

TARİH ARAŞTIRMASI**TÜRKİYE'DE TAŞRA ve KIRSAL KESİM SAĞLIK HİZMETLERİ ÖRGÜTLENMESİ TARİHİ***Dr. Erdem AYDIN**

Ülkemizde, sağlık hizmetlerinin taşra ve kırsal kesimde sunulmaya başlanması yaklaşık son 130 yıllık süreci kapsar. Bu süreci Osmanlı ve Cumhuriyet dönemleri olarak iki bölümde inceleyebiliriz. Diğer yandan bu sürece Koruyucu Sağlık Hizmetleri (Halk Sağlığı Hizmetleri) örgütlenmesinin tarihi denmesi fazla yanlış olmaz. Gerek Osmanlı, gerek Cumhuriyet dönemlerinde devlet idaresi için "taşra ve kırsal kesim sağlık hizmeti" kavramı genel olarak bu bölgelere koruyucu sağlık hizmetlerinin götürülmesi anlamını taşımıştır (Gelişim ve içeriğindeki farklılıktan dolayı hastane hizmetlerini konumuz dışı bırakıyoruz).

Sağlık hizmetleri konusunda 19. yüzyılda Batı dünyasında gelişmeye başlayan anlayış, devlet yöneticilerini sağlık hizmetlerinden sorumlu tutma ve bu alanda gerekli önlem ve hizmetlerin yerine getirilmesini onlardan bekleme anlayışı biçimindedir. Özellikle 19. yüzyılın ikinci yarısından itibaren, mikrobiyoloji alanındaki gelişmelerle, koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi anlaşılmış ve Batı dünyasının devlet yöneticileri ülkeleri çapında sağlık örgütleri kurmaya başlamışlardır (Brockington F., 1975).

OSMANLI DÖNEMİ

Osmanlı idaresi sağlık hizmetlerini ülkeye yaymak için ilk girişimi 1861 yılında belediyeler aracılığıyla yapmak ister (**Tababeti Belediye İcrasına Dair Nizamname**). İllerde belediyeler tarafından hekim istihdam edilmesi şart koşulur. Kuşkusuz o tarihlerde hekim sayısının çok az olmasından dolayı, kamu görevinde çalıştırılacak hekim bulmakta güçlük çekilmektedir. Daha sonra şehir ve kasabalarda görevlendirilmek üzere hekim yetiştirecek bir sivil tıp okulunun açılmasına karar (Mektebi Tıbbiye Mülkiye) verilir. 1866 yılında eğitime başlayan bu okulun açılma gerekçesi niteliğindeki hükümet tezkeresinin ilgili

cümlesi "(...) taşralarca istihdam olunacak etibbaya mahreç olmak üzere Mektebi Tıbbiye Mülkiye namile bir dersbane küşad ve tertibi lüzumuna dair.." (Ergin O., 1940). biçimindedir. Devlet, bu okulda okuyanların mezuniyetlerine yakın tarihte, 1871 yılında, "Memleket Tabibi" adı altında ülke çapında hekim tayin etme kararını alır.

Memleket Tabipliği

Devletin, 1871 yılında memleket tabibi adı altında ülke genelinde hekim görevlendirme kararı almasıyla, taşradaki il ve ilçe merkezlerine hekim gönderilmeye başlanır (**İdare-i Umumiye-i Tıbbiye Nizamnamesi**). Umuru Tıbbiye Mülkiye Nezareti ("Sivil Tıp İşleri İdaresi") ile başkent İstanbul'da belediye başkanı ve öteki illerde valiler tarafından ortaklaşa tespit edilecek sınırlar içerisindeki yerleşim birimlerine mümkün olduğunca birer hekim atanacaktır.

Memleket tabipleri hem koruyucu, hem tedavi edici sağlık hizmetlerinde görev yaparlar. Bu hekimler belediye tarafından tespit edilecek bir yerde haftanın iki günü zengin, fakir ayırımı yapmadan parasız hasta muayenesi ve talep edenlere parasız aşı yapacaklardır. Eğer hasta muayeneye gelemeyecek durumda ise hekim hastanın evine gidecektir; bunlardan, hali vakti yerinde olanlardan, mahalli belediyece tespit edilmiş ve Umuru Tıbbiye Mülkiye tarafından onaylanmış tarife uyarınca ücret alınacaktır. Çağrıldığı hastaya gitmeyen hekimler işten el çektilir.

Memleket tabiplerinin koruyucu sağlık hizmetleri görevleri olarak bölgesindeki salgın hastalıkları en hızlı biçimde yetkili amirlere duyurmak ve idarenin onayı ile gerekli tıbbi önlemleri almak; bölge dışındaki salgınlarda görev almak; hizmet gördüğü bölgenin topoğrafik durumunu incelemek ve çıkabilecek hastalıklar karşısında gerekli önlemleri almak vardır. Memleket Tabipleri bölgelerinin insan sağlığıyla ilgili durumunu ve gelişmeleri düzenli olarak en üst tıbbi idareye bildirmekle yükümlü ve sağlık

* Yrd. Doç. Dr., Akdeniz Üniv. Tıp Fak. Deontoloji (Tıbbi Etik) ve Tıp Tarihi AD

Şekil 1: Türkiye'de Taşra-Kırsal Kesim Sağlık Hizmet Birimlerinin Tarihsel Gelişim Şeması



idaresinden aldıkları emirler doğrultusunda yerel idareyi uyarma hakkına sahiptir.

Adli tabiplik hizmetleri de memleket tabiplerinin görevlerindedir. İdari yönden, memleket tabipleri gönderilen emirlere itiraz etme hakkına sahiptir; ancak yenisi gönderilene kadar eski emre uymak zorundadırlar.

Devlet, bu şekilde ülke genelinde resmi olarak hekim görevlendirmesine rağmen, maddi önemli bir yükün altına girmez. Memleket tabiplerinin maaşları belediyeler tarafından ödenir. Salgınlardaki bölge dışı görevlerde de hekimin masrafları belediye tarafından karşılanacaktır. Belediyeler diplomalı bir eczacı idaresinde ve hekim gözetiminde birer eczahane açacaklardır. Fakir hastaların ilaçları bu eczahanedan parasız sağlanır. Hali vakti yerinde olanlara ise bedeli karşılığında ilaç satılır. Ancak bir süre sonra, 1888'de, memleket tabiplerinin maaşları doğrudan devlet tarafından ödenmeye ve devlet memuriyeti sicilleri tutulmaya başlanır. Hükümet tabipleri kaza, liva, vilayet tabibi ve müfettiş sınıfı olmak üzere dört sınıfa ayrılır (**Memleket Etibbası ve Eczacıları Hakkında Nizamname**).

Görüldüğü gibi, devlet vakıf geleneğinde olduğu gibi memleket tabipleri aracılığıyla halka ücretsiz hizmet götürmüştür. Muayene günleri dışında, hekimlerin daimi resmi görev yerlerinin neresi olacağı saptanmamıştır.

Hükümet Tabipliği

Osmanlı döneminde, devletin sağlık alanında ülke çapında örgütlenmesi ve taşra-kırsal kesime hizmet götür-

mesi olgusu yıllar geçtikçe daha iyi şekillenmeye başlar. 1913 yılından itibaren il merkezlerinde sağlık müdürlükleri kurulur. Artık, başta koruyucu ve çevre sağlığı hizmetleri olmak üzere il genelinin tüm sağlık işlerinden idari yönden sağlık müdürleri sorumludur. Sağlık müdürleri ildeki fabrika vb. işyerlerinde çalışan işçilerin sağlık durumlarıyla ilgili denetlemeler yapmakla da yükümlüdürler (**Vilayet İdaresi Sıhhiye Nizamnamesi**).

Bu dönemde devletin il ve ilçelerde görevlendirdiği hekimler için kullanılan "Memleket Tabibi" ünvanı terk edilerek bunun yerine "Hükümet Tabibi" ünvanı kullanılmaya başlanır. Hükümet tabipleri sağlık müdürlerine bağlıdır ve onlar tarafından denetlenirler. Hükümet tabipleri il merkezi, liva ve ilçelerde görev yapmaktadır.

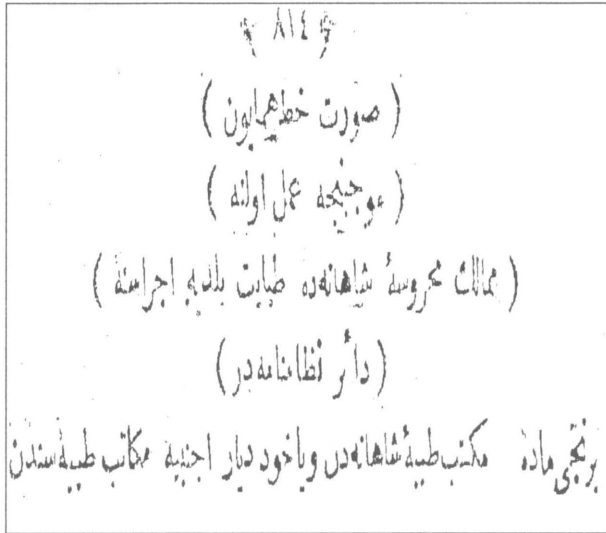
Hükümet tabiplerinin başta gelen görevleri mevcut yasa mevzuatları doğrultusunda koruyucu ve çevre sağlığı hizmetlerini yürütmektir. İşyeri ve gıda denetimleri, adli tabiplik, doğum-ölüm kayıtlarını tutmak ve serbest çalışan hekim, eczacı, dişçi, ebeleri denetlemek hükümet tabiplerinin görevleri arasındadır. Ayrıca belediyeler etüv gibi cihazları almak ve bunlar için bina (tebhirhane) inşa etmekle görevlendirilir.

Söz konusu dönemde dikkat çeken yeni bir kurumlaşma da sıhhiye meclisleridir. İl, liva ve ilçelerde sıhhiye meclislerinin kurulması öngörülür. Bu meclisin başkanı yerleşim yerine göre vali, kaymakam gibi en yüksek idare amiri olup; üyeleri belediye başkanları, sağlık müdürleri, hükümet tabipleri, askeri yetkililer ve ilgili bazı devlet görevlileridir. Sıhhiye meclislerinin öngörülen görevleri şunlardır: Bölgenin genel sağlık durumunu görüşmek, özellikle köylü kesiminin sağlık durumunu incelemek ve gerekenleri düşünmek; nüfusun artırılması çarelerini aramak; salgın ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele; çevre sağlığı; frengi, sıtma ve veremin yok edilmesi gibi faaliyetlerdir.

Sıhhiye meclisleri Cumhuriyet döneminde, önce "Umumi Hıfzıssıhha Meclisi" (**Umumi Hıfzıssıhha Kanunu**) daha sonra sosyalleştirmede "Sağlık Kurulları" (Sağlık ocaklarının bulunduğu köylere kadar olarak yer alır (**Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetlerinin Sağlık Kurulları Yönetmeliği**, **Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetlerinin Sağlık Kurulları Yönetmeliği**'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Ek Yönetmelik).

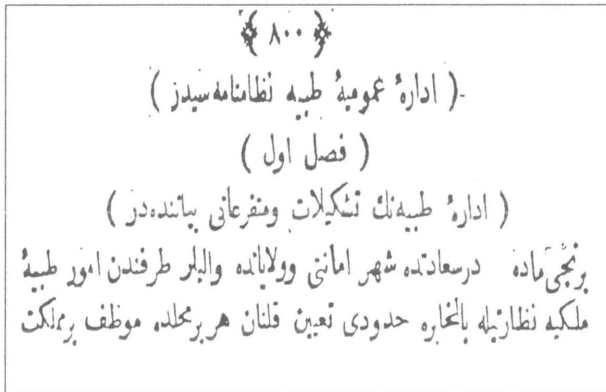
Osmanlı döneminde taşra sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde atılan adım, hekim atayarak personel altyapısını sağlamak biçimindedir. Devlet, taşrada koruyucu ve tedavi edici hizmetleri yürütecek belli bir program dahilinde, bir hizmet binası, tıbbi malzemesi, araç-gereci, yardımcı sağlık personeli ile bütünleşmiş bir sağlık ünitesini kurmaktan henüz uzaktır. Bu hekimler başta salgın ve bulaşıcı hastalıklar olmak üzere, sağlıkla ilgili gelişmeler konusunda devletin taşradaki gözü kulağı, resmi görevlidir. Böylelikle ülkemizde daha ilk başta, günümüze kadar

Şekil 2: 1861 Yılı Tababet Belediye İcrasına Dair Nizamname



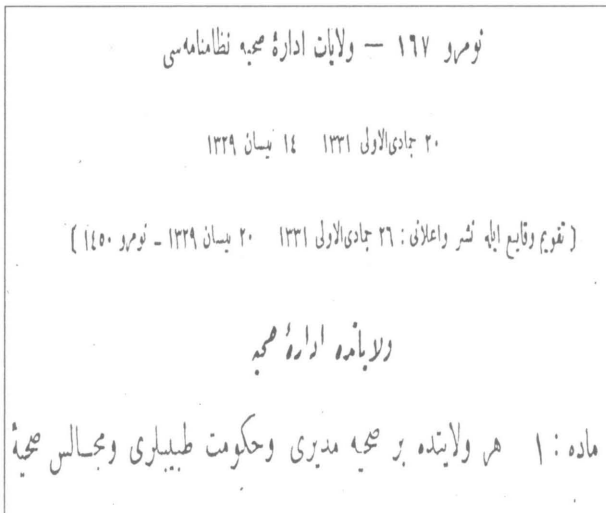
Kaynak: Tababeti Belediye İcrasına Dair Nizamname

Şekil 3: 1871 Yılı İdarei Umumiyei Tıbbiye Nizamnamesi



Kaynak: İdarei Umumiyei Tıbbiye Nizamnamesi

Şekil 4: 1913 Yılı Vilayet İdarei Sıhhiye Nizamnamesi



Kaynak: Vilayet İdarei Sıhhiye Nizamnamesi

sürüp gelecek olan, devletin taşra-kırsal kesimde koruyucu (halk sağlığı) ve tedavi edici hizmetleri birarada sunma olgusu başlamış olur.

CUMHURİYET DÖNEMİ

Türkiye Cumhuriyeti'nin kurulmasıyla ülkemizde sağlık alanında yepyeni kalıcı bir dönem başlamıştır. Başta Atatürk olmak üzere Cumhuriyeti kuranlar, sağlık hizmetlerini halka ulaştırmayı üzerlerine düşen en önemli görevlerden biri olarak kabul etmişlerdir. Bu konuda ilk adım Cumhuriyet'in ilanından önce, Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin kuruluşundan hemen sonra 2 Mayıs 1920'de Sağlık Bakanlığı'nın kuruluşuyla atılmıştır (**Büyük Millet Meclisi İcra Vekillerinin Sureti İntihabına Dair Kanun**). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın kurulması dünyadaki ilk örneklerden birisidir (**Şehsuvaroğlu BN, Demirhan AE, Güreşsever GC. 1984**). Kurtuluş Savaşı içerisinde olan bir ülkenin sağlık konusunu ilk gündem maddelerinden biri olarak ele alması, Cumhuriyet yönetiminin sağlık hizmetlerine ileride göstereceği yoğun ilginin çok açık bir kanıtıdır. Daha ilk Meclis, sağlık hizmetlerini ülkenin kurtuluşundan sonra çözüme kavuşturulması gereken ilk amaçlardan biri olarak görmüştür (**TBMM Zabıt Ceridesi, 1940**).

Mustafa Kemal Atatürk sağlık hizmetlerinde gerçekleştirilecek büyük hamleyi, ülkemizin çağdaşlaşmasındaki en büyük kilometre taşlarından biri olarak kabul etmektedir (**Aydın E., 1995; Gökay FK., 1938**). Cumhuriyet'in sağlık hizmetleri konusunda benimseyeceği temel politik ilke, Atatürk tarafından 1 Mart 1922 tarihinde Meclis kürsüsünde şöyle dile getirilmiştir: "Milletimizi asayışı tam halinde yaşatmak nuhbei amelimiz (en büyük amacımız) olduğu gibi onun sıhhatine itina etmek ve vesaiti mevcudemiz (olanaklarımız) nispetinde alımı içtimaiyesine (toplumsal acıya) çaresaz (çare) olmak da hükümetimizin cümlei vezaifindedir (genel ödevlerinden biridir)" (**Atatürk MK. TBMM Zabıt Ceridesi 1959**). Atatürk'ün bu sözleri sağlık hizmetlerini devletin temel görevlerinden biri haline getirmektedir. Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarının birer "sağlık hakkı"nın bulunduğu anlamına da gelen bu yükümlülük, sağlık alanında çağdaş devlet-birey ilişkisini de açıklamaktadır. Böylesi ilkesel etik bir yaklaşım, Türkiye Cumhuriyeti'nin benimseyeceği sağlık politikasının temel çıkış kaynağı olacaktır. Atatürk'ün şu sözleri de devletin söz konusu yükümlülüğünün koruyucu ve halk sağlığı hizmeti biçiminde olmasının gereğini vurgulamaktadır (bugünkü Türkçe ile). "(..) Toplumun sağlığı için öngörülen köklü önlemler sürekli geliştirilmeli ve genişletilmelidir (**Atatürk MK. TBMM Zabıt Ceridesi 1970**). Milletimizin sağlığını korumak ve desteklemek, ölümü azaltmak, nüfusu çoğaltmak, bulaşıcı ve salgın hastalıkların yıkımına karşı koymak ve bu surette millet fertlerinin dinç ve çalışmaya kabiliyetli sağlıklı vücutlar halinde yetişmesini temin etmeliyiz" (**Atatürk MK. TBMM Zabıt Ceridesi 1959**). Atatürk'ün sözlerinden de anlaşılacağı gibi, Cumhuriyet ile ülkemizde başlayan sağlık hamlesi koruyucu sağlık anlayışı içerisinde, bir halk sağlığı hizmeti niteliğini taşıyacaktır.

Cumhuriyet'in ilanından sonra sıra, tespit edilmiş olan bu politikayı hayata geçirmeye gelmiştir. 1930 yılında yürürlüğe giren "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu" söz konusu politikayı uygulamaya aktaran hukuki bir unsur olmuştur. Bu yasa ülkemiz sağlık hizmetleri için bir tür "Anayasal" değer taşımaktadır (TBMM Zabıt Ceridesi '.'). Yasanın ilk maddesi hemen tümüyle Atatürk'ün görüşünü tekrarlar niteliktedir: "Memleketin sıhhi şartlarını ıslah ve milletin sıhhatına zarar veren bütün hastalıklar veya sair muzır amillerle mücadele etmek ve müstakbel neslin sıhhatli olarak yetişmesini temin ve halkı tıbbi içtimai muavenete mazhar eylemek umumi devlet hizmetlerindedir."

Cumhuriyet ile birlikte sağlık hizmetlerinin hayata geçirmesinde unutulmaz isim bilindiği gibi Dr. Refik Saydam'dır. Saydam 1881 yılında İstanbul'da doğmuş 1903'te Askeri Tıbbiye'den Yüzbaşı Doktor olarak mezun olmuştur. 1910-1912 yılları arasında Almanya'da eğitim görmüştür. Atatürk ile birlikte 1919 yılında Samsun'a çıkmış ve onun en yakın çalışma arkadaşlarından biri olmuştur. 1920'de Büyük Millet Meclisi Hükümeti Milli Müdafa Vekaleti Sağlık Dairesi Başkanlığı'na getirilmiştir. 1921 yılında Sağlık Bakanı olmuştur. 1925 ile 1937 yılları arasın kesintisiz olmak üzere, bazı aralıklarla toplam 16 yıl Sağlık Bakanlığı görevinde bulunmuştur. Atatürk'ün ölümünden sonra 1938'de Dahiliye Bakanı, 1939'da Başbakan olmuştur. Bu görevde iken 8.7.1942 tarihinde vefat etmiştir. Dr. Refik Saydam koruyucu sağlık, halk sağlığı, toplum sağlığı kavramlarını ülkemize getiren kişidir. Bu kavramlar gerek tıp çevresinde, gerekse devlet katında Saydam tarafından yerleştirilmiştir. Bu anlayışın uzantısında ülkemizdeki koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti örgütlenmesinin temel taşlarını o koymuştur (Dr. FN Prof. Dr. Refik Saydam. Dirim 1935; Dr. Refik Saydam 1881-1942 Ölümünün 40. Yılı Anısına SSYB 1982; Sağlık Bülteni Refik Saydam Özel Sayısı 1982; Saydam R. SİM V 1942; Sıhhiye Mecmuası Fevkalade Nüshası 1942; Terzioğlu A. 1982).

Cumhuriyet ilan edildiğinde göreve başlayan yeni hükümette Sağlık Bakanı olan Dr. Refik Saydam'ın elinde o zaman devlet görevindeki hekim ve hekim dışı sağlık personelinin sayıları şöyledir: Hekim 560, sağlık memuru 554, ebe 136, hastabakıcı hemşire 69, eczacı 4. Saydam'ın vefat ettiği 1942 yılında ise bu rakamlar şöyle değişmiştir: Hekim 1538, sağlık memuru 1462, ebe 643, hastabakıcı hemşire 410, eczacı 138 (Sıhhiye Mecmuası Fevkalade Nüshası, 1942).

Saydam tarafından 1925 yılında tespit edilen Sağlık Bakanlığı hizmet programının ana hatları şunlardır (Gökay FK. 1938; Sıhhiye Mecmuası Fevkalade Nüshası 1942):

- 1) Devletin sağlık örgütünü genişletmek
- 2) Doktor sayısını artırmak
- 3) Numune hastaneleri açmak
- 4) Ebe yetiştirmek

- 5) Sağlık memuru yetiştirmek
- 6) Doğum ve çocuk bakımevi açmak
- 7) Verem sanatoryumu açmak
- 8) Sıtma mücadelesi yapmak
- 9) Frengi ve öteki sosyal hastalıklarla mücadele
- 10) Trahom ile mücadele
- 11) Sağlık-sosyal örgütlenmeyi köylere kadar götürmek
- 12) Sağlık-sosyal yasalarını yapmak
- 13) "TC Merkez Hıfzıssıhha Müessesesini"ni kurmak
- 14) "Hıfzıssıhha Mektebi"nin açılması

Saydam'ın programladığı sağlık hizmetlerinin ana hatlarına bakıldığında (hastane dışında) görülmektedir ki; tespit edilmiş olan hedefler, personel ve hizmet birimi gibi koruyucu ve halk sağlığı hizmetleri için gerekli altyapısal gereksinimlerdir. Bu gereksinimler taşra ve kırsal kesime sağlık hizmeti götürme politikasıyla bir aradadır. Kuşkusuz, tespit edilen bu hedeflerin gerçekleşmesi ülkenin sınırlı olanakları içerisinde seneleri alacak bir girişimdir. Aşağıda da göreceğimiz gibi taşrada sağlık hizmeti sunabilmek için devlet, o günden günümüze dek illerden ilçelere, ilçelerden köylere kadar sağlık personeli atayarak ve sağlık üniteleri kurarak gerekli hizmet altyapısını kurmaya çalışacaktır.

Dr. Refik Saydam köylere kadar, koruyucu ve tedavi edici hizmetleri tüm taşraya götürebilmek için büyük uğraş vermiştir. Yukarıdaki hedeflerden de anlaşılacağı gibi, o bu konuda iki yöntem uygulamıştır. Birincisi, bazı salgın ve bulaşıcı hastalıklara karşı "dikey örgütlenme" adı da verilen örgütlenmedir. Bu amaçla Cumhuriyet'in hemen ilk yıllarında sıtma, frengi ve trahom hastalıklarına karşı, merkezi ve taşra birimleri bulunan özel hizmet örgütleri kurulmuştur. Sıtma savaşı için kurulan örgüt ilerleyen yıllarda tüm ülke düzeyine yayılmıştır. Frengi (Karadeniz ve buna yakın bazı iller) ve trahom (Adana ve Güney-Doğu Anadolu illeri) örgütlenmeleri ise ihtiyaç doğrultusunda bölgesel düzeyde olmuştur. Verem'e karşı maddi yetersizliklerden dolayı özel bir örgüt kurulamamış, gönüllü kuruluşların katkıları ve Bakanlığın kurduğu sanatoryum ve dispanserler ile mücadele yürütülmüştür. 1960'ta bakanlık içerisinde Verem Savaş Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Zaman zaman ekipler kurularak ankilostoma (nekatoryuz) mücadelesi yapılmıştır. Bu mücadele örgütleri aracılığıyla hekim ve öteki yardımcı sağlık personeli köylere kadar götürülebilmıştır (Sağlık Dergisi Fevkalade Nüsha 1948; Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl SSYB 1973; Sıhhiye Mecmuası Fevkalade Nüshası Vekaletin 10 Yıllık Mesaisi 1933). Her biri ayrı bir inceleme konusu bu örgütleri bir kenara bırakarak, taşraya sağlık hizmeti sunmakta benimsenen ikinci yöntem geçelim. Bu yöntem bugün "yatay örgütlenme" adı da verilen koruyucu ve tedavi edici genel sağlık hizmetlerinin birlikte sunulduğu yöntemdir (Entegre hizmet). Bu bağlamda yukarıda gördüğümüz hükümet tabipliği ile Cumhuriyet döneminde yeniden karşılaşıyoruz.

Cumhuriyet Döneminde Hükümet Tabipliği ve Seyyar Tabiplik

Osmanlı döneminde il merkezlerinde oluşturulan sağlık müdürlükleri ilin sağlık işlerinden sorumlu en yüksek amiri olarak Cumhuriyet dönemiyle birlikte varlıkları bugüne kadar devam etmiştir. Aynı şekilde hükümet tabiplikleri de taşra sağlık hizmetlerindeki görevlerini sürdürmüşlerdir. Cumhuriyet'in ilk yıllarında devlet en azından, her il ve ilçede birer hekim istihdam etmek istemektedir. Bu dönemde taşra sağlık hizmetleri örgütlenmesinde temel sorunsal başta hekim olmak üzere personel teminidir. 1925 yılında ülkedeki tüm resmi kurumlardaki hekim sayısı 1631'dir (Sağlık Bakanlığı, Askeri, il özel idareleri gibi). Ayrıca tahmini sayıları 600 olan serbest çalışan hekim bulunmaktadır. Bu tarihte ülkemizde 74 il ve 326 ilçe vardır. İl merkezlerinden 61'inde sağlık müdür bulunmaktadır. Hükümet tabibi sayısı ise 294'dür. 96 ilçe merkezinde hükümet tabibi bulunmamaktadır (TBMM Zabıt Ceridesi 1976). Hükümet tabipliğinin görev alanı ilçelerden öteye nahiyelere (belde) kadar uzatılmıştır (**Umumi Hıfzıssıhha Kanunu 1930**). Zamanla hükümet tabipliğinin görev kapsamı bir hayli genişlemiştir (**Hükümet Tabibinin Vazifeleri, Sağlık Dergisi; 1954**). Hükümet tabipleri kaymakamların sağlık konularındaki danışmanlarıdır. Sağlık işlerinde il sağlık müdürünün emri altında çalışırlar. Adli tabibin bulunmadığı yerlerde adli tabiplik vazifelerini görürler (**Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanunu**). Aşağıda göreceğimiz gibi sağlık örgütlenmesi genişleyip, yeni yapılanmalara uğrayınca hükümet tabipliğinin işlev ve görevleri bu gelişmelere uydurilmaya çalışılmış ve daha sonra sosyalleştirme programıyla kaldırılmışlardır.

Sağlık hizmetlerini köylere kadar, vatandaşın ayağına götürme amacıyla yapılan girişimlerden biri de "seyyar tabiplik"tir. Seyyar tabipler, finansmanı il özel idareler tarafından sağlanmak üzere devlet tarafından tayin edilirdiler (**Seyyar Tabiplerin Vazifeleri Hakkında Talimatname; Umumi Hıfzıssıhha Kanunu 1930**). Seyyar tabiplik uygulamasının sıtma, frengi, trahom örgütlerinin kendi içlerinde de ayrıca yer aldığını hatırlatalım.

Seyyar tabipler her ayın 20 gününü köy ziyaretlerinde bulunurlar. O dönemin ulaşım olanakları içerisinde bu görev at sırasında olacağı için, bu göreve atanacak olan hekimlerin sağlık raporu almaları gerekmektedir. Bu uygulamada görev alan hekimler uğradıkları köylerde ayakta tedavi ile halk sağlığı ve çevre sağlığı konularında hizmet yaparlar; köylüye sağlık eğitimi verirlerdi. Köylüye yapılan muayeneler ve ilaçlar parasızdır. Her ayın sonunda çalışma neticeleri bakanlığa rapor edilir. Devlet, seyyar tabipler aracılığıyla sağlık hizmetlerini köye ulaştırmayı arzulamaktadır. Hükümet tabipliği gibi, seyyar tabiplik de sağlık hizmetini hekimlik mesleği boyutunda sunmaya çalışan bir hizmet biçimidir.

Bu gelişmeler yaşanırken öte yandan da daha 1924 yılında, Türkiye Cumhuriyeti Devleti taşraya hekim ata-

makla yetinilemeyeceğini, bir sağlık hizmetinin verilebilmesi için taşra yerleşim yerlerinde sağlık ünitelerinin kurulması gerektiğini farketmiş bulunmaktadır. Bu çerçevede Cumhuriyet'in ilanından hemen sonra, dispanser olarak da bilinen "muayene ve tedavi evleri" kurulmaya başlanmıştır.

Muayene ve Tedavi Evleri

Öncelikle, o dönemde sağlık hizmetiyle ilgili kurumların sayılarına bakmak istersek 1925 yılıyla ilgili tablo şu şekildedir: İl özel idaresi hastaneleri 70 (3104 yatak), belediye hastaneleri 7 (640 yatak), şirketlere ait 3 (55 yatak), cemaat hastaneleri 5 (1367 yatak), azınlık hastaneleri 16 (1112 yatak). Aynı tarihte Sağlık Bakanlığı'nın elindeki

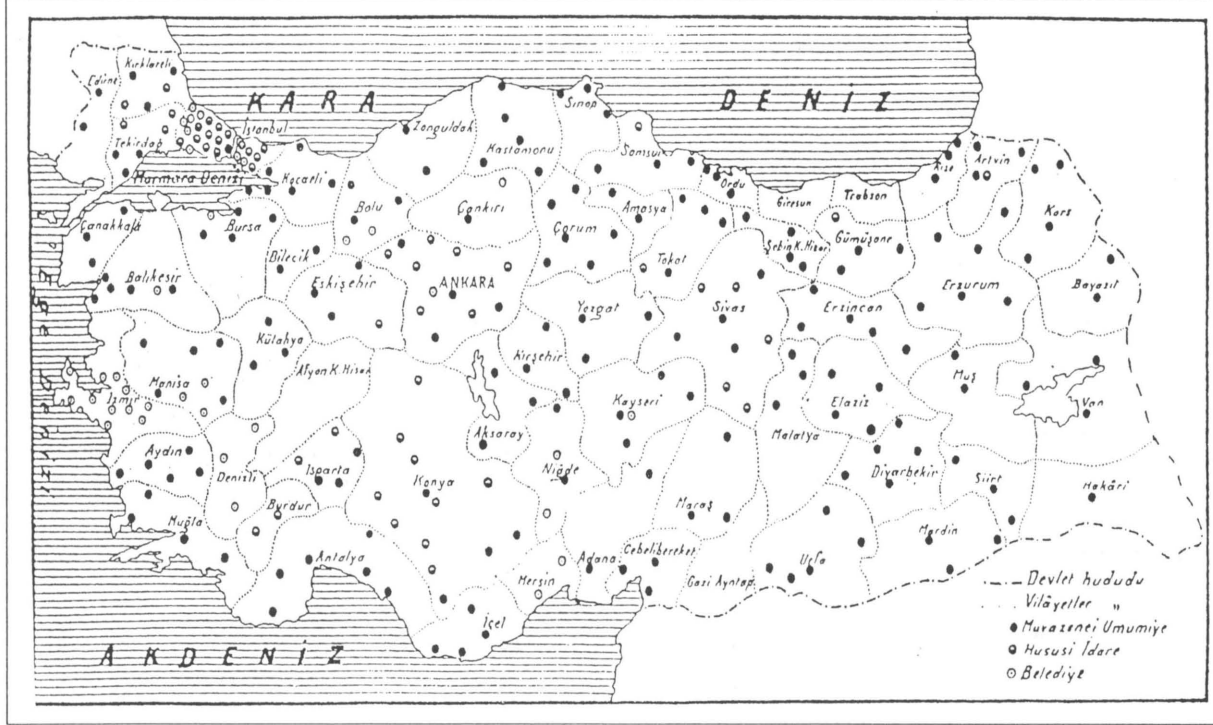
Tablo 1: 1930 Yılı Muayene ve Tedavi Evleri Yönetmeliğine Göre Tutulacak Evrak ve Defter Listesi

Muayene ve Tedavi Evlerinde bulunması ve tutulması icap eden evrak ve defterler berveçhi atidir:

- Demirbaş eşya esas defteri
- Eczayı Tıbbiye ve Malzemei tıdariye Varidat ve Sarfiyat defteri (yevmi, şehri, senelik)
- Poliklinik defteri
- Masarifi müteferrika ve mübayaat defteri
- Evamir kayıt defteri
- Varide ve Sadire defteri
- Muharrerat müsvedde dosyası
- Rapor defteri
- İlaç satış-Reçete kayıt defteri
- Mübayaa edilen veya gönderilen mevada ait fatura ve irsaliye dosyası
- Aylık Hastalık İstatistik kayıt defteri
- Ecza maliyet, fiat cetveli
- Senelik eşya devir muhasebe cetveli
- Terkini kayıt evrakı müspitesi
- Devir ve tesellüm evrakı müspitesi
- Aylık ve senelik Ecza ve Malzeme Varidat ve Sarfiyat cetvelleri
- Muayene ve Tedavi Evleri Talimatnamesi
- Ve evamir talimat ve nizamnamelere tevlikan bulundurulması lazım gelen diğer defatir, cetvel, dosyalar ve saire

İşbu defter ve cetveller usulüne tevfikân vakit ve zaman ile tahrir ve tescil edilecek ve dosyalar muntazam bir surette tertip ve hıfz olunacaktır.

Şekil 5: 1932 Yılı Muayene ve Tedavi Evleri Haritası



Kaynak: Sıhhiye Mecmuası (1933)

tedavi kurumlarının sayısı ise şöyledir: Numune hastanesi 4, salgın ve bulaşıcı hastalıklar hastanesi 2, Akıl hastanesi 1, Eftal hastanesi 1, Amele hastanesi 1, Darülkelp 4, Senatoryum 1, Gurebayı Müslimin hastanesi 1. Bu hastanelerde toplam yatak sayısı 2155'dir (TBMM Zabıt Ceridesi, 1976).

Cumhuriyet ile birlikte taşra ve kırsal kesim sağlık hizmetlerinde yeni bir dönem başlar. Küçük, büyüklü tüm yerleşim birimlerine hastane hizmeti götürülmesi çok güçtür. Bu nedenle hastanesi bulunmayan yerlerin ihtiyacını bir ölçüde karşılayabilmek için "muayene ve tedavi evi" adı altında sağlık hizmeti ünitelerinin kurulmasına karar verilir. Bu bağlamda 1924 yılında, 150 ilçe merkezinde muayene ve tedavi evi kurulması kararı alınır (Sıhhiye Mecmuası Fevkalade Nüshası Vekaletin 10 Yıllık Mesaisi; TBMM Zabıt Ceridesi 1970). Sonraki yıllarda bu sağlık ünitelerinin ilçe merkezlerinin yanı sıra, il merkezlerinde de kurulduğu görülmektedir.

Muayene ve tedavi evleri 5-10 yataklıdır. 5 yataklı olanlarda hükümet tabipleri, 10 yataklı olanlarda ise ayrı bir hekim görevlendirilecektir. Hükümet tabibinin bulunmadığı yerlerdeki 5 yataklı evlerde bu görevi belediye tabibi üstlenmektedir. İsminden de anlaşıldığı gibi, bu hizmet ünitelerinde yalnızca tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunumu amaçlanmıştır. Hükümet tabipleri sabah saat 9 ile 11 arası iki saat muayene hizmeti verdikten sonra, acil vakalar dışında öteki asli görevlerini yerine getirirler. Hekim tayin edilmemiş muayene ve tedavi evi hizmet vermez,

kapalı tutulur (Muayene ve Tedavi Evleri Talimatnamesi, 1930).

Muayene ve tedavi evlerinde hasta muayenesi ücretsizdir. Yoksul hastaların ilaçları da parasız verilir. Yataklı olmalarına rağmen buraları daha çok ayaktan tedavi edici hizmetlerin verildiği sağlık üniteleridir. Bu evlerde yatırılan hastalar, yalnız bir geceliğine olmak üzere muayene olduktan sonra aynı gün köyüne dönemeyecek olanlar, kalacak yeri olmayan fakir hastalar ile hastaneye sevk edilecek olanların sevk gününe kadarki süre için yatırılması gerekenlerdir. Yatan hastaların yiyecek ve içecekleri hastaların kendileri tarafından; yoksul olanların ise belediye veya başka bir biçimde temin edilmeye çalışılır.

Muayene ve tedavi evlerinin kadrosunda hekimden başka sağlık memuru ve birkaç tane hademe bulunur. Sağlık memurları aşı, pansuman, enjeksiyon, lavaj gibi tıbbi müdahaleler ile vazifeleri olan idari işleri yaparlar. Sağlık memuru hekimin geçici yokluğundan ondan aldığı izinle küçük müdahaleleri yapar. Ancak atanmış bir hekimin bulunmadığı muayene ve tedavi evine sağlık memuru giremez; vilayetçe mesleğine uygun başka bir görev verilir. Hademeler ise muayene ve tedavisi sırasında hekime yardımcı olurlar; evin bakım ve temizliğinden sorumludurlar. İlçede belediye ya da memleket ebesi var ise onlar da hekime yardımcı olur.

Görüldüğü gibi hekim bulunmadığı zaman muayene ve tedavi evlerinin kapısına kilit vurulmaktadır. Buralarının

yapılanması bir hizmet ünitesi biçiminde olmasına rağmen sunulan hizmetin boyutu büyük ölçüde hekimlik hizmeti ile sınırlıdır. Sunulan hizmette koruyucu sağlık hizmetleri yoktur. Ancak hükümet tabibinin görev yaptığı yerlerde, koruyucu sağlık hizmetleriyle dolaylı bir ilişkisi ortaya çıkmaktadır. Zaten hükümet tabiblikleri ile muayene ve tedavi evlerinin adları zamanla birlikte anılacaktır.

1930 yılından itibaren muayene ve tedavi evine ait hizmet binasının tek tipte olması kararlaştırılır. Hizmet binası, yerleşim yerinin kolay ulaşılabilecek merkezi ve işlek bir yerinde bulunmalıdır. Binada erkek ve kadınlar için ayrı ayrı bekleme odası, muayene odası, sağlık memuru odası, pansuman odası ve hademe odası olmalıdır. Hasta yatakları 5 yataklıda iki oda, 10 yataklıda 3 oda halindedir. Ayrıca tıbbi nitelikte, kullanım amaçlı demirbaş eşyalar ile bazı evrak ve kayıt defterleri bulunmalıdır.

Sağlık Bakanlığı'nın yanısıra özel idare ve belediyeler de çok sayıda muayene ve tedavi evini hizmete sokarlar, bu sayı 1933'te doksan civarındadır (**Sıhhiye Mecmuası Fevkalade Nüshası Vekaletin 10 Yıllık Mesaisi**). Sağlık Bakanlığı tarafından kurulan muayene ve tedavi evlerinin sayısı 1936'da 180, 1942'de 200'ü bulur (**Sıhhiye Mecmuası Fevkalade Nüshası**). 1950'de ise 300 (**TBMM Zabıt Ceridesi, 1954**) civarındadır. Bu tarihten sonra yenilerinin açılmasına son verilir.

Tablo 2: 1933 Yılı Etimesgut Numune Dispanseri Yönetmeliği

Etimesut İçtimai Hıfzıssıhha Nümune Dispanseri Talimatnamesi
Madde 1- Etimesut içtimai hıfzıssıhha (Nümune) Dispanserinin mesai sahası Etimesut nahiyeye merkezi ile bu nahiyeye menbut köylerden ibaret olup buralarda atideki vezai fi ifa ile mükelleftir.
1- Merkez ve köylerde hastaların muayene ve tedavileri
2- Sıtma ve Frengi de dahil olduğu halde bilcümle sari hastalıklarla mücadele
3- Validelere doğumdan evvel, doğum esnasında ve doğumdan sonra Sıhhi ve İçtimai yardım, Süt çocuklarının sıhhatlarına nezaret ve bunların beslenip büyütülmesini aileye öğretmek
4- Mekteplerde hıfzıssıhha usullerinin tatbikini temin ve takip
5- Köy kanunu ile Umumi Hıfzıssıhha Kanununun Köy Hıfzıssıhhasına ait ahkâmının tatbikini temin

Kaynak: Etimesgut İçtimai Hıfzıssıhha Numune Dispanseri Talimatnamesi (1933)

Türkiye'de, muayene ve tedavi evleri ile ortaya çıkan tarihsel nokta; devletin artık, hekim tayiniyle yetinmeyip, taşrada bazı sağlık üniteleri kurma sürecine girmiş olması olgusudur. Bunlar arasında biri diğerleri yanında kendine özgü tarihsel bir yer edinecektir. Söz konusu muayene ve tedavi evi (dispanser) "Etimesgut İçtimai Hıfzıssıhha Numune Dispanseri"dir.

Etimesgut İçtimai Hıfzıssıhha Numune Dispanseri

Türkiye Cumhuriyeti'nin sağlık politikasının temel ilkesinin Atatürk tarafından belirlendiğine yukarıda değinmiştik. Ancak Atatürk'ün sağlık hizmetlerindeki devrimci tavrı bu kadarla kalmamış, uygulamada da kendisini göstermiştir. Taşra ve kırsal kesime sağlık hizmeti götürülmesinde kullanılacak örnek hizmet ünitesi bizzat onun girişimleriyle Ankara'nın Etimesgut bölgesinde oluşturulmuştur.

Bu bölge özel bir çiftlik iken, sahibi tarafından 1925 yılında Atatürk'e armağan edilir. Atatürk 1928 yılında, Bulgaristan'dan gelen 50 hanelik bir göçmen grubunu buraya yerleştirmiştir. Etimesgut, böylelikle Ankara merkezine bağlı, 19 köye sahip bir bucak merkezi haline gelmiştir. Atatürk, başka hizmetler yanında, buraya bir dispanser yapımını da sağlar. Bu dispanserin yapımına 1929 yılında başlanır ve 1930'da hizmete girer (**Uğurlu MC., 1994**).

Öte yandan Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam, aynı tarihlerde incelemelerde bulunmak üzere Amerika Birleşik Devletleri'ne gitmiştir. Buradaki sağlık sistemini yerinde gören Saydam, gözlem ve izlenimleri doğrultusunda Etimesgut'ta yeni bir anlayışla sağlık hizmet ünitesini hayata geçirmeye çalışır. Bu hizmet ünitesinin adı "Etimesgut İçtimai Hıfzıssıhha Numune Dispanseri"dir. Etimesgut'ta kurulan bu örnek dispanser muayene ve tedavi evlerinden farklı olarak, Etimesgut bucak merkezi ve köylerine koruyucu (halk sağlığı) ve tedavi edici sağlık hizmetlerini birarada sürdürmek üzere planlanmıştır (**Etimesgut İçtimai Hıfzıssıhha Numune Dispanseri Talimatnamesi; Pektaş MN., 1995; Sıhhiye Mecmuası Fevkalade Nüshası Vekaletin 10 Yıllık Mesaisi, 1933; Sıhhiye Mecmuası Fevkalade Nüshası, 1942; Uğurlu MC., 1994**).

Tablo 3: 1933 Yılı Etimesgut Numune Dispanseri Personel Kadrosu

Etimesut Dispanseri	Adet
Tabip	1
Ebe	1
İdare memuru,	-
Ayniyat mutemedi,	-
Eczacı	1
Kalorifer, Etüv memuru,	-
Şoför	1
Hastabakıcı	1
Hademe ve aşçı	3

Kaynak: Etimesgut İçtimai Hıfzıssıhha Numune Dispanseri Talimatnamesi (1933)

Bu arada vurgulanması gereken, Cumhuriyet ile başlayan halk sağlığı hizmetlerinin dünya ölçüsündeki önemidir. 19. yüzyılda Batı dünyasında başlamış olan halk sağlığı anlayışı, Birinci Dünya Savaşı sonrasında Doğu Avrupa'da çok belirgin biçimde etkisini göstermiştir. Bu dönemde Rusya ve Yugoslavya ile birlikte, yukarıda da belirtmiş olduğumuz Türkiye'deki koruyucu sağlık hizmet (halk sağlığı) atağı, dünya ölçeğinde bir hayli dikkat çekici olmuştur. Bu ülkeler, Batı ülkelerinden esinlenerek kendilerine uygun hizmet örgütlerini kurmaya çalışmışlardır. Rusya ve Yugoslavya'da koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin birarada verildiği sağlık üniteleri kurulmaya başlanmıştır (Brockington F., 1975). Etimesgut Dispanseri de koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin birlikte yürütüldüğü ülkemizdeki ilk hizmet ünitesidir. Ancak elimizdeki tarih kaynaklarına göre onun esin kaynağı Amerika Birleşik Devletleri'ndeki sağlık merkezleridir ve aşağıda da görüleceği gibi, ileriki yıllarda "sağlık merkezi" adını alacak olan Etimesgut Dispanseri bu merkezlerin Türkiye koşullarına uygulanmış ilk örneği olacaktır.

Etimesgut Numune Dispanseri'nde koruyucu hizmetler yanında verilen tedavi edici hizmetler ayaktan ve yataklı sağlık hizmetleri biçimindedir. Dispanser 10 yataklıdır. Tedavisi bir haftayı geçmeyecek hastalar yatırılmaktadır. Daha sonra bu süre 10-15 güne çıkartılır (Etimesgut Dispanseri Talimatnamesine ilave edilmek üzere Ankara ve Sıhhat ve İçtimai Muavenet Müdürlüğüne Yazılan 16.6.1931 tarih ve No: 3633 tahrirat). Salgın ve bulaşıcı hastalıklar dispanserde yatırılmaz; bu hastalar Ankara Numune Hastanesi'ne sevk edilir. Eğer Numune Hastanesi'nde boş yatak yoksa; boşalınca kadar hasta bekletilir. Böylece Cumhuriyet'in ürünü iki "Numune" sağlık hizmet birimi arasında sevk sistemi kurulmuş olur. Hasta sevk konusunda belirlenen bu işbirliği bölge sistemi içerisinde, başta sosyalleştirme olmak üzere, ilerideki sağlık planlarında yer alacaktır. Zor doğumlar da Ankara Doğum-evi'ne sevk edilir. Dispanser dışında, hekim, bölgedeki köyleri tek tek dolaşarak hastaların muayene ve tedavilerini yapar. Tüm fakir hastaların ilaçları parasız verilir.

Etimesgut Dispanseri'nin koruyucu ve halk sağlığı hizmetleri yönünden hizmetleri geniş bir kapsam oluşturur. Başta sıtma, verem, frengi hastalıkları olmak üzere salgın ve bulaşıcı hastalıklarla savaş konusu dispanserin görevlerindedir. Bu bölgedeki sıtma savaş örgütünün işlerini Etimesgut Dispanseri üzerine alır.

Anne ve çocuk sağlığı konusunda Etimesgut'taki bu sağlık ünitesinin görevleri ve yapacakları da şöyle belirlenmiştir: Bölgedeki gebe kadınlar beşinci aydan itibaren muayene edilerek takibe alınır. Gebelerin dispanserde doğurmasını sağlanır ve gebelikle ilgili koruyucu bilgiler verilir. Vakti gelenler doğumdan bir hafta önce yatırılır, normal koşullarda 10 gün bakılır. Zor doğumlar değiştiğimiz gibi bir zamanın görmesi için Ankara Doğum-evi'ne sevk edilir.

Dispanser hekimi bölgesindeki çocukların sağlık tara-

masını yapar, bebek ölümlerinin azaltılması için önlemler alır, öğretmen ve anne-babaları okul sağlığı konusunda aydınlatır. Annesi tarafından emzirilemeyen fakir ailelerinin çocuklarına parasız çocuk maması verilir. Dispanser ebisi belli zamanlarda köyleri ziyaret eder. Bu ziyaretler sırasında gebeleri tespit eder, gebe eğitimi yapar, düşük yapmanın tehlikeleri anlatılır; bebek ve çocuk bakımı ve ev temizliği hakkında bilgi verilir. Doğumların dispanser ve hastanelerde yapılması teşvik edilir.

Köylerin çevre sağlığı koşulları sürekli takip edilir. Köy sağlık koşullarının düzeltilmesi için belirlenmiş işlerin yerine getirilmesi, Köy Kanunu ve Umumi Hıfzıssıhha Kanunu hükümlerinin uygulanması sağlanır. Etimesgut Dispanseri'nin görevleri arasında sağlık eğitimi de vardır.

Dispanserin bir başka görevi sağlıkla ilgili istatistik ve cetvellerin tutulmasıdır. Bu istatistik ve cetveller şunlardır: Bölgedeki doğum, ölüm, evlenme istatistikleri; salgın ve bulaşıcı hastalık istatistikleri; muayene edilen, yatırılan hasta ve doğum istatistikleri; dağıtılan ilaç, mesai cetvelleri, idari ve mali diğer cetvellerdir.

Dispanserde hekim, ebe, sağlık memuru, idare memuru, hasta bakıcı ve eczacı görev yapar. Hekim tüm personelin amiridir ve dispanserin tüm işlerinden sorumludur. Çalışmalar bir ekip hizmeti şeklinde olur. Hekim bu çalışmalarını tanzim ve idare eder. Sağlık memuru ve ebe hem dispanserde, hem de köyleri gezerek vazifelerini yaparlar. Ebe dispanser içi görevi sırasında başhemşire olarak da görev yapar. Temizlik, hasta bakımı, karyola-yatak düzeni, yemeklerin hazırlanması ve dağıtımı klinik ve poliklinik eşyasının korunması ve bakımı ebenin bu türdeki görevleri arasındadır. Dispanserdeki idare memuru (aynıyat memuru) Hastaneler ve Aynıyat Muhasipleri Talimatnamelerine göre görevlerini yapar.

Dispanser çalışanlarının kalacak yer sorunları da düşünülmüştür. Hekim için demirbaş eşyaları da bulunan ayrı bir lojman vardır. Ebe, dispanserde kendisine ayrılmış ve döşenmiş bölümde ikamet eder. İdare memuru ve merkezde bulunduğu zaman sağlık memuru kendilerine ayrılan odalarında kalırlar.

Bunlar yanında Etimesgut'taki dispanser hekiminin genel idari hiyerarşideki yeri de ayrı tutulmuştur. Dispanser hekiminin bağlı bulunduğu idare amiri, doğrudan Ankara'daki il sağlık müdürüdür. Bu olgu sağlık ocağı hekiminin doğrudan sağlık müdürüne bağlı olması olarak, ileride sosyalleştirmede de yer alacaktır. Dispanserin işleyişi hastaneler talimatnamesine göredir.

Görüldüğü gibi "Etimesgut İçtimai Hıfzıssıhha Numune Dispanseri" yatay hizmet modeli (entegre hizmet) doğrultusunda bir sağlık ünitesidir. Etimesgut Dispanseri gelecekte, adına yakışır biçimde, taşra sağlık hizmet ünitelerinin oluşturulmasında tek örnek olarak yer almaktadır.

Dispanserin ilk başhekimisi Dr. Cudi Erentürk'tür (1898-1954). Başhekimliğe 1934 yılında Dr. Cemalettin Or atanır. Or, Sağlık Bakanlığı tarafından 1935 yılında Amerika Birleşik Devletleri'ne gönderilir. Burada Johns Hopkins Üniversitesi'nde bir yıl süre ile "köy sağlığı hijyeni" öğrenimi görür. Or, öğrenim süresi içerisinde halk sağlığı, çevre sağlığı, tedavi edici hekimlik üzerine olan çalışma ve uygulamaları izler, çok değerli gözlemlerde bulunur; sağlık merkezlerini inceler.

Or, Amerika'da bir yıl kaldıktan sonra yurda döner. Kuşkusuz bu bir yıllık sürede, Refik Saydam'ın 1930'daki kısa inceleme gezisinden daha kapsamlı ve ayrıntılı bilgiye sahip olmuştur. Etimesgut'ta tekrar göreve başlamasıyla, onun Amerika'da edindiği bilgi ve gözlemleri, Türkiye'de hayata geçirme süreci başlar. Böylelikle ülkemizdeki taşra-kırsal kesim sağlık örgütlenmesinde, önce "sağlık merkezi" sonra "sağlık ocağı" adı altında bugüne kadar süregelen hizmet ünitelerinin ve bu konudaki kavram ve hizmetlerin temeli atılmış olur.

Etimesgut'ta İlk Sağlık Merkezi ve Diğerleri

Dr. Cemalettin Or'un düşüncelerine göre tedavi edici hizmet yanında koruyucu sağlık hizmetlerinin sayısız üstünlükleri vardır. Sağlık merkezi gibi sağlık kurumları, gelişmiş ülkelerde gerçekte koruyucu hekimlik hizmetlerini vermektedir. Ama Türkiye gibi para ve personel olanakları sınırlı ülkelerde sağlık merkezlerinde koruyucu sağlık hizmetleri yanında, tedavi edici hizmetlerin de verilmesi kaçınılmazdır. Ülkenin ekonomik ve sosyal seviyesi yükseldikçe gün gelir bunlar birbirinden ayrı hizmetler olarak sunulabilir; ancak bulunan koşullarda bu doğru olmaz. Bir sağlık merkezi hizmetinin % 80'ni koruyucu, % 20'si ise tedavi edici hizmetler biçiminde olmalıdır. Bir sağlık merkezinde koruyucu hekimliği iyi bilen bir pratisyen, sağlık eğitiminde görev yapacak ziyaretçi bir

Şekil 6: 1937 Yılı Atatürk'ün Etimesgut Numune Dispanserine Ziyaretleri İle İlgili Haber

Ulu Önder Atatürk'ün Etimesgut'ta içtimali hifzissihha dispanserini ziyaretleri

Büyük Önderimiz Reisicumhur Atatürk 29/VI/1937 tarihinde Etimesgut İçtimali Hifzissihha Numune Dispanserini gezmişler ve mezkûr müessesenin hâttâ defterine ihtisalarını kayıd buyurmuşlardır. Büyük ve tarihi vesikamın bir suretini neşrediyoruz.

23/VI/1937
Etimesgut Sıhhat
müessesesini gördüm,
Kıymetli direktörünü
C. Or'ın verdiği
mâ'lumat ve izahattan
Çok memnûn oldüm
Modern çalışmalarını
nün sıfır neticesi
verdiğini kana-
atla gördüm.
H. Abalir

Kaynak: Atatürk'ün Etimesgut Ziyareti (1937)

hemşire, ziyaretçi bir ebe ve ülkemiz için yetiştirilmesi zorunlu olan bir sağlık mühendisinin bulunması kaçınılmazdır. Bu dört personel unsurundan başka, beşinci unsur olarak sistemin işlemesi ve demografik-sosyal istatistiklere esas olacak fiş sisteminin bulunması gerekmektedir (Or C., 1948; Uğurlu MC., 1994).

Tablo 4: 1946 Yılı Etimesgut Numune Sağlık Merkezi ve Diğer Sağlık Merkezlerinin Personel Kadrosu

Görevin Çeşiti	Sayı	Aylık	D	Görevin Çeşidi	Sayı	Aylık
Etimesgut Numune Sağlık Merkezi			Sağlık Merkezleri			
Tabip	2	70	7	Tabip	7	60
Dıştabibi	1	40	8	Tabip	7	50
Eczacı ve Ayniyat Mutemedi	1	40	11	Ziyaretçi Başhemşire	11	30
Ebe	1	30	12	Ziyaretçi Hemşire	33	25
Ziyaretçi Başhemşire	1	35	12	Ebe	11	25
Ziyaretçi Hemşire	3	30	12	Sağlık memuru	44	25
Sağlık Memuru	1	30	13	Katip ve Ayniyat mutemedi	11	20
Mutemed veya Mübayaa Memuru	1	35				
Katip	1	20				

Kaynak: SSYB Kuruluş ve Memurları Kanununa bazı hükümler eklenmesine ve 4258 sayılı kanuna bağlı kadro cetvellerinin değiştirilmesine dair kanun (1946)

Or'un görüşlerinden anlaşılan, sağlık merkezlerinde koruyucu ve tedavi edici hizmetler birlikte sunulsa da, gerçekte bu hizmet üniteleri koruyucu hizmetlere odaklanmış olduğudur. Ülkenin maddi ve personel sıkıntılarının çözülmesinden sonra da bu hizmetler birbirlerinden ayrılabilir.

Böylelikle, Or'un öncülüğünde Etimesgut Dispanseri 1.6.1937 tarihinde "sağlık merkezi"ne dönüştürülür (Uğurlu MC., 1994). Bununla birlikte, Etimesgut'taki bu sağlık ünitesinde pratikte çok önemli bir değişikliğin yaşandığı söylenemez. Önceden de herşey yeterince uygun biçimde tasarlanmıştır. Bu anlamındaki en önemli yenilik kuşkusuz fiş sistemine geçilmesidir. Böylece hastaların kolay taranması ve onlara daha kolay ulaşılması olanağı elde edilir.

Bir başka önemli nokta Etimesgut Sağlık Merkezi'nin eğitici işleviyle ilişkindir. Burada hem hekimler, hem de öteki sağlık personeli halk sağlığı ve çevre sağlığı konularında eğitilirler ve sonra da görev yapacakları yerlere gönderilirlerdi. Etimesgut hem tıbbi uygulama, hem sağlık planlama ve idaresi, hem de bir "okul" olma yönüyle amacı doğrultusunda örnek sağlık ünitesi olma işlevini başarıyla yerine getirmiştir (Pektaş MN., 1995; Uğurlu MC., 1994). Eğitimsel işlevi 1961'den sonra sosyalleştirme ile de devam edecektir.

Etimesgut Sağlık Merkezi'nin başarılı çalışmaları ülkemizde hatta yurt dışında büyük yankı uyandırır. Atatürk 29 Kasım 1937'de burayı aniden ziyaret eder ki, onun ziyaret ettiği tek sağlık kurumu burasıdır (Atatürk'ün Etimesgut İçtimai Hıfzıssıhha Dispanseri Ziyaretleri, 1937; Fişek N., 1981; Uğurlu MC., 1994). Merkezde düzenli, metodik, süratli bir hizmetin varlığını gözleyen Atatürk, günlük, haftalık, aylık ve yıllık istatistikler, renkli grafiklerle yakından ilgilenir; halk sağlığı hizmetlerindeki gelişmeleri görür, izlenimler edinir, etkilenmiş olarak buradan ayrılır. Ziyaretçi defterine şunları yazar: "Etimesgut Sıhhat Merkezini gezdim, kıymetli direktörü C. Or'un, verdiği malumat ve izahattan çok memnun oldum. Modern çalışmalarının iyi neticeler vereceğini kanaatla gördüm". Merkezin çalışmaları yerinde görmek isteyen yerli, yabancı pek çok kişi burayı ziyaret eder; ziyaretçi defterine izlenimlerini yazarlar. İzlenimlerin birleştiği ortak nokta bu güzel örnek hizmetin ülke çapında yaygınlaştırılmasıdır (Uğurlu MC., 1994).

Etimesgut örneğinden hareketle Türkiye'de 5-25 yataklı yeni sağlık merkezleri kurulmaya başlanır. 1942 yılında Orhaneli ve Kandıra'da iki sağlık merkezi hizmete girer. Ardından 1943'te İskilip; 1944'te Saimbeyli; 1945'te Akdağmadeni, Nevşehir, Tavşanlı ve Vezirköprü Sağlık Merkezleri sırayla hizmete sokulur (Cumhuriyet Dönemi Yataklı Tedavi Hizmetleri 1923-1983; Sağlık Dergisi Fevkalade Nüsha 1948). Etimesgut'ta eğitim görenler yeni sağlık merkezlerinde görev alırlar. Sağlık merkezlerinin kurulması çok yavaş ilerlerken aynı zamanda Sağlık Bakanlığı sağlık merkezlerinin ülke çapına yaygınlaştırılması için bir

plan hazırlamaya başlamıştır (Konuk S., 1945; TBMM Tutanak Dergisi 1947). Bu plan birçok hizmet dinamiğini içinde barındıran, son derece kapsamlı bir şekildedir ve tamamlanıp, kamuoyuna duyurulması Dr. Behçet Uz'un Sağlık Bakanlığı döneminde olur.

Milli Sağlık Planı-1946

İkinci Dünya Savaşı'nın sona ermesinden bir süre sonra Dr. Behçet Uz Sağlık Bakanı olur. Dr. Behçet Uz ilki bu dönemde olmak üzere 7.8.1946 ile 10.6.1948 tarihleri arasında ve daha sonra 18.5.1954 ile 9.12.1955 tarihleri arasında iki kez Sağlık Bakanlığı görevinde bulunacaktır (Sağlık Hizmetlerinde 50. Yıl). Uz, her iki döneminde de birer sağlık programı tasarısını hayata geçirmeye çalışmıştır.

Etimesgut sağlık merkezinin son derece başarılı çalışmaları benzer nitelikteki sağlık merkezlerinin çoğaltılması isteklerini artırmaktadır (TBMM Tutanak Dergisi, 1946; Uğurlu MC., 1994). Bu bağlamda, belirtmiş olduğumuz gibi Sağlık Bakanlığı'nca sürdürülen çalışmalarla oluşturulan bir sağlık hizmet tasarısı, bakanlık görevine gelmesinden sonra Uz'un imzası ile bir kitapçık halinde 12.12.1946'da kamuoyuna tanıtılır. İsmi "Milli Sağlık Planı" olan bu tasarının tüm ülke düzeyinde gerçekleşmesi 10 yılı alacaktır (Beale W., 1947; Birinci On Yıllık Sağlık Planı, 1946; Uz B., 1948). Programın gerçekleşmesi için böyleleri

Şekil 7: 1946 Yılı Milli Sağlık Planı Kitapçığının Kapağı



Kaynak: Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı (1946)

uzun bir süre biçilmesinin gerekçesi ekonomik ve personel yetersizliğidir. Bu plan ile gerçekleştirilmek istenenlerin ana hatları şunlardır:

- 1) Koruyucu hekimlik örgütü kurmak
- 2) Köylere sağlık örgütü kurmak
- 3) İhtiyaca uygun sağlık personeli yetiştirmek
- 4) Hastane ve sağlık kuruluşlarını çağdaş hale getirmek
- 5) Tüm ülkede herşeyi ile tamam yeni sağlık tesisleri kurmak
- 6) Sağlık harcamalarının finansmanı için Milli Sağlık Bankası ve sağlık sandıkları kurmak.

Dr. Refik Saydam'ın, 1925 yılında Sağlık Bakanlığı'nın hizmet hedefleri olarak belirledikleri ile bu yeni hedefleri karşıladığımızda görülüyor ki, içerik olarak tek bir maddede dışında dikkat çeker farklı yeni bir öge yoktur. Devletin amacı yine sağlık konusunda taşra ve kırsal kesimin altyapısal ihtiyaçlarını gidermektir. Böyle olmakla birlikte Milli Sağlık Planı son derece kapsamlı biçimde ele alınmış ve tasarlanmıştır.

Söz konusu farklı öge ise, altıncı maddedeki finansman yöntemi konusudur. Çünkü plana göre böylesine kapsamlı bir sağlık hizmetinin finansmanının yalnızca devlet bütçesinden karşılanması mümkün değildir. Batı dünyasında sağlık hizmetleri yalnızca devletin işi olmaktan çıkmış belediyeler, özel idareler, kurum-kuruluşlar ve kişilerin de parasal katkısı sağlanır olmuştur. Bunun gibi, toplanacak çeşitli kaynaklar "sağlık sandıkları" biçiminde ve oluşturulacak bir Sağlık Bankası vasıtasıyla hem koruyucu hem de tedavi edici sağlık hizmetleri finansmanında kullanılacaktır.

Milli Sağlık Planı sağlık hizmetlerini 7 bölge üzerinden ele almaktadır. Her bölgede 21 çeşit sağlık kurum ve kuruluşu bulunacaktır. Bu kurum ve kuruluşlar gerçekleştirilecek uzun incelemeler sonucunda ulaşım olanakları, iklim koşulları ve toplumsal veriler doğrultusunda bölge sınırları içerisindeki en uygun şehir ve ilçelerde kurulacaklardır. Böylece tüm hizmet birimleri ile bölgesel hizmet alanları oluşturulacaktır. Her bölgede tam teçhizatlı 500'er yataklı bölge hastaneleri bulunacaktır. Bölge hastaneleri dışında her bölgede birer tane akıl ve sinir hastalıkları hastanesi (300 yataklı), çocuk hastalıkları hastanesi (300 yataklı), çocuk yuvası, doğumevi (200 yataklı), verem savaş dispanseri (bölge ve il merkezlerinde), prevantoryum (100 yataklı), sanatoryum (300 yataklı), verem hastanesi (250-300 yataklı), frengi ve zührevi hastalıklar hastanesi (20 yataklı), dinlenme yurdu (200 yataklı), yaşlılar ve düşükünler yurdu (ihtiyaca göre), dilsiz ve körler kurumu (100 yataklı), bulaşıcı ve salgın hastalıklar hastanesi (100 yataklı), tropikal enstitüsü (bazı bölgelerde), sağlık memuru, hemşire ve ebe okulu, bölge hijyen enstitüsü, sağlık müzesi, yıkama-temizleme yeri ve personel lojmanı bulunacaktır. Bunlar yanında özel idare ve belediye hastaneleriyle birlikte Milli

Savunma Bakanlığı'ninkiler de içinde olmak üzere tüm kamu kurumlarının hastane ve sağlık tesisleri Sağlık Bakanlığı'na devredilerek hem hizmet bütünlüğü sağlanacak, hem de personel ve teçhizat olanakları genişletilecektir.

Plana göre Refik Saydam Merkez Hıfzısıhha Kurumu geliştirilecek, yerli ilaç üretimi teşvik edilecek ve kaplıca-maden sularından daha fazla yararlanılması için gerekenler yapılacaktır. Tüm bunlar ilk 10 yıl içerisinde gerçekleştirilecektir. Bunun için planın tam adı "Birinci On yıllık Milli Sağlık Planı"dır. Bundan sonraki ilk 10 yılda da, her 40 köye kurulmuş olan sağlık merkezlerinin sayısı artırılabilecektir. İl merkezlerindeki sağlık kurumları da, kademe kademe ilçe düzeyinde de kurulmasına başlayacaktır.

Sağlık hizmetlerinde görev alacak hekim ve öteki sağlık personelinin temini konusu da planda yer almaktadır. O günkü verilere göre 4000 nüfusa bir hekim düşmektedir; hekim sayısını 2000 kişiye bir hekim olacak şekilde artırmak gerekmektedir. Bunun için tıp fakültelerini ve fakültelere alınacak öğrenci sayısını artırmak gereklidir. Özellikle de ülkenin sağlık yönetimi ve planlarını düzenleyecek hijyen ve epidemiyoloji uzmanlarına; hijyen kuruluşlarında çalışacak bakteriyoloji uzmanlarına; sıtma, verem, frengi, trahom savaşında görev alacak uzmanlara; sağlık merkezlerinin çalışma koşullarına uygun biçimde yetiştirilecek hekimlere ihtiyaç vardır.

Bu tarihte hekim sayısının 4590 olmasına rağmen hekim dışı sağlık personeli sayısındaki yetersizlik daha belirgindir; 1085 diş hekimi, 1635 ebe, 2197 sağlık memuru, 475 hemşire, 600 köy sağlık memuru ve 730 köy ebesi vardır. Bunun için öncelikle yapılması gereken sağlık memuru, ebe, hemşire ve laborant okullarının açılmasıdır.

Planda finansman kaynağından, personel ihtiyacına, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerine kadar kapsamlı bir plan öngörülmüştür. 10 yıllık plan böylesi kapsamlı içerik taşısa da, asıl amaç köylere kadar sağlık hizmeti götürmektir. Asıl çıkış kaynağı kırsal kesime sağlık hizmeti sunmak olan planın gerekçe niteliğindeki tespitlerinde, devletin köyleri bir sağlık örgütüyle donatma istek ve amacı vurgulanmaktadır.

Köylere yönelik hizmet tasarımına göre her 40 köye 10'ar yataklı sağlık merkezlerinin kurulması öngörülmektedir. Sağlık örgütlenmesinin en uç noktasında sağlık memurları ve köy ebeleri bulunacaktır. Bunlar köy enstitülerinin sağlık kollarından ve köy ebe okullarında yetişmiş kırsal kesim insanları olacaktır. Her 10 köyde, bir sağlık memuru ve ebe görevlendirilecektir. Plan uyarınca ülke çapında 1000 tane sağlık merkezinin kurulması hedeflenmektedir.

Sağlık merkezleri yeter sayıda hekim ve hekim dışı sağlık personelinin birarada, bir ekip hizmeti verdikleri hizmet üniteleridir. Bu merkezlerde iki hekim, bir ebe, bir sağlık memuru ve bir de ziyaretçi hemşire görev yapacak-

tır. Sağlık ekibi başta koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere, ayakta ve yataklı tedavi edici hizmetlere ve doğum vakalarına bakacaklardır. Sağlık merkezinin görev bölgesindeki halk sosyal ve tıbbi fişlerle sağlık yönünden takip edilecektir. Böylece anne karnından, ölümüne kadar insan sağlığı kontrol altında olacaktır. Böyle bir faaliyeti gerçekleştirmek için insanların sağlık merkezine başvurmaları beklenmeden; hekim, ziyaretçi hemşire ve ebe tarafından evler ziyaret edilerek sağlık tespitleri yapılacak ve sağlık eğitimi verilecektir. Böylesi bir sağlık ekibinin oluşturulmasıyla sıtma, trahom, frengi, verem ve nekatoryuz mücadelesi yapan sağlık teşkilatlarına gerek kalmayacak; para ve personel tasarrufu sağlanacaktır. Bir sağlık merkezinin kuruluşunda bir hizmet binası yanında hekim ve öteki sağlık personelinin lojman ihtiyacı da çözümlenecektir. Halk için de yıkanma ve temizlenme yerleri kurulacaktır.

Milli Sağlık Planına göre bir sağlık merkezi hizmetinin ana hatları şöyledir:

- 1) Anne ve çocuk himaye ve hijyeni
- 2) Kişisel hijyen
- 3) Salgın ve bulaşıcı hastalıklardan korunma
- 4) Keyif verici zehirlerle mücadele ve sosyal hijyen
- 5) Okul ve okul çocukları hijyen
- 6) Okul ve okul çocukları hijyeni
- 7) Sağlık eğitimi
- 8) İmkanlar ve yetki dahilinde tedavi edici hizmet

Ülkedeki tüm sağlık merkezlerinde toplam sayısı 2400'ü bulan taşıt aracı bulunacaktır. Ayrıca plan kapsamında hizmette yararlanılacak 20 basit tipte uçak, 20'de helikopter tipinde uçak alınacaktır. Bir uzman hekime ya da bölgedeki sağlık tesislerinden birine gönderilmesi gereken hastalar zaman kaybetmeden, motorlu veya motorsuz vasıtalarla buralara sevk edilecektir.

Bu plan bilindiği gibi ne Uz'un görev döneminde, ne de ondan sonra yasal bir nitelik kazanamaz ve uygulanamaz. Hatta onun görevde kaldığı Haziran 1948 tarihine kadar bile, münferit de olsa ileri bir adım atılamaz; örneğin sağlık merkezlerinin sayısında bile artış görülmez. Bu dönemde açıldığı söylenebilecek sağlık merkezi sayısı yalnızca 1'dir (**Sağlık Dergisi Fevkalade Nüsha 1948**). Milli Sağlık Planı Türkiye Büyük Millet Meclisi üyelerine ilk tanıtıldığı anda övgüyle karşılanmıştır (**TBMM Tutanak Dergisi, 1947**). Ancak üzerinden daha bir yıl bile geçmeden plan, gerçekleştirilemeyecek kadar "hayali" olduğu gerekçesiyle Meclis üyeleri tarafından eleştirilmeye başlanır (**TBMM Tutanak Dergisi, 1948**). Üyelerden biri şöyle eleştirmektedir: "Mali ve iktisadi takatı tüketilmiş ve esaslı sıhhi tesirleri bile yapamayacak bir duruma düşürülmüş bir memlekette sıhhi kalkınma davasını hala kağıt üzerinde astronomik rakamlarla ifadeye uğraşan, dünün ve bugünün vabalinine karşı paratoner gibi kullanılmak istenen 10 Yıllık Sağlık Planı'nın bugünkü zihniyet payidar kaldıkça bize şimdiki durumumuzu bile aratacağı muhakkak olan hayali vaadleri (...) ve oyalayıcı tasarımlardan evvel realiteye ve zarurete dayanan fiiliyatın sağlık reformumuzda esas tutulmasını hatırlatmayı bir vazife sayıyoruz. (...) Durum

Tablo 5: 1948 Yılında Sağlık Merkezlerinin Toplam Faaliyetlerini Gösteren Tablo

Sağlık merkezinin adı	Yılı	Nüfusu	Ayakta Tedaviler ve muayeneler			Ziyaret edilen Köyler	Yatan Doğum	Yatan Hasta	Maddi yardımlar			Ziyaretçi hemşirelerin ziyaret ettiği aile sayısı	Ziyaretçi hemşirelerin ziyaret ettikleri şahıs sayısı	İlik yardım		Hastaneye gönderilen	Muhtelif aşısı	Ölen	Doğan
			Köyde	Merkezde	Yekûn				İlaç	Kundağ takımı	Başka yardım			Eş jektifion	Pansuman				
Elmesgul	1937-1948	6296	17694	72866	90480	696	1484	208	69800	1088	19806	12923	24100	13468	6560	1872	20261	1800	8107
Orhaneli	1942-1948	1684	—	4677	4677	—	8	—	869	—	6766	—	—	—	1886	84	—	99	164
Kandıra	1942-1948	2367	—	3323	3323	—	6	—	1032	—	1106	—	—	—	—	81	—	71	161
İskilip	1943-1948	18436	—	21723	21728	—	—	12	9161	—	16682	—	—	—	—	111	—	290	817
Saimbeyli	1944-1948	1004	—	6261	6261	—	—	—	4911	—	6478	—	—	—	—	99	—	66	103
Akdagmadeni	1945-1948	2470	—	4910	4910	—	—	—	2283	—	2405	—	—	—	—	86	—	8	91
Narşehir	1945-1948	1600	—	6118	6118	—	—	—	8108	—	2850	—	—	—	—	—	—	666	867
Tarşanlı	1945-1948	7700	—	8462	8462	—	11	30	510	—	1174	—	—	—	—	18	—	206	816
Vezirköprü	1945-1948	4700	—	4834	4834	—	—	—	—	—	809	—	—	—	—	146	—	—	62
Düzce	1945-1948	9000	—	11659	11659	—	43	691	776	—	923	—	—	—	—	269	—	28	49
Mudanya Şa- zilye Rüşd	1948 İki aylık	26000	—	1809	1869	—	28	42	—	—	—	—	—	—	—	9	—	1	28

bu kadar açık ve acıklı olduğuna göre; köy sağlık merkezlerini biran evvel ve şimdilik çok sade bir teşkilatla mesela iyi yetişmiş sıhhat memurları ve hemşireler idaresinde kasaba ve şehirle irtibatı güç bucak merkezlerinde tesis lüzumu kendi kendine ortaya çıkmış bulunuyor".

Dr. Uz döneminde bu planın gerçekleştirilmesi için yerleşim birimlerinde sağlık merkezlerine uygun yerler tespit edilmeye çalışılır (Genelge, 1948). Plan çerçevesinde yapıldığı söylenebilecek uygulamadaki hemen hemen tek girişim "Bakanlığa bağlı muhtelif sağlık teşekküllerinin işbirliği hakkında yönetmelik" aracılığıyla yapılır (Genelge, 1949). Bu yönetmelik ile gerçekleştirilmek istenenin amacı yönetmelik metinlerinde şöyle yer almıştır. "Bilhassa koruyucu tababet bakımından sağlık işlerinin şimdiden daha iyi bir şekilde yürüyebilmesi ve bakımsız hiçbir köy kalmamasını teminen Milli Sağlık Planı'nın bir nüvesini teşkil etmek üzere muhtelif sağlık teşekküllerine bağlı tabip ve sağlık personelinin bundan böyle müşterek bir çalışma sistemi takip etmeleri Bakanlıkça uygun görül-müştür". Uz'un görevden ayrılmasından birkaç ay önce yayınlanan bu yönetmelik sağlık hizmetlerindeki işbirliği gerekçesini "Milli Sağlık Planı" olarak gösterse de; pratikte yaşanan bir başka gerçek, aşağıda göreceğimiz gibi Sağlık Bakanlığı taşra birimlerinde artık bir işbirliğine gidilmesinin kaçınılmaz olduğunun anlaşılmasıdır.

Uz'un görevden ayrılmasından sonra belli bir yaklaşım ve plan kaygısı, yerini pratikteki gelişmelere bırakır ve yalnızca sağlık merkezi yapımına yönelir. 1950 yılına gelindiğinde sağlık merkezlerinin sayısı 16'dır (TBMM Zabıt Ceridesi, 1954).

1950-54 Dönemi ve Sağlık Merkezlerinin Yayılması

Bilindiği gibi 1950 yılında yapılan seçimden sonra ülke yönetimine Demokrat Parti gelmiştir. Demokrat Parti taşra sağlık örgütlenmesinde muayene ve tedavi evlerinden vazgeçerek, sağlık merkezlerinin yaygınlaştırılması politikasını benimser (TBMM Zabıt Ceridesi, 1954). Böylelikle sağlık merkezlerinin yapımı hızlanır, ancak bu hızlanma yine belli bir program dahilinde değildir.

İktidar değişikliğine rağmen sağlık merkezi kavramında bu dönemde de bir değişikliğe rastlanmaz. Sağlık merkezleri yine koruyucu sağlık hizmetlerinin verildiği yerlerdir. Bunun yanında imkanları ölçüsünde tedavi edici tıbbi hizmet de verilir. Yetersiz koşullar içerisindeki sağlık merkezlerinin, koruyucu hizmetler yanında tedavi edici hizmetlerin vermesi devam eder (TBMM Tutanak Dergisi, 1951). Yine yatak sayıları 10 ile 20 arasında değişen sağlık merkezlerinin koruyucu sağlık hizmetlerindeki görevleri de önceki gibi şu şekildedir: Doğum ölüm ve hastalık kayıtlarını tutmak, anne ve çocuk sağlığını korumak, halkın bulaşıcı ve hastalıklara karşı muafiyetini sağlamak, bulaşıcı hastalıklarla savaşmak ve özel mücadele örgütü bulunmayan yerlerde sıtma, frengi, trahom, verem ve ankilestoma gibi toplumsal hastalıklarla mücadele etmektir. Sağlık

merkezleri buldukları şehir ve ilçe merkezlerinde tüm bu görevlerden sorumludurlar. Şehir ve ilçe merkezlerinin dışındaki koruyucu sağlık hizmetlerinden hükümet tabibi sorumludur. Koruyucu tıpla ilgili ilaçlar, doğuma ait bütün ilaçlar, acil müdahaleler ve ayaktan-yataklı tüm fakir hastaların ilaçları parasız olarak sağlık merkezinden karşılanır.

Ellerinde taşıt aracı bulunan sağlık merkezleri bu araçları, köylerdeki doğumun merkeze getirilmesinde, hastaların hastanelere sevkinde ve ayrıca salgın ve bulaşıcı hastalık ihbarı bulunduğu hükümet tabibinin hizmetinde kullanırlar. Sağlık merkezlerinde yatırılacak olan hastalar doğum hastaları olmak üzere kısa sürede tedavi edilebilecek hastalardır.

Birden çok sayıda hekimin bulunduğu sağlık merkezlerinde hekimlerden birisi başhekim tayin edilir. Hekimden başka hemşire, ebe, sağlık memuru ile şoför, aşçı, çamaşırcı ve hademeler sağlık merkezinde hizmet yapanlar arasındadır. Hekim, hemşire ve ebeler nöbete kalırlar.

Gerek önceki dönemde, gerek bu dönemin bir bölümünde Etimesgut dışındaki sağlık merkezlerinin işleyiş biçimi hep geçici yönetmeliklerle sağlanmıştır (TBMM Tutanak Dergisi, 1951). Tespit ettiğimiz ilk kalıcı yönetmelik 1953 yılında hazırlanmıştır. Ama Etimesgut ve Ankara gibi Numune sağlık merkezleriyle şehir tipi sağlık merkezleri bu yönetmelikten ayrı tutulmuştur (Genelge, 1953).

Görüldüğü gibi sağlık merkezleri, Etimesgut örneğinde olduğu gibi kendi binası, personeli ve hizmet unsurları ile kendine özgü hizmet üniteleridir. Buldukları yerin hükümet tabipliği ve öteki mücadele örgütleri ile ilişkileri yoktur. Böylece 1950'den sonra sağlık merkezlerinin sayıları artıka, Sağlık Bakanlığı'nın taşra ve kırsalda birbirlerinden bağımsız çalışan üç ayrı hizmet örgütü ortaya çıkmış bulunmaktadır.

Devletin taşra ve kırsalda hem hükümet tabibi, hem sıtma-verem-frengi-trahom mücadele örgütlerini istihdam etmesi, hizmetin yüksek maliyetine, düşük verime ve personel istarfına neden olduğu gerçeği ortaya çıkmaya başlamıştır. Bu durumun önüne geçmek için hizmet birimleri arasında işbirliğine gidilmesinin yararlı olacağı anlaşılmaya başlanır. Bu konudaki uygulamadaki resmi sürecin daha 1945'te sıtma örgütüne, gittikleri köylerde çiçek aşısı yapma görevinin verilmesiyle başladığını görüyoruz. Dr. Behçet Uz'un "biz fakir milletiz, paramız az, işimiz pek çok; onun için derli toplu çalışmak zorundayız" (Uz B., 1948) biçimindeki sözleri gerçeği yansıtmaktadır. O tarihlerde 53 ildeki hizmet birimleriyle sıtma savaş örgütünün bu sürecin başlamasında belirleyici bir katkısı olmuştur (Aydın E., 1995; Genelge, 1949; Genelge, 1946; Okan S., 1949; Süvey M., 1952).

İşte bu girişimler devam ederken Sağlık Bakanlığı 1948'de önceden sözünü etmiş olduğumuz farklı hizmet

Tablo 6: 1951 Yılı Sağlık Merkezleri Listesi

Tesisin Adı	Yatak	Sayısı
1. Etimesgut Sağlık Merkezi	(Ankara)	10
2. Kalecik " "	(Ankara)	10
3. Kızılcahamam " "	(Ankara)	10
4. Vezirköprü " "	(Samsun)	10
5. Kandıra " "	(Kocaeli)	10
6. Karasu " "	(Kocaeli)	10
7. Düzce " "	(Bolu)	10
8. Mudanya " "	(Bursa)	10
9. Orhaneli " "	(Bursa)	10
10. Akdağmadeni " "	(Yozgat)	10
11. Saimbeyli " "	(Seyhan)	5
12. İskilip " "	(Çorum)	10
13. Tavşanlı " "	(Kütahya)	10
14. Nevşehir " "	(Niğde)	5
15. Buldan " "	(Buldan)	10
16. Seydişehir " "	(Konya)	10
17. Karaman (1) " "	(Konya)	10
18. Alaşehir " "	(Manisa)	10
19. Elbistan " "	(Maraş)	10
20. Arapkir " "	(Malatya)	10
21. Darende " "	(Malatya)	10
22. Boyabat " "	(Sinop)	10
23. Bingöl " "	(İl Merkezi)	10
24. Ödemiş " "	(İzmir)	10
25. Tire " "	(İzmir)	10
26. Divriği " "	(Sivas)	10
27. Kalan " "	(Tunceli) (2)	
28. Akçakale " "	(Urfa) (2)	
29. Oltu " "	(Erzurum) (2)	

(1) 1951'de Devlet hastanesi haline kalbedilmesi için gerekli işleme tevessül olunmuştur

(2) Kadro bulunmadığı için halen açılmaları mümkün olmamıştır.

Kaynak: TBMM Tutanak Dergisi (1951; 6)

lerinin elbirliği ile bu işe sarılarak memleket için çok hayırlı neticeler (..) elde edilecektir (Genelge, 1949). Söz konusu işbirliği olgusu uygulamada ve köyler ucunda; sıtma, frengi ve trahom örgütlerinin mevcut yasalar doğrultusunda koruyucu genel koruyucu sağlık hizmetleri vermesi şeklinde yer alır.

Bunun yanında; taşra birimlerinin hizmet işbirliği gelişirken, bu birimlerin hem koordinasyonunun kolaylaştırılması, hem ayrı binalarda görev yapmalarından doğan masrafları azaltmak gibi nedenlerle, tüm birimleri aynı çatı altında toplama gereksinimi ortaya çıkar. Örneğin, Bakanlık, böylelikle kirada oturan birimler için ayrı ayrı kira ödemekten kurtulacaktır (Genelge, 1951/2683; 1951/2702). Taşra hizmet birimlerinin sayıları çoğalırken bunlar içerisinde binası, araç-gereci, tıbbi malzemesi, yardımcı sağlık personeli ile tam teşekküllü taşra hizmet ünitesi olanlar gördüğümüz gibi sağlık merkezleridir. Böylelikle taşra hizmet birimlerinin tek bir çatı altında toplanacakları yerlerin sağlık merkezleri olması süreci başlar.

Sağlık merkezleri hem şehir hem ilçe merkezlerinde açılmışlardır. Öte yandan ülkemizde gerek muayene ve tedavi evleri olsun, gerek sağlık merkezleri olsun gerekse aşağıda göreceğimiz sağlık ocakları olsun tümü birden hiçbir zaman tam donanımlı ve bakanlık tarafından inşa edilmiş planlı binalarda hizmet verememişlerdir. Bu amaçla başka kamu kurumlarından ve özel kişilerden bina kiralanarak geçici mekanlar sağlanmak zorunda kalmıştır. Hizmet binalarının yapımı kimi zaman vatandaşlar tarafından karşılanmıştır (Genelge, 1951/2683; 1951/2702; 1951/2777; Genelge, 1952/; Sağlık İstatistikleri, 1995; TBMM Tutanak Dergisi 1951/2683; 1951/2702; 1951/2777; TBMM Zabıt Ceridesi 1954). 1948 yılında hekimi bulunmayan ilçe sayısı 13, belediyelik sayısı 6'dır (Uz B., 1948).

Bu yöndeki çalışmalar devam ederken 1954 yılında tekrar Sağlık Bakanlığı'na gelen Dr. Behçet Uz "Milli Sağlık Programı" adı altında yeni bir sağlık hizmeti programını gündeme getirecektir.

Milli Sağlık Programı-1954

Sağlık merkezlerinin sayıları kendi seyrinde artarken, Dr. Behçet Uz 1954 yılında ikinci kez Sağlık Bakanı olur ve bıraktığı yerden, tekrar yeni bir sağlık planını yaşama geçirme gayretine girer. Böylelikle "Milli Sağlık Programı" adı ile taşra-kırsal kesime yönelik bir program ortaya çıkar (Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etüdler 1954). Ancak bu program hedefleri konusunda 1946-Planına göre sınırlı bir amaç taşımaktadır.

Programın içeriği incelendiğinde tüm sağlık hizmetlerini kapsamak yerine, sağlık merkezleri yoluyla taşra-kırsal kesim sağlık hizmetlerini örgütlemeyi amaçladığı görülür. 1946 programının da kapsamlı biçimde sunulmuş olsa da aslında sağlık merkezleri ağını köylere yaymak

örgütlerinin işbirliği yapması kararını alır. Artık bundan böyle o güne dek birbirlerinden ayrı olarak hizmet vermiş olan bakanlığın taşra birimleri bundan böyle işbirliği içerisinde çalışacaklardır. Taşradaki sağlık müdürleri ile sıtma, trahom ve frengi savaşı başkanları ortak çalışma programları hazırlayacaklardır. Böylelikle "(..) bütün sağlık teşekkül-

Şekil 8: 1954 Milli Sağlık Programına Göre Sağlık Hizmeti Bölgeleri Haritası



olduğunu yukarıda belirtmiştik. Bu defa, böylesi kapsamlı bir tasarımdan uzak durulur. Programın gerçek niteliğindeki ifadeleri şöyledir: "Şurası muhakkaktır ki, Cumhuriyet rejiminin kuruluşundan beri, umumi devlet hizmetleri meyanda sıhhat vekaleti de, kendi uhdesine düşen vazifelerin bir kısmını tahakkuk ettirmeye çalışmıştır. Ancak, gerek kuruluş ve gerekse işleme bakımından çok eski bir sisteme dayanan hali hazır teşkilatın, yeni bir revizyona tabi tutularak, bugünün icaplarına ve milli bünyesine uyacak şekilde ayarlanmasında kati zaruret olduğu da aşikar bir kayfiyettir. Halk sağlığı hizmetlerinin esaslı bir tetkiki yapılırken, herşeyden evvel bunun ciddi ve senelerle intikal eden bir programa ve bir milli sağlık planına istinat etmesi lazımdır. Halk sağlığını birinci derecede alakadar eden ve koruyucu tesislerinin temel taşı olan mevcut sağlık merkezlerinin bugünkü yurda dağılışı vaziyeti ve aşağıda tafsil edilecek çalışma tarzları, ortada ciddi tetkike dayanan sabit bir programın olmadığını ve bunların muhtelif tesis ve sebepler altında gelişmiş güzel ve nisbetsiz olarak tesis edilmiş bulduklarını ispat etmektedir. (...) işlemekte olan tesislerin bugünün şartlarına ve ihtiyaçlarına tatbik edecek şekilde yeniden tanzim edecek bir programın derhal hazırlanıp tatbik sahasına getirilmesine kati bir lüzüm görmekteyiz. Bununla, bir taraftan da yeni kurulacak tesislerle birlikte eskilerinin de ıslah ederek, halk sağlığına daha verimli hizmetler sağlamanın mümkün olabileceği kanaatine varmış bulunuyoruz".

Programa göre tıbbi tanı, tedavi ve bakım hizmetleri artık yalnız hekimlik işi olmaktan çıkmış; yardımcı sağlık personeliyle gerçekleşen bir ekip çalışması olması yanında

laboratuvarlı, tıbbi malzemeli, teknik donanımlı tesislerin varlığını gerektiren sosyal bir olgu haline gelmiştir. Böylesi sosyal bir olgunun devleti yakından ilgilendirmemesi imkan yoktur. Dolayısıyla devletin -örneğin ekonomi politikası, dış politikası gibi- sağlık hizmetleri konusunda da bir politikası olması gerekir ki, bu yaklaşım demokrasi de ile ilintilidir: "Tababetin sosyal hizmet haline gelmesi, hükümetin bir sağlık siyaseti gütmesi bilhassa demokrasilerde iki başlı ehemmiyete haiz olmaktadır. Bu da demokrasilerin gayesinin vatandaşın refah ve saadetine çalışmak olması ve hükümetin sosyal hizmet mahiyetindeki sağlık işlerinin bütün nimetlerinden vatandaşları faydalandırmak için manevi bir mecburiyet duyduğu gibi halk da, her bakımdan kontrol etmeye yetkili bulunduğu devletten sağlık ve tababet sahasındaki eksikliklerin tamamlanmasını muasırın (ısrar ve inatla) ister, ihtiyaçlarını bildirir ve bunlar tatmin edilmezse şikayete başlar".

Milli Sağlık Programı'nda yer aldığı biçimiyle, daha önce 7 bölgede ele alınan hizmetler bu defa 16 bölge üzerinden değerlendirilir. Köy gruplarında sağlık memuru ve ebe görevlendirilmesinden vazgeçilir. Küçük ilçelerde 10'ar, büyük ilçelerde 25'er yataklı sağlık merkezleri ile köylere ulaşılabılır. Sağlık merkezleri kırsal kesimdeki dağıtık sağlık örgütünün bir arada toplandığı ve işbirliği yaptığı; koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerin verildiği yataklı tedavi kurumlarıdır.

Programda koruyucu (halk sağlığı) hizmetlerinin ana unsuru yine sağlık merkezleridir; tedavi edici hizmetler, halkın sağlık konusuna yakınlık göstermesini sağlamak

amacıyla ele alınmaktadır. Bu yaklaşım tarzı şu cümlelerle dile getirilir: "Sağlık merkezlerinin sade koruyucu tababet sahasında çalışıp tedavi tababetiyle meşgul olmaması icap edip etmeyeceğine dair sual bugün merkezin hem koruyucu hem de tedavici olarak iki cepheli çalışması gerektiği şeklinde cevaplandırılmaktadır. Dünya sağlık teşkilatının beşinci asamblesi, aşağıda arzolunan sebepler dolayısıyla sağlık merkezlerinin tedavi hizmeti yapmasını da lüzumlu bulmuştur. Filhakika bugün en ileri memleketlerde bile halkın sağlıksızlık dolayısıyla başvurduğu bir müessesede sadece hijyenik tedbirlerden faydalanmayı ve koruyucu tababete dair öğüt almayı kafi bulmadığı ve neticede merkeze karşı alakası tavsadığı, dispanser ve poliklinikleri, daha ilmi ve daha mücehhez (donanmış, hazırlıklı) bir tesis olan sağlık merkezlerine tercih ettiği anlaşılmış bulunmaktadır. Bu sebeple hastaneleri pek bol olan ileri memleketlerde bile sağlık merkezlerinin koruyucu tababet esas olmakla beraber, tedavi de yapması halkın rağbetini artırmak bakımından çok faydalı görülmektedir. Dünya Sağlık Teşkilatı'nın sağlık merkezleri eksperleri komitesi de bu husustaki kanaatini teşbihli bir ifade ile şöylece bildirmektedir: "Müessir (etkili) deva olan koruyucu tababeti halka hazmettirebilmek için üstünü, bir şeker tabakası tarzında, tedavi tababetiyle kaplamak lazımdır. Modern sağlık merkezi siyaseti budur ve hastahane tesisleri kıt olan memleketlerde bu şeker tabakası da bizzat müessir bir devadır".

Milli Sağlık Programı'yla ilgili aktarılan bilgilerde yer aldığı şekliyle, sağlık merkezlerinin ülke çapında örgütlenmesi çok yüksek maliyet isteyecektir. Devletin sağlık harcamalarına en fazla % 5 bulan bütçe payı ile bu gerçekleştirilemez. Programın yaşama geçirilebilmesi için yeni finans kaynaklarına ihtiyaç vardır. Bu ihtiyacı gidermek için başvurulan yöntem "Milli Sağlık Bankası" adıyla bir banka kurmaktır. Ayrıntısına burada girmeyeceğimiz söz konusu banka, özel hükümlere sahip olacaktır. Kuşkusuz planın getirdiği en büyük yenilik sağlık sigortası kurulmasına ilişkindir. Sağlık sigortasını, Sağlık Bankası kuracak ve işletecektir. Bunun yanında banka, hem genel bir banka gibi çalışacak, hem sağlık harcamalarını finanse edecektir. Ancak Milli Sağlık Programı, sağlık merkezlerini organize etmek gibi kısmi bir amaca yönelmiş olsa da, Sağlık Bankası tasarısı tüm ülkeyi ve tüm sağlık hizmetlerini kapsar biçimdedir.

Bilindiği gibi bu programın da, önceki gibi yasalaşma ve uygulanma fırsatı olmaz. Böylelikle bütçe kaynaklarıyla, devlet olanakları ölçüsünde sağlık merkezlerinin çoğaltılması politikasına devam edilir.

Sağlık merkezlerinin sayısı 1950'de 16 (TBMM Zabıt Ceridesi, 1954), 1951'de 30 civarındadır (TBMM Tutanak Dergisi, 1951). 1954'de yaklaşık 1070 yatağı barındıran 121'i sağlık merkezi bulunmaktadır (Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etüdlar 1954; TBMM Zabıt Ceridesi 1954). 1955'te 170'tir (TBMM Zabıt Ceridesi, 1955). 1960 yılına ulaşıldığında ise sağlık merkezlerinin sayısı 283 olur (Türkiye İstatistik Yıllığı

1968). Öte yandan, Milli Sağlık Programı tanıtılırken diğer yandan da sağlık merkezleri ile ilgili yeni bir uygulamaya girişilmiştir. Bu uygulamanın adı "Kaza Sağlık İdareleri"dir.

Kaza Sağlık İdareleri

Milli Sağlık Planı'ndan söz edildiği günlerde, pratikte ortaya çıkan gereksinim ve maddi zorlamalar doğrultusunda devlet taşra-kırsal kesim için kaza sağlık idareleri ismi altında yeni bir kavram geliştirir. Kaza sağlık idareleri özde, dağınık hizmet örgütlerinin sağlık merkezi çatısı altında toplanması çalışmalarının yeni bir düzenlemesidir. Bu konudaki faaliyetlere 1 Kasım 1954 tarihinde başlanır. Öteki hizmet örgütlerinin tüm demirbaşları ilçedeki sağlık merkezine devredilir (Genelge, 1954/3236; 1954/3177; 1954/3192).

"Kaza sağlık idaresi" demek gerçekte sağlık merkezi çalışmalarının yeniden düzenlenmesi demektir. Bu anlamda sağlık merkezleri öncekinden farklı olarak koruyucu sağlık hizmetleri konusunda il ve ilçe merkezi yanında köylerden de sorumludur (Kaza Sağlık İdareleri ve Sağlık Merkezleri Talimatnamesi, 1955). Sağlık idareleri ilçedeki Sağlık Bakanlığı'nda görev yapan tüm hekimlerle, belediyede çalışan hekimler yanında mesleki, teknik ve idari öteki yardımcı sağlık personelinde oluşur. Bu idareler sağlık merkezi bulunan ilçelerde, bu merkezlerde görev yaparlar. Sağlık merkezleri ihtiyaca göre 10-25 yataklı olup, ilçenin en iyi yerinde ve yaklaşık 10 dekarlık bir alanda kurulması gerekir. Kaza sağlık idaresi, hastanesi bulunan ilçelerde hastanenin müsait bir bölümünde hizmet verir ve bu durumda tedavi edici hizmet hastane idaresince yerine getirilir. Gerektiği hallerde ilçe merkezