

"Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Yasa'nın amacı ve işleyişi daha çok ülkemizin kırsal kesimine sağlık hizmetinin götürülmesini sağlamaktır. Yasada ayrıca kentsel alan ayırımı yapıl-

mamış hatta daha o günlerde bile değerli hocamız Prof. Dr. Nusret H. FİŞEK, yasanın kentsel alan için yeterli olamayabileceğini, ancak öncelikli sorunun kırsal alana sağlık hizmeti götürmek olduğunu vurgulamıştır.(8)

Bu yasanın genel olarak ele alındığında, özellikle ilk 15 yılında, önceden öngörülen hedeflerine varamamış olmasına karşın kırsal alanda oldukça başarılı olduğu söylenebilir. Nüfusunun yaklaşık yüzde 70'i kırsal alanda yaşayan ve herhangi bir sağlık hizmetinden yoksun bulunan ülkemiz insanının bir çok yerde yaşadığı topluma, geri kalanına ise ulaşabileceği en yakın yere sağlık hizmeti götürülmüş, insanca yaşamının en temel kurallarından biri olan "sağlıklı yaşamak" hakkı onlara sunulmuştur. Ancak daha sonraki dönemlerde yaşanan başta yönetsel olmak üzere finansal ve kurumlararası uyumsuzluk sorunları gibi durumlar 224 sayılı yasanın başarısına gölge düşürmeye başlamıştır.

Aradan geçen yıllar boyunca çeşitli nedenlere bağlı olarak giderek artan kentsel alandaki sağlık sorunlarının çözümüne yönelik anlamlı bir girişimde bulunulmamış, 1946'lardan bu yana telaffuz edilmeye çalışılan Genel Sağlık Sigortası vb. konularda kabaca ve yüzeysel konuşmalarla yetinilerek, özellikle yaşadığımız son birkaç yıl içinde, sorunun temel noktasının Genel Sağlık Sigortası ve Aile Hekimliği konularında odaklanmasına çalışılmıştır.

Bugün kentsel alanda sağlık ocaklarında hizmetler istenilen gibi yürümekte, hatta hiçbir şekilde savunulamayacak birçok olumsuzluk "eh ne yapalım olanaklarımız bu kadar" anlayışıyla örtbas edilmeye çalışılmaktadır. Örneğin kadro sayısının çok

üzerinde hekim mevcudu olan kimi sağlık ocaklarında hekimler ocağa nöbetleşe gelmekte, hekimlerin en azından bu davranışı nedeniyle de hekim dışı sağlık personeli de üstüne düşen görevi yapmaktan kaçınmakta, sağlık ocakları gitgide asıl çalışma alanları başka işler olan insanların zaman zaman uğrayıp bir kaç iş yaptığı ya da yapar görüldüğü, sağlıklı yüzeysel bir şekilde ilgisi olan devlet kurumları biçimine dönüşmektedirler.

#### KAYNAKLAR

1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SOSYALLEŞTİRİLMESİ VE UYGULAMA PLANI ÜZERİNDE ÇALIŞMALAR, Prof. Dr. Ragıp ÜNER, Doç. Dr. Nusret FİŞEK, T.C. SAĞLIK VE SOSYAL YARDIM BAKANLIĞI YAYINLARI, Ankara, 1961, s.70.
2. DİRİCAN Rahmi, BİLGEL Nazan: HALK SAĞLIĞI (Toplum Hekimliği), Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa, 1993, s.51.
3. FİŞEK Nusret: Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Enstitüsü, Ankara, 1985, s.5.
4. Sağlık Ocağı Hekiminin Görev Analizi, T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Ankara, 1988, s.4.
5. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Tatbikatı Birinci Genel Kurul Raporu, T.C. Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı Sosyalleştirme Dairesi Başkanlığı, Ankara, 1969.
6. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Tatbikatı İkinci Genel Kurul Raporu, T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Sosyalleştirme Dairesi Başkanlığı, Ankara, 1978
7. Ülkemiz Sağlık Hizmetleri Nereye Gidiyor?, Toplum ve Hekim Dergisi, sayı 31-32, Temmuz-Ağustos 1980, s.4.
8. Prof. Dr. Rahmi DİRİCAN ile söyleşisinde görüş belirtirken.

