

# 224 SAYILI SAĞLIK HİZMETLERİNİN SOSYALİZASYONU YASASININ İRDELENMESİ

H. Necati DEDEOĞLU\*

**Öz:** 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun ülkemizin sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde devrim niteliğinde gelişmelere yol açmış bir yasadır. Yasa taslağı tam planlandığı gibi onaylanmamış, yasalaşan maddeler de tam uygulanamamıştır. Yine de bu sınırlı bölgeye kapsamlı hizmet modeli, entegre birinci basamak sağlık yaklaşımı vatandaşların sağlığına önemli katkılarda bulunmuştur. Yazıda yasanın gerekçeleri, hazırlanma aşamaları, uygulama sırasında yaşanan sorunlar ve niçin kaldırıldığı detaylı bir şekilde anlatılmaktadır. Bu yararlı hizmet modeline 1983 yılından sonra benimsenen neo-liberal ekonomik ilkelerle uyumsuzluğu nedeniyle son verildiği gerçeği vurgulanmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** 224 Sayılı Yasa, Sağlık hizmetleri örgütlenmesi, Sağlık politikası, Sosyalizasyon, Nusret Fişek

## *A Thorough Investigation of Law No 224 on Socialisation of Health Services*

**Abstract:** Law no: 224 about the socialization of health services has led to revolutionary changes in the organisation of health services in Turkey. Draft of the law was not ratified as it was planned and clauses that were accepted could not be fully implemented. Nevertheless this comprehensive service to a limited area model, an integrated primary health care approach has made important contributions to the health of citizens. Justifications of the law, phases of its preparation, problems encountered during its implementation, and the reasons for its annulment are discussed in detail in the essay. It is emphasised that in reality, the law was written off because it was not compatible with the principles of the neo-liberal economic model adopted in 1983.

**Key words:** Law no:224, Health services organisation, Health policy, Nusret Fişek Socialization,

## I.Giriş

Günümüzde ilk basamak sağlık hizmeti Aile Sağlığı Merkezleri kanalıyla verilmektedir. Ancak çeşitli sorunları bulunan bu sistem hem burada çalışan hekim ve diğer personeli hem de hizmet alan vatandaşları memnun etmemektedir. Koruyucu hizmetlerden daha çok tedavi hizmetlerine öncelik verildiği, ekip çalışması bulunmadığı, gezici hizmetler yeterince yapılamadığı, insanı doğumdan ölüme, işinden evine bir bütün olarak ele almadığı için de toplumun sağlığı üzerinde fazla olumlu bir etki yapamamıştır. Böyle bir ortam içinde ve daha verimli sağlık hizmetleri arayışı sürerken uygulandığı dönemde oldukça başarılı olmuş sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerini tekrar hatırlamak, günahı ve sevabıyla derinlemesine irdelemek yararlı olacaktır.

224 Sayılı Yasa 05.01.1961 tarihinde kabul edilmiş, 12.01.1961 tarihinde de Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Sağlık alanındaki en önemli yasalardan biridir. Çağdaş sağlık anlayışına göre hazırlanmış, birinci basamak sağlık hizmetlerinde reform yapmıştır. Sadece sağlık ocakları ile ilgili olmayıp sağlık sisteminde bazı değişiklikler de önermiştir.

Yasanın kendisi kadar hazırlanışı, uygulanışı ve yozlaştırılıp kaldırılışı da halk sağlığı açısından derslerle doludur. Bu nedenle yazıya yasanın hazırlanışı ile başlanacak ve uygulamadan kaldırılışıyla sonlanacaktır. Yazıda daha önce hiçbir makalede değinilmemiş bazı kaynaklar kullanılmıştır.

## II.Yasanın hazırlanmasına etki eden faktörler

1960 yılına gelindiğinde Türkiye'de sağlık düzeyi çok kötü idi. Avrupa ülkelerinde bebek ölüm hızı 20/1000 civarında iken Türkiye'de 165/1000 idi. 28 Milyon nüfusun % 68'i köyde yaşıyordu ve % 60'ı okuyamaz değildi. Tüberküloz, lepra, tifo gibi hastalıklar yaygındı. Aşılama aksıyordu. Köylerde sağlıklı su ve tuvalet yoktu, doğumları yerli ebeler yaptırıyordu, anne ölümü sıkı. Çocuklarda malnutrisyon ve anemi, paraziter hastalıklar yaygındı. Nüfus hızla artıyor, aileler korunamadıkları için kadınlar sağlıksız koşullarda düşük yapmak zorunda kalıyorlardı. Hekim ve diğer sağlık personeli sayısı yetersizdi ve ayrıca hekimlerin % 71'i üç büyük kentte toplanmıştı. Kırsal bölgeye yalnızca bazı ilçelerde bulunan ve yarım gün resmi görev yapıp yarım gün muayenehanesinde çalışan hükümet tabipleri hizmet veriyordu (**Payzın ve Tekeşin, 1964**).

\*Prof. Dr., Halk Sağlığı Emekli Öğretim Üyesi (ORCID No:0000-0002-4439-625x)

Geliş Tarihi / Received : 09.07.2023

Kabul Tarihi / Accepted : 01.11.2023

Aslında 1946 yılında sağlık bakanı olan Dr. Behçet Uz bir 10 yıllık sağlık planı hazırlamıştı. Buna göre her 40 köy için 25 hasta yatağı da içeren bir sağlık merkezi kurulacak, iki hekim ve 11 sağlık personeli görev yapacak tedavi hizmetleriyle beraber koruyucu hizmetler de götürülecek, köylere hizmet için birer sağlık memuru ve ebe görevlendirilecekti. Gezici hizmet için bir araç bulunacaktı. 1954 yılında tekrar bakan olan Dr. Uz ülkenin 7 bölgeye ayrılmasını, her bölgede bir tıp fakültesi kurulmasını, sağlık sigortası kurulmasını, bir sağlık bankası ile finans sağlanmasını, ilaç, aşı, serum, tıbbi malzeme üretilmesini, süt ve bebek maması sanayisinin kurulmasını, yeni sağlık okulları açılmasını öngören bir plan daha yaptı; bu da kadük oldu (**SSYB, 1973**). Sosyalleştirmeye çok benzeyen bu programlar uygulanabilseydi 224 sayılı yasaya gerek kalmayacaktı. Ne yazık ki plan sadece ilçelerde 10 hasta yatağı içeren, çoğu hekimsiz ve personelsiz 300'e yakın sağlık merkezi yapılması ile sınırlı kalmıştır.

Yasanın hazırlanmasında kötü sağlık koşulları ve yetersiz hizmet yanında diğer bir önemli faktör 27 Mayıs 1960 askeri ihtilali idi. Ülkedeki kargaşa ve yolsuzlukları, laiklik ve demokrasi karşıtı uygulamaları sonlandırmak üzere askerler iktidara el koymuştu ve yönetim Orgeneral Cemal Gürsel'in başında bulunduğu 37 kişilik Milli Birlik Komitesindeydi. Komite ülkede tekrar demokratik bir düzen kurulmasını, halkın önemli sosyal sorunlarının giderilmesini istiyordu. Bu amaçla yeni demokratik bir Anayasa hazırlanmış, işçilere grev ve toplu sözleşme hakkı tanınmış, Çalışma Bakanlığı kurulması kararı verilmiş, vatandaşa sosyal güvenlik hakkı, öğrenim hakkı, sağlık hakkı tanınmış, kişisel özgürlük ve haklar genişletilmiştir. Hizmetleri planlamak açısından ülkede ilk kez bir Devlet Planlama Teşkilatı kurulmuş, ilk 10 yıllık sosyo-ekonomik kalkınma planı hazırlanmıştır. Yeni Anayasanın 49. Maddesi Komitenin sağlıkla ilgili görüşlerini yansıtır: "Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevlidir."

Sosyalleştirme açısından diğer önemli bir faktör dünyada etkili birinci basamak hizmeti sunma modellerinin bulunuşudur. 224 Sayılı Yasayı hazırlayanlar İngiltere, İsveç ve Sovyetler Birliği birinci basamak hizmet yöntemlerinden önemli ölçüde yararlandıklarından söz etmektedirler(**Üner ve Fişek, 1961**). Diğer bir örnek Bulgaristan göçmenlerinin yerleştirilmiş olduğu ve örnek köy olarak kurulan Etimesgut'ta bizzat Atatürk tarafından yaptırılan "Etimesgut İçtimai Hıfzıssıhha Numune Dispanseri" dir. Bu sağlık merkezi özellikle Dr. Cemalettin Or'un başhekimliği sırasında sosyalizasyona benzer bir uygulama ile etrafındaki köylere çok başarılı hizmetler vermiştir.

Elbette yasanın çıkmasındaki en önemli faktörlerden birisi Dr. Nusret Fişek'in varlığıdır. Dr. Fişek araştırmacıdır, zeki ve çalışkandır. Harvard Üniversitesinde mikrobiyoloji konusunda doktora yapmış olsa da 1958'den beri Hıfzıssıhha Okulu Müdürlüğünü sürdürmektedir. Dünya Sağlık Örgütü ile ilişkiler kurmuş, Okulda ilk halk sağlığı uzmanlığı eğitimini başlatmıştır. Okulda bir Köy Etütleri Dairesi kurulmuş ve kırsal bölgelere nasıl hizmet götürülebileceği incelenmeye başlamıştı. Yurtdışına halk sağlığı eğitimi için gönderilen Dr. Rahmi Dirican, Dr. Özdemir Gülesen gibi uzmanlar dönmüşlerdi ve daha sonra sosyalizasyonun ilgili formlarının hazırlanmasında, bölgeye gidip raporlar hazırlanmasında, eğitimlerde görev almışlardır. Dr. Fişek Müsteşar olduktan sonra da Hıfzıssıhha Okulu Müdürlüğü görevini bırakmamış, Okul sosyalizasyona katkılarını sürdürmüştür. 27 Mayıs ihtilali olduğunda Dr. Fişek Sağlık Bakanlığı Müsteşarı idi. Milli Birlik Komitesinin sağlık hizmetlerini geliştirmek istediğini gazeteden okuduktan sonra böyle bir sistemin temel ilkelerini içeren bir rapor hazırlayıp Milli Birlik Komitesine sunarak aslında yasa hazırlama görevine kendisi talip olmuştur (**Öztek, 1992**).

### III. Yasanın hazırlanışı ve kabulü

Dr. Fişek Milli Birlik Komitesine 3 değişik sağlık hizmeti planı sunmuştur (**Öztek, 1992**). Bu planlardan ilki, sosyalizasyon, en kapsamlısı ve en pahalısı idi. B planı Behçet Uz'un önerdiği ve yarım kalan Sağlık Merkezlerinin geliştirilmesi şeklinde idi. En ucuz olan C planı ise sadece her ilçeye bir hekim ve iki yardımcı personelden oluşan gezici ekipler öngörüyordu. Milli Birlik Komitesi bunlardan "En iyisini", sosyalizasyonu seçmiştir. Milli Birlik Komitesinde sağlık işleri ile daha çok Sami Küçük ve Suphi Gürsoytrak ilgilenmişler ve yasanın çıkmasında önemli etkileri olmuştur. Hizmet seçeneklerinden en kapsamlısına karar verildikten sonra yasa hazırlama çalışmaları başlamıştır. 224 Sayılı Yasanın mimarı Nusret Fişek'tir ancak tek başına hareket etmemiştir. Her aşamada zamanın Sağlık Bakanı Ragıp Üner'in onayını almıştır. 16-18 Eylül 1960 tarihlerinde üniversitelerden, sahadan, bakanlıktan, tabip odalarından ilgili uzmanların katıldığı "Geçici İstişare Kongresi" düzenlenerek yasanın ilkeleri tartışılmış ve onaylanmıştır. İngiltere'de Ulusal Sağlık Hizmetini kuran Sir John A. Charles çağrılarak görüşleri alınmıştır (**Charles, 1961**).

Yasa taslağı 40 madde olarak Milli Birlik Komitesine sunuldu. Yasa ile beraber yasa maddelerinin gerekçesi ve yıllara göre yapılacak sağlık ocağı, sağlık evi sayısı, gerekecek personel, maaşları ve genel bütçe de eklenmiştir. Yasa 35 madde olarak kabul edildi.

Yasa komitece çıkartılan en son yasalardan birisi idi. 6 Ocak 1961 tarihinde Milli Birlik Komitesi yetkilerini Temsilciler Meclisine devredecekti. Yasa 5 Ocak 1961 tarihinde saat 22:00'de kabul edildi. Bir ara yasanın çıkması tehlikeye girdi, çünkü Maliye Bakanı Ekrem Alican hekimlerin yüksek ücretle ve şimdiki kadar kamuda çalışanların hep memur olarak çalıştıklarını göz önüne alarak sözleşmeli şekilde çalıştırılmalarını ve devletin prim toplamasını uygun görmemiş, bütçeyi kabarık bulmuş, imzalamayı reddetmişti. Yasa onun imzası olmadan çıkmıştır (**Ovalı, 2021**).

Gerçekten de yasaya göre sosyalleştirme önce 3 yıl süre ile 3 ilde denenecekti (Tekirdağ, Çankırı, Elazığ) ve yapılacak değerlendirmelerden sonra da 10 yıl içinde bütün yurtta uygulanacaktı. Bunun için 4 000 sağlık ocağı, 10 000 sağlık evi, 300 sağlık merkezi, depolar, tamirhaneler, bölge laboratuvarları inşa edilecek, sağlık bakanlığı hasta yatak sayısı da 40.000'den 120.000'e çıkartılacaktı. Personel maaşı, araç, donanım vb. masraflarla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının bütçesinin her yıl % 12,8 oranında artırılması ve 1975 yılına gelindiğinde genel bütçedeki payının % 12,2 olması öngörülmekteydi. Yasanın gerekçesinde çağdaş hizmet sunan ülkelerin sağlık bütçe paylarının aslında bundan bile yüksek olduğu savunulmaktaysa da Türkiye'de o güne kadar bütçeden sağlığa ayrılan pay % 5'i geçmemiştir.

Nusret Fişek anılarında yasayı hazırlarken yasanın hep emir-komuta düzeni içinde yürütüleceği varsayımı ile hazırlandığını, demokratik yönetimlerde uygulanamayacak maddeler içerdiğini belirtmiştir; örneğin işçilere ait SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devri, prim toplanması, kabarık bütçe gibi (**Öztek, 1992**).

#### IV. Yasanın içeriği

Yasa sağlığın bir hak olduğu görüşü ve çağdaş sağlık hizmeti ilkeleri göz önüne alınarak hazırlanmıştır. Örneğin yasanın ikinci maddesi Dünya Sağlık Örgütü Anayasasındaki sağlık tanımıdır. "Sağlık yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir." Kısaca özetlemek gerekirse, yasaya göre her 5.000-10.000 kişiye kurulacak olan sağlık ocakları ve bunlara bağlı sağlık evlerinde tam gün çalışan personel kanalıyla vatan-daşa koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin entegre edildiği, ücretsiz sağlık hizmeti sunulacaktı. Dar bölgede çok yönlü hizmet ilkesi benimsenmişti. Hizmet bölgesi idari sınırlara göre değil köylerin ekonomik ve sosyal akış özelliklerine göre belirlenecekti. Bu nedenle de kaymakam ocak hekiminin amiri değildi. Hizmet gezici olup, ocağa sağlanan araçla personel her ay belli sayıda gezi yaparak en uca kadar ulaşacaktı.

15-49 yaş kadınlar, hamileler, lohusalar, bebekler, çocuklar evlerinde izlenecek, daha sağlamken sağlık sorunları saptanacaktı. Bir ekip hizmeti öngörülmüştü. Sevk sistemi içeren kademeli bir hizmetti. Sevk edilmeden hastaneye başvuranlardan ücret alınacaktı. Tutulacak formlar, kayıtlar, istatistikler kanalıyla bölgeyi tanımak, hizmeti planlayıp değerlendirmek mümkün olacaktı. Hizmet alanların görüşünü öğrenmek, vatandaşla iletişimi geliştirmek amacıyla köyde, ilçede, ilde sağlık kurulları oluşturulacaktı. Hastane ve sağlık merkezlerinde çalışan uzman hekimler ile sağlık müdürlüğünün Ana ve Çocuk Sağlığı, Sağlık Eğitimi gibi şubeleri ocak hekimini denetleyecekler, sürekli eğitim sağlayacaklar ve destek olacaklardı. Nüfusu 5 000 den az olan yerlerde sağlık ocağı personeli için lojmanlar inşa edilmiştir. 3 yıl sağlık ocağında çalışan hekim daha sonra istediği bir yere atanabilecekti. Sağlık personelinin güdülemek açısından yüksek tazminatlar da verilecekti.

Daha önce de belirtildiği gibi 224 Sayılı Yasayı salt Sağlık Ocağı yasası olarak algılamak yanlış olur. Yasada sağlık ocakları organizasyonu yanında ekonomik gelişme de düşünülmüş, daha sonra çıkarılacak 154 sayılı genelge ile hekime toplum kalkınması görevi de verilmiştir. Sağlık hizmetlerinin tek elden yönetimini sağlamak amacıyla askeri hastaneler hariç, kamu kurumu (SSK, Milli Eğitim, Devlet Demiryolları, Belediyeler vb.) sağlık tesislerinin sağlık bakanlığına devri düşünülerek tek elden sağlık yönetimi tasarlanmıştı. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının teşkilatında yenilikler öngörülmüyordu. Diğer bakanlık ve kurumlarla işbirliği isteniyordu. Örneğin, sağlık ocağı aracı köylere giderken veteriner ve ziraatçıyı da götürecekti. İşbirliğinin temelleri her yıl toplanması planlanan ve çeşitli kurum temsilcilerinin katılacağı Sosyalleştirme Genel Kurullarında atılacaktı. Çok bozuk olan çevre sağlığı hizmetlerinin düzenlenmesi açısından belediye hizmetleri dışında kalan çevre sağlığı hizmetlerini sağlık ocağı götürecekti, belediyeyi de çevre sağlığı açısından denetleyecekti. Bütün bunlara karşın, yasa, vatandaşların yasanın 2. maddesinde belirtilen sağlık tanımına, beden, ruhen ve sosyal olarak tam bir iyilik haline ulaştıracak amaç ve araçları içermiyordu. Bunun için çok daha köklü ekonomik ve sosyal reformlar, sağlığın temel belirleyicilerine yönelik müdahaleler gerekirdi.

#### V. Düşünülen, önerilen ve yasa taslağında yer aldığı halde yasalaşmayan konular

Yasanın ruhunu daha iyi kavrayabilmek açısından yasa hazırlanırken ilk belgelerde yer alan ama yasa taslağına girmeyen ve taslakta olup da yasalaşmayan konuları da gözden geçirmekte yarar bulunmaktadır.

Aşağıdaki maddeler için en çok Üner ve Fişek'in kitabından yararlanılmıştır (Üner ve Fişek, 1961 ).

- Türkiye 16 sağlık bölgesine ayrılacaktı. Merkezizet-çiliği azaltacak ve denetimi kolaylaştıracak olan bölge müdürlükleri yasalaşmamıştır.

- Sosyalleştirmenin finansmanına katkı sağlamak üzere vatandaşın 25 TL sağlık primi toplanması düşünülmüştü. Bu madde yasalaşmadı. Prim konusuna yasanın 2. Maddesinde kısaca değinilmiş olmasına karşın bu konuda bir detay olmadığı gibi girişimde de bulunulmamıştır.

- Yine finansman için PTT hizmetlerinden, tuzdan, radyo ruhsatlarından ve Özel İdare Fonundan pay alınması tasarlanmışsa da yasalaşmadı.

- İlk taslaklara göre vatandaşa 25 TL değerinde ücretsiz ilaç verilecekti. Protezler ( Gözlük, diş vb.) ücretsiz olacaktı. Acil ilaçlar dışındaki ücretsiz ilaç konusu yasa girmemiştir.

- Hekimler ve ocak personelinin haftada 4 gün köylere gezi yapması planlanmıştı. Ayda 10 güne indirilmiştir. Sağlık Müdürleri ayda 10 gün, hastane hekimleri ayda 5 gün sağlık ocaklarını gezeceklerdi, kaldırıldı.

- Sosyalleştirme bölgesindeki dişçilik ve eczacılık kuruluşlarının ve serbest laboratuvarların devletçe satın alınması ve işletilmesi düşünülmüştü. Ama tasarıya bile giremedi.

Nusret Fişek bu bölgelerde serbest hekimliğin de yasaklanarak ve tam bir devletleştirme uygulanmasını istememiştir.

- Sosyalleştirme pilot olarak Elazığ, Çankırı ve Tekirdağ illerinde başlayacaktı ancak para bulunmadığı için tek bir ile indirildi. Devlet Planlama Teşkilatının zaten bazı projeleri olduğu için de bu il Elazığ yerine Muş oldu.

- Yasa taslağına göre üç yıl sınama sonrası diğer iller sosyalleştirilecekti. Yasada hiç sınama süresi ayrılmadı, Muş'tan bir yıl sonra 7 il birden sosyalleştirildi.

- Her ilçede 50 yataklı ve 5 uzman hekim, 2 laboratuvar uzmanı, 1 diş hekimi, 1 eczacının çalışacağı, Verem Savaş Dispanseri ve Ana Çocuk Dispanserini de içeren bir Sağlık Merkezi kurulması öngörülmüştü. Sağlık Ocakları bu merkezlere bağlı olacak, buradaki uzmanlarca denetlenecek ve eğitileceklerdi. Bu merkezler düşünüldüğü ve yasanın 11. Maddesinde sözleri geçtiği halde örgütlenme şeması içinde yer almamışlar, daha sonra da gerçekleşmemişlerdir.

- Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde gerekli malzeme, ilaç, teçhizat, motorlu araç satın alınması 2490 Sayılı Arttırma, Eksiltme ve İhale Kanu-

nu hükümleri dışına çıkartılmak isteniyor ve böylece alım satımlarda bürokratik engellerin aşılması tasarlanıyordu. Taslakta yer almasına karşın yasalaşmamıştır.

- 224 Sayılı Yasa ile aynı zaman diliminde önerilen ve yasanın uygulanmasını kolaylaştıracak bir dizi yasa taslağı daha bulunmaktaydı. Örneğin, halk sağlığı konularında eğitim ve araştırma yapacak bir Halk Sağlığı Akademisi yasa teklifi hazırlanmıştı. Daha iyi bir eğitim amacıyla tıp fakültesi öğretim üyelerinin muayenehanelerinin kapatılması önerildi. Umumi Hıfzıssıhha Kanununu çağdaş hale getirecek değişiklikler üzerinde duruldu. Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yasasının yenilenmesi düşünüldü. Tüm bu düşünceler, öneriler, tasarılar gerçekleşmemiştir.

#### **VI. 224 sayılı yasada yer aldığı halde uygulanmayan konular**

Yukarıdaki maddelerde belirtilen bütün konular yasalaşabilse, hayata geçirilebilseydi kuşkusuz 224 sayılı yasa daha etkili uygulanabilecekti. Öte yandan yasalaştığı halde uygulanmayan veya sonradan yozlaştırılan konular da vardır. Bunların bir kısmı zaman olmadığı için yasa taslağına fazla tartışılmadan kabul edilmesinden kaynaklanmaktadır; yasanın ismindeki "Sosyalleştirme" gibi. Aşağıdaki maddeler için Dedeoğlu'nun kaynağından yararlanılmıştır (**Dedeoğlu,1994**).

- Yasanın 8. Maddesi ve 1961 Anayasasında sağlık hizmetlerinin tek elde toplanacağı belirtilmişse de bu mümkün olmamış, SSK ve diğer kamu kuruluşlarına bağlı hastaneler Sağlık Bakanlığı'na devredilememiştir. Bu ise çok başlı hizmete yol açmıştır.

- Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin 1975 yılına kadar tüm yurdu kapsamı öngörülmüştü. Bu süre önce 1982'ye, sonra 1987'ye ertelenmiş, 1983 yılında ise 20 batı il birden sosyalleştirmeye alınarak biraz acele de olsa bütün ülkede tek bir sağlık hizmeti sağlanabilmiştir.

- Yasanın 3. maddesi sosyalleştirmede çalışan hekimlerin muayenehane açamayacaklarını söylemektedir. Ancak bu madde daha 1965 yılında Diyarbakır'ın sosyalleştirilmesi sırasında hastanede çalışan uzman hekimlere taviz vermek amacıyla delinmiş, 1981'de pratisyen hekimlere de muayenehane izni verilerek yasa maddesi kaldırılmıştır.

- Yasanın 22. maddesinde yer alan ve sistemin değerlendirilmesi, evrimi, toplum katılımının sağlanması, işbirliğinin gerçekleşmesi açısından son derece önemli olan ve pek çok kamu kuruluşunun ve örgütün katılmakta olduğu Sosyalleştirme Genel Kurulları her yıl yerine sadece iki kez, 1969 ve 1978'de toplanabilmiştir.



- Aynı şekilde yerel halk ve yöneticilerin taleplerinin dile getirildiği, katılımlarının sağlandığı il, ilçe ve Sağlık Ocağı Sağlık Kurulları hiç çalıştırılmamıştır.

- Hekimlerle sözleşme uygulanması 1965 yılında durdurulmuştur. Aynı zamanda ek ödemelerle sağlanan maddi avantajlar da geri alınarak sosyalleştirmenin şah damarı kesilmiştir. Çok zor koşullarda çalışan hekimleri yüksek ücretle güdülemek yerine boş kalan kadroları mecburi hizmetle doldurma yolu seçilmiştir.

- Yasanın 17. maddesinde sözü edilmesine karşın altyapısı bulunmadan, binası, araç gereci hazırlanmadan, personeli eğitilmeden Türkiye nüfusunun yarısını oluşturan Batıdaki 20 ilin hepsi birden 1983 yılında sosyalleştirmeye alınmıştır. Hizmeti bilmeyen personel, donanımsız ve araçsız sağlık ocaklarında, kiralık apartman dairelerinde hizmet vermeye çalışmışlardır.

- Yasada sağlık ocağı, sağlık merkezi, hastane şeklinde bir sevk zincirinden söz edilmekte ise de bu madde de çalıştırılmamış, hastaneye gidenlerden ücret alınmamış, hastane kapısındaki yığılmalar önlenememiştir.

- Yasanın 14. maddesi hizmetin ücretsiz sağlanacağını bildirmektedir. Oysa sağlık ocaklarının son yıllarında enjeksiyondan, pansumandan, tansiyon ölçümünden hatta intrauterin araç uygulanmasından para alınmıştır, ocağa yazar kasa konulmuş, hekimlere tahsildarlık görevi de yüklenmiştir. Sağlık Vakfı adına toplanan paralar, ocağın telefon parası, boyanması vb. ihtiyaçlarının karşılanması için kullanılmıştır.

- Yasanın 24. maddesine göre bir hekim sosyalleştirilmiş bölgeye atandıktan sonra 3 yıl çalışacak, sonra istediği başka bir bölgeye atanabilecekti. Bu madde kısa sürede yozlaşmıştır. Hekimler atandıkları bölgede çok kısa süre çalıştıkları gibi, uzun süre çalışanlar da istedikleri yere atanmamışlardır, adil ve etkin bir atama sistemi kurulamamıştır.

- Yönetmeliklerde belirtilen ve hekimden sonra sağlık ocağının en fazla eğitim almış, en önemli elemanı olan Halk Sağlığı Hemşiresi hiç yetiştirilmemiştir.

- Yasanın 10. maddesi her sağlık ocağı ekibine bir ulaşım aracı verilmesini öngörmektedir. Hizmetin gezici niteliği göz önüne alındığında araç gerçekten çok önemli idi. Ancak sağlık ocaklarını önemli bir kısmına araç verilememiş, verilenlere ise sürekli olarak şoför veya benzin sağlanamamıştır.

- Sağlık ocağında çalışan hekimler hastane ve sağlık merkezlerinde çalışan uzmanlarca denetlenecek ve işbaşında eğitileceklerdi ( Madde 11). Bu madde hiç

yürütülemediği gibi hekimlerin sürekli eğitimi ve denetimi için başka bir mekanizma da kurulamamıştır.

- Her ne kadar kaymakamların doğrudan sağlık ocağı hekiminin amiri olması 224 yasayla engellenmişse de sonradan İller Kanunu öne çıkartılarak kaymakamların hekimler üzerinde baskı kurabilmesine olanak sağlanmıştır. Kaymakama imzalatmadan en ufak bir yazı bile gönderilemiyor, her faaliyet için izin alınması isteniyor, hekimin köy gezileri için ocaktan ayrılması bile engellenebiliyordu.

- Yasanın yürütülme şekli konusunda çıkartılan 154 Sayılı Yönerge Sağlık Ocağı hekimine ağız ve diş sağlığı konusunda da görevler vermiştir. Nitekim Sağlık Ocağı standart malzemesi arasında bir diş kerpeteni de bulunmakta idi. Ancak hekimler bu konuda herhangi bir eğitimden geçmedikleri için bu önemli görev, belki bir-iki diş çekme ve okullarda çocuklara diş fırçalama eğitimi verme dışında yerine getirilememiştir. Aynı şekilde hekimler Yönergede öngörülen Toplum Kalkınması görevleri konusunda da bilgisizdiler. Bu görev, bazı Ocaklarda köylere su ve yol getirtmek, veterinerlik ve tarım örgütleriyle işbirliği yapıp verim arttırmak gibi uygulamalar dışında yerine getirilememiştir.

## VII.Yasanın uygulanışı ile ilgili sorunlar

Yasanın uygulanışı 1 Ağustos 1963'te Muşta 19 sağlık ocağı ve 35 sağlık evinin açılmasıyla başlamıştır. Sosyalizasyon, 2003 yılında "Sağlıkta Dönüşüm" programı ve buna bağlı olarak 2004 yılında çıkartılan Aile Hekimliği Yasası ile fiilen sonlandırılmasına kadar devam etmiştir.

Yasanın uygulandığı dönemde çeşitli sorunlarla karşılaşmıştır:

- 1960 yılında nüfusun % 68'i köylerde oturduğu için ve buralarda sağlık sorunları daha yoğun olduğu için yasa daha çok kırsal bölgenin sorunlarına yönelik olarak hazırlanmıştır. Oysa daha 1950'lerden başlayarak hızlı bir kentleşme yaşanıyordu. Kentte yaşayan insanların sağlık sorunları farklıydı, kronik hastalıklar öne çıkıyordu. İnsanların beklentileri de artmıştı, artık pratisyen hekim muayenesinden tatmin olmuyorlardı. Sağlık ocakları gelişen tıbbi teknolojiye ve tıbbi laboratuvar yöntemlerine de ayak uyduramamışlardı. Kentlerdeki ocaklarda bulunmaları gereken sosyal hizmet uzmanı, diş hekimi, laboratuvar teknisyeni, çevre sağlığı teknisyeni gibi elemanlar sağlanamamıştır. Ayrıca kişilerin çalıştıkları yerler ile kayıt oldukları sağlık ocağı farklı semtlerde bulunduğu hastalandıklarında ilk başvurdukları yer de farklı oluyordu. Aynı şekilde çalışmakta olan hamile kadınların kontrolleri de yapılamıyordu.

Kentlerdeki çevre sorunları artmış ve değişmişti; tuvalet ve sinek sorunlarının yerini hava kirliliği, gıdada pestisitler, gürültü ve elektromanyetik dalgalar gibi karmaşık sorunlar almıştı. 1983'ten sonra sosyalleştirilen büyük kentlerde sağlık ocağı için arsa bulunması ve inşaat yapılması önemli sorun olmuştur. Sağlık ocakları çok büyük nüfuslara hizmet vermek ve kiralık apartman dairelerine sıkışmak zorunda kalmışlardır. Sosyalleştirme, kentlerde sağlık örgütlenmesi konusunu ele alamamıştır.

- Yasanın uygulanışındaki en önemli sorunlardan biri mali sıkıntılardır. Daha 1962 yılında pilot bölgenin sosyalleştirilmesi için gereken para Maliye Bakanı Şefik İnan tarafından sağlanamadığı için 3 il yerine sadece bir ilde sosyalizasyon kararı alınabildiği. Daha sonraki yıllarda da hekim ve diğer personelin ücretleri düşürülmüş, sağlık ocaklarının ilaç, araç ve donanımları sağlanamamıştır. Zaten yetersiz olan bakanlık bütçesi personel maaşları ve tedavi hizmetleri için kullanılmaktaydı. Harcamaların ihale kanuna göre yapılma zorunluğu aşılamadığı için illerdeki en ufak bir harcama için sağlık bakanlığının onayı gerekmiştir. Sağlık ocaklarının camının kırılması, badana ve boyası, telefon parasının ödenmesi bile sorun oluşturmuştur. Daha sonraları bu mali sorunları gidermek için hastalardan ücret alınmaya başlanmıştır.

- Sağlık Bakanlığı sosyalleştirmeye uygun olarak yeniden düzenlenememiştir. Sosyalleştirmeyle ilgili tüm hizmetlerin yönetildiği bir Sosyalleştirme Daire Başkanlığı kurulmuştur. Ancak bu daire ile diğer genel müdürlükler arasında işbirliği sağlanamadığı gibi, bu daireye yeterli ve nitelikli eleman da bulunamamıştır. Diğer genel müdürlükler sanki sosyalleştirme sadece bu dairenin sorunuymuş gibi hizmete sahip çıkmamışlardır. Daha sonraki yıllarda Sosyalleştirme Dairesi sadece inşaat işleriyle uğraşmış 1980 sonrasında da kaldırılmıştır.

- Sosyalleştirmenin içine iş sağlığı ve güvenliği hizmetleri de oturtulamamıştır. Bazı yerel çalışmalar yapılmışsa da iş yerlerindeki sağlık sorunları için ayrıca bir iş yeri hekimi yetiştirilmesi gereği doğmuştur.

- Adli tabiplik hizmetleri sağlık ocağı hekimlerini yıldırılmıştır. Özellikle il ve ilçe merkezlerinde çalışan hekimler çok da iyi bilmedikleri bu konuya önemli zaman harcamak zorunda kalmışlardır. Yeterli adli tabip yetişene kadar, Adalet Bakanlığı'nın adli tabiplik kursları açarak kendi personelini yetiştirmesi sağlanamamıştır.

- Daha önceki dönemden kalan düşey hizmet birimleri (Sıtma, Lepa, Trahom vb.) sağlık ocağı hizmetlerine entegre edilememiştir. Böylece sahada bütüncül bir hizmet sağlanması mümkün olamamıştır. Örne-

ğin, ilgili genel müdürün teşkilatının dağıtılmasını istememesi nedeniyle Ana ve Çocuk Sağlığı Dispanserleri sağlık ocakları yanında varlıklarını sürdürmüşler ve hizmette sorunlar yaşanmış, bazı çocuklar iki kere aşılırken bazıları da aşısız kalmışlardır.

- Personelin eksikliği giderilememiştir. Yüksek ücret verilen ilk birkaç yıl ve son yıllar dışında uzun bir süre personel açığı ile çalışılmıştır. 1970 de sağlık ocaklarının sadece üçte birinde hekim bulunmaktaydı. Ebe ve sağlık memuru sayıları daha iyi idi ancak büyük bir şoför ve tıbbi sekreter sıkıntısı yaşanmaktaydı. Bu son iki personel tazminatlarından yararlanmadığı gibi kendilerine lojman da verilmiyordu.

- Personelin niteliği de düşük idi. Tıp fakültelerinin bazılarında öğrencilerin sosyalleştirme eğitiminde kullanılmak üzere Eğitim Araştırma Bölgeleri açılmışsa da genelde tıp eğitimi uzman adayı yetiştirmeye yönelik kalmıştır. Aynı sorun diğer sağlık personeli için de geçerlidir. Personelin eğitim müfredatı içine sosyalizasyon ancak 1976'dan sonra girebilmiştir. Yine de doğum yaptırmasını bilmeyen ebeler vardı. Sağlık ocağında koruyucu hizmetleri üstlenmiş olan sağlık memurları aslında erkek hemşire olarak yetiştiriliyorlardı. Hekimler gibi, personelin de sürekli eğitimi gerçekleştirilememiştir. Bazı illerde sosyalleştirmede ilk görev alacaklar için kısa adaptasyon kursları açılmışsa da yaygınlaşmamıştır.

- Hekimlerin ilk basamakta karşılaşılan sağlık sorunları konularındaki bilgileri yetersizdi. Özellikle kentlerde karşılaşılan karmaşık sağlık sorunlarına tanı koyamıyor, tedavi edemiyorlardı. Sağlık ocağı laboratuvarları çalıştırılmadığı ve başkaca bir laboratuvar desteği sağlanamadığı gibi hekimler, fakültede gördükleri röntgen, laboratuvar, teknolojik tanı araçları, uzman desteği arıyorlardı. Kırsal bölgede reçetelere yazılan ilaçlar hastanın eline ancak birkaç gün sonra geçebiliyordu. Türkiye'de birinci basamak tedavi hizmeti için 1990'larda Avrupa ülkelerinde olduğu gibi, bir genel pratisyenlik uzmanlığı eğitimi verilmesi gereği dile getirilmişse de Aile Hekimliği Uzmanı yetiştirmeye başlanana kadar bu uzmanlık sağlanamamıştır (**Çağlayan, 1998**). Hekimler sağlık ocaklarında çok kısa süre çalışıyor, daha bölge toplumunu tanıyamadan ya askere gidiyorlar, ya tayin oluyorlar veya ihtisasa kaçıyorlardı. Bazı hekimler ise sağlık ocağı görevini Tıpta Uzmanlık Sınavı'na çalışmak için geçici bir süre olarak algılıyorlardı.

- Personelin yaşam koşullarındaki sorunlar giderilememiştir. 1969'da köy sağlık ocaklarının sadece %60'ının yolu, % 39'unun suyu, % 9'unun elektriği vardı (**SSYB, 1996**). Sağlık Ocakları ve özellikle sağlık evlerinin arsaları bağış olarak alındığından genellikle yerleşim yerleri dışında ve mezarlık yanı gibi

uygun olmayan yerlerde inşa edilmişlerdi. Yine, sağlık bakanının milletvekili seçildiği illerde, dağ başlarına politik amaçlı sağlık ocakları yapılmıştır. Ocak inşaatları genelde kalitesizdi; bazı ocakların tuvaletlerinin ayakları yoktu, duvarlar bir yıl içinde çatlar, kapılar kapanmazdı. Sular kışın donardı. Mevsimsel özelliklere bakılmaksızın her yere aynı tip sağlık ocağı inşa edilmiştir. Personel için özellikle köylerde lojman sağlanması büyük kolaylık oluşturmuştur. Ancak 5 000 nüfus üzerindeki yerlerde yasa gereği lojman verilmiyordu. Oysa böyle yerlerde ya oturulabilecek nitelikte ev bulunamıyordu veya kiralar çok yüksekti. Personelin eğlence, sosyal faaliyet, haberleşme, ulaşım, beslenme gibi sorunları bulunmakta çocukları olanlar bunları okutacak ortaokul, lise sıkıntısı çekmekteydi.

- Sağlık Ocağı hekimleri 24 saat görevli idiler. Yoğun günlük mesai dışında geceleri de acil vakalar, doğum, adli vakalarla ilgilenmek zorundaydılar.

- Sosyalleştirmede yönetim sorunu çözümlenememiştir. Öncelikle Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı sosyalizasyonun gereklerine göre yeniden organize edilememiştir. Üstelik katı merkeziyetçi yaklaşımın sürdürülmesi hizmeti olumsuz etkilemiştir. Örneğin, sağlık ocaklarına hekim atanmasında sağlık müdürlerinin bir yetkisi bulunmamaktaydı. Sağlık Müdürlerinin Halk Sağlığı Uzmanı olmaları da öngörülmüştü. Ancak bu gerçekleşmediği gibi yöneticilerin yönetim konusunda eğitimi veya liyakat ölçütüne uygun atanması da sağlanamamıştır. İlçelerde birer İlçe Sağlık Müdürlüğü kurulamamıştır. Sağlık Ocağı Sağlık Kurulları kanalıyla halkın sağlık ocağı yönetimine katılımı uygulanmasa da en azından düşünüldüğü halde sağlık personelinin sağlık hizmetleri yönetimine katılımı ne düşünülmüş, ne daha sonra uygulanmıştır. Çok sık bakan değişiyor ve her bakanla beraber merkezde ve uç örgütte de değişiklikler oluyordu. Sağlık müdürlerinin ve müdür yardımcılarının tazminatları ocak hekimlerininkinden düşüktü. Ayrıca, merkeziyetçi yönetim anlayışı ve ağır bürokrasi nedeniyle, tayin sorunları ve yıpratıcı politik baskılar nedeniyle nitelikli hekimler sağlık müdürü olmak istemiyordu. Yasaya göre hastane başhekimleri Sağlık Gurup Başkanı oluyorlardı. Ancak bunların çoğu koruyucu hizmeti bilmiyordu ve ocakları desteklemiyorlardı. Tam tersine, hastanedeki eksikliği gidermek için sağlık ocağındaki hemşireyi hastanede görevlendiren başhekimler vardı.

- Diğer kurumlarla işbirliği ortamı yaratılamamıştır. Zaten Milli Eğitim dışında köyde diğer kamu kuruluşu elemanları ( veteriner, ziraatçı) bulunmuyordu. İşbirliği yokluğunda İl ve İlçe Sağlık Kurullarının çalıştırılmaması da bir etkendir.

- Hizmetin sürekli değerlendirilmesi, değerlendirmelere göre gerekli değişikliklerin yapılması gerçekleştirilmedi. Muş uygulaması bile yeterince değerlendirilmeden sosyalleştirme diğer illere yayılmıştır. 1964 yılında Dr. Rahmi Dirican'ın Muş uygulamasını değerlendirmek üzere yaptığı bir gezi raporunda bölgede vasıta bulunmadığı, ilaç temini ile ilgili sorunlar yaşandığı, sağlık müdürünün teşkilata hâkim olamadığı, sağlık ocağı inşaatları ile ilgili sorunlar bulunduğu belirtmekte, bakanlıkta pilot bölgeyi değerlendirmek üzere bir daire kurulması önermektedir (**Dirican, 1964**).

Hizmet layığıyla planlanamamış ve denetlenememiştir. Daha önce sözü edilen danışman Sir John A. Charles da sağlık bakanlığında hizmeti değerlendiren ve diğer bölgelere yayılmasını gerçekleştirecek bir " İcra ve Değerlendirme Dairesi" ile ayrıca bir " Planlama ve Araştırma Dairesi " kurulmasını öneriyordu (**Charles, 1961**). Her yıl toplanması gereken Genel Kurulların ve İl, İlçe ve Sağlık Ocağı Sağlık Kurullarının gerçekleşmemesi sosyalizasyonun zamanın gereklerine, toplumun taleplerine yanıt vermesini ve gelişmesini engelleyen en önemli öğelerden birisidir. Toplam iki defa gerçekleşmiş bulunan Genel Kurullarda alınan kararlar da uygulanmamıştır. Benzer şekilde, özellikle ilk yıllarda, sosyalizasyon ile ilgili kapsamlı araştırmalar da yapılamamıştır.

### VIII. Sosyalleştirme neden sonlandırıldı?

Aslında sosyalleştirme layığı ile uygulandığı yerlerde başarılı olmuştur. Üniversitelere ayrılan ve tam kadro ile hizmet veren, donanımlı, iyi yönetilen Eğitim Araştırma Bölgelerinde kısa sürede aşılama, bulaşıcı hastalık bildirim ve sürveyansı ve aile planlaması uygulamaları artmış, hassas gurupların takibi yapılabilmiş, anne ve bebek ölümleri hızla düşmüştür. Benzer şekilde, tüm sorunlarına karşın, Doğudaki sosyalleştirilmiş bölgelere ilk kez tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmeti gitmiş ve özverili sağlık personelinin çalışmaları ile önemli başarılar da elde edilmiştir. Sosyalleştirilen illerdeki aşılama oranları, bulaşıcı hastalık bildirimleri ve genel sağlık düzeyi, aynı yıllarda sosyalleştirilmeyen Batı illerine göre daha iyi idi (**Gülesen, 1974**). Yukarıdaki bölümde sayılan uygulama sorunları elbette tam başarıyı önleyen önemli etmenlerdir. Yine de istenseydi çoğu düzeltilebilir, uygulama devam edebilirdi. Ancak yasanın kaldırılmasında daha önemli olan etmen sosyalleştirilmenin bilerek engellenmesi ve sonlandırılmasıdır. Aşağıda yasanın uygulamadan kaldırılması nedenlerine kısaca değinilecektir.

24 Ocak 1980 tarihinde Türkiye o zamana kadar sürdürdüğü ithal-ikameci ekonomik politikaları terk ediyor,

Dünya Bankası ve IMF'nin baskılarıyla ihracatçı-serbestlikçi "neoliberal" politikalar benimsiyordu. Büyük sermaye böyle istiyordu çünkü merkez ülkelerde karlar azalmış ekonomik kriz başlamıştı. Pek çok başka ülkelere de dayatılan bu politikalara göre devletin elini sağlık, eğitim, hizmet sektöründen çekmesi (devletin küçültülmesi), mali ve bankacılık sektöründeki kısıtlılıkların kaldırılması (sermayenin serbest dolaşımı), KİT'lerin, iletişimin, limanların, rafinerilerin, elektrik hatlarının, bankaların, sağlığın, eğitimin özelleştirilmesi, sermayenin desteklenmesi (vergi indirimi, subvansiyonlar, kamu malları ve hizmetinin devri) isteniyordu. Bu politikaların sağlığa yansımaları kamu alanının yok edilmesini ve sağlığın bireysel sorumluluk olarak algılanması şeklinde oldu. "Sağlıkta Dönüşüm" olarak tanımlanan piyasacı değişiklikler genel sağlık sigortası, özel sağlık sigortaları, prim, cepten harcamalar, sözleşmeli aile hekimleri, işletme hastaneler, uluslararası hastane zincirleri, yüksek tıbbi teknoloji, artan sağlık harcamaları, kenara itilen koruyucu hizmetler, hizmet türü ve yerinin gereksinim değil talebe göre belirlenmesi, kapatılan muayenehaneler, emekçi hekim ve sağlık personeli öngörüyordu. Bunlar elbette devlet eliyle götürülen, görece eşitlikçi, koruyucu hizmetleri önceleyen sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin sonu demektir. Nitekim 1982 Anayasası sağlığı bir hak olmaktan çıkarıyor devlet yanında kişinin kendisine de sorumluluk veriyordu. Buna uygun olarak, 1983 yılından sonra iktidara gelen bütün partilerin programlarında sosyalizasyon yerine aile hekimliği, hastanelerin kendi finansmanlarını sağlamaları, genel sağlık sigortası ve özel hastanelerin desteklenmesi vardır. 9 Aralık 2004 tarihinde yayınlanan Aile Hekimliği yasası ile 224 Sayılı Yasanın uygulanması fiilen ortadan kaldırılmıştır. 2010'dan sonra da sağlık ocak ve evleri aile hekimlerine kiralanmışlardır.

Sosyalizasyonun başlatılmasında güçlü ve örgütlü toplum kesimlerinin herhangi bir talebi olmamış, hizmet tepeden kararlaştırılarak uygulamaya sokulmuştur. Sosyalizasyonun kaldırılması üzerine de herhangi bir toplumsal tepki gelmedi. Çok iyi hizmet alan Eğitim Araştırma Bölgelerindeki vatandaşların bile sosyalizasyonun sonlandırılmasına bir itirazları olmamıştır. Oysa İngiltere'de 1980'lerde Ulusal Sağlık Hizmetinde (NHS) yapılması planlanan piyasalaştırma, hizmete rekabet getirme, özelleştirmenin arttırılması gibi politikalara başta hekim sendikaları ve akademisyenler olmak üzere halktan büyük tepki gelmesi üzerine değişikliklerden vazgeçilmişti.

Öte yandan, iyice yozlaştırılan ve nüfusun % 80'inin yaşadığı kentsel alanlarda verilen hizmetlerden, geçeköndü bölgeleri dışında, memnuniyetin iyice azaldığı sosyalleştirilmenin kaldırılması pek çok kişi için fazla anlam taşımıyordu. Türk Tabipleri Birliği sosyalizasyonun sürdürülmesi doğrultusunda çaba sarf etmiş ancak etkili olamamıştır. Sosyalleştirilmenin kaybına en çok itiraz eden ve üzülenler halk sağlığı uzmanları olmuştur.

Bazı kesimler sosyalleştirmeyi benimseyememişler ve engellemeye çalışmışlardır. Bunların başında sağlık bakanları gelir. Pek çoğu gizli veya açıkta karşı çıkmış, sistemi kaldırmaya çalışmışlardır (**Öztek 1992, Dirican 1998**). Hatta Sağlık Bakanı Edip Somunoğlu Başbakan Süleyman Demirel'e sosyalleştirmenin kaldırılmasını önermiş ama Demirel'in "Peki, alternatifiniz nedir?" sorusuna yanıt vermediği için hizmete devam edilmiştir (**Sayek, 1998**). Yasaya karşı çıkanlar sadece bakanlar değildi, otoriteleeri sarsılan Doğu illerindeki ağalar, politikacılar, 2. ve 3. basamak tedavi hizmetlerinde çalışan hekimler, hatta sağlık bakanlığı bürokratları da karşıydı. Bir kesim ise sosyalleştirmenin ismini komünizm ile özdeşleştirdikleri için uygulamaya karşı çıkmışlardır. Nusret Fişek de yasaya bu ismi verdiği için pişman olmuş, anılarında aslında "Millileştirme" teriminin daha uygun olduğunu belirtmiştir (**Öztek, 1992**).

Sosyalleştirmenin kaldırılması için başka nedenler de öne sürülmüştür. Kurt ve Şaşmaz, çoğu yukarıdaki uygulama sorunları paragraflarında da belirtilmiş olan, 24 faktörün varlığından söz etmekte ancak aslında temel nedenin piyasa temelli sağlık hizmetlerine yer açmak üzere sosyalleştirmenin bilinçli olarak çökertilmesi olduğunu vurgulamaktadırlar (**Kurt ve Şaşmaz, 2012**). Bütün uygulama sorunlarını ve bu baltalama gayretlerini göz önüne alan Gazanfer Aksakoğlu bir makalesinin başlığını "Denenmeyen Model: Sosyalizasyon" olarak koymuştu (**Aksakoğlu, 1994**).

### Son söz

Tüm öneriler makale üzerinde ek dosya olarak belirtilmiştir. Sol Meclis Sağlık Komisyonuna göre Sosyalizasyon kırsal bölgelere yönelik sosyal demokrat, aydınlanmacı, batıcı bir modeldir. Sanayii, işçi sınıfını dışarıda bıraktığı için bütüncül değildir. Meclis, sosyalizasyonun sağlıksızlığın kaynağı olan üretim ilişkilerine değil AÇS, AP, bulaşıcı hastalıklar gibi konulara vurgu yaptığını, bu yaklaşımın ise sağlığın temel sorunlarını çözemeyeceğini



dile getirmektedir (**Sol Meclis, 2003**). Toplumsal eşitsizlikler çözümlenmediği sürece de sağlıkta eşitsizlikler devam eder. " Herkese eşit sağlık hizmeti", "Sağlık hizmetlerine daha çok pay ayrılması" sağlığın temel belirleyicilerine dokunulmadığı sürece etkili ve sürekli olamayacaktır (**Ovalı, 2021**). Nitekim 1980 yılında yayınlanan "The Black Report" İngiltere'de 30 yıldır etkili şekilde uygulanan Ulusal Sağlık Sistemine karşı sosyal sınıflar arasındaki sağlık eşitsizliğinin giderilemediği, hatta İngiltere sağlık düzeyinin benzer ülkelere göre daha da kötü olduğunu ortaya koymuştur (**Townsend ve Davidson, 1980**). Ülkemizde yapılan Nüfus ve Sağlık Araştırmalarında da Doğu'daki Bebek Ölüm Hızları Batı'ya göre her zaman iki misli kadar fazla bulunmaktadır.

Ülkemizde sağlık hizmetleri, bu hizmete asıl ihtiyacı olan işçi, gecekondu, yoksul, kırsal kesim vb. toplum gruplarına ancak hâkim sınıflar izin verdiği ölçüde götürülebilmektedir. Uluslararası kapitalizm ve emperyalizm yaşamın her alanını denetlediği gibi sağlık hizmetlerini de kendi çıkarına göre düzenlemektedir. Bu "düzen" ise sağlık hizmetlerinde serbest piyasa kurallarını öngörmektedir (**Dedeoğlu, 1997**). Bu düzenin emekçi sınıflar lehine değiştirileceği günlere kadar hangi sağlık hizmeti modeli denenirse denensin vatandaşlarımızda " tam bir iyilik hali" sağlamak mümkün olmayacaktır.

Bütün bunlara karşın, sosyalleştirme, öngördüğü çağdaş sağlık hizmetleri, eşit, parasız bir kamu hizmeti anlayışı ile Türkiye sağlık tarihinde, olumlu yerini almış olup takdirle anılacaktır. Zor koşullarda da olsa, bir ekip ile çalışmış, hiç sağlık hizmeti almamış toplulukların sağlık düzeyine olumlu katkılarda bulunmuş, bu hizmetten keyif almış, görevini yapmış olmanın getirdiği huzuru tatmış sağlık personelinin ise gönlündeki yerini koruyacaktır.

### Kaynaklar.

- Aksakoğlu G.** (1994) *Denenmeyen model: sosyalizasyon. Toplum ve Hekim*, 1994, 9(60) 52-58
- Charles J A.** *Türkiye'de Sağlık İşlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Rapor. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayını No:268,1961*
- Çağlayan S.** *Görüşler. 1. Sağlık Ocakları ve Koruyucu Hekimlik Kurultayı, 3 Haziran 1998, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara, 1998,*
- Dedeoğlu N.** *Bir yasanın hikâyesi, Toplum ve Hekim; 1994, 9(60):59-60*
- Dedeoğlu N.** *224 Sayılı Yasanın Dünü, Bugünü, Yarını. İçinde: 224 Sayılı Yasa'da Dün-Bugün-Yarın Sempozyumu, Adana; 14-15 Mart 1997*
- Dirican R.** *Muş İlinde Sosyalleştirilen Sağlık Hizmetleri Hakkında Gözlemler ve İlerisi İçin Düşünce ve Kanaatler. Yayınlanmamış Rapor. Ankara, 1964*
- Dirican R.** (1998) *Görüşler. 1. Sağlık Ocakları ve Koruyucu Hekimlik Kurultayı, 3 Haziran 1998, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara, 1998*
- Gülesen Ö.** (1974) *Sağlık hizmetleri sosyalizasyonu ve uygulamanın getirdiği sorunlar, Diyarbakır Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.1(3):423-428*
- Kurt Ö, Şaşmaz T.** (2012) *Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi:1961-1963. Lokman Hekim Journal, (1):21-30*
- Ovalı K.** 224. *Sosyalizasyon. Web Sitesi.: <https://haber.sol.org.tr/blog/sinifin-sagligi/kurtulus-ovalı/224-sosyalizasyon-182078> Erişim tarihi: 2.2.2021*
- Öztek Z.** (1992) *Nusret Fişek ile Söyleşi, 18 Mart 1986. TTB Merkez Konseyi Yayını,*
- Payzın S, Tekeşin A.** (1964) *Türkiyenin Nüfus, Sağlık ve Sağlık Personeli Problemleri, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayını No: 304,*
- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Sosyalleştirme Dairesi Başkanlığı.** (1996) *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Tatbikatı Birinci Genel Kurul Toplantısı. Ankara*
- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı.** (1973) *Sağlık Hizmetlerinde 50 yıl. Sağlık ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Yayını No:422,*
- Sayek F.** (1998) *Görüşler. 1. Sağlık Ocakları ve Koruyucu Hekimlik Kurultayı, 3 Haziran 1998, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara,*
- Üner R, Fişek N.** (1961) *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Uygulama Planı Üzerine Çalışmalar. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayını No:256*
- Sol Meclis Sağlık Komisyonu.** (2003) *Sosyalist Türkiye'de Sağlık. NK Yayınları*
- Townsend P, Davidson N.** (1980) *Inequalities in Health, The Black Report. Pelican Books, England,*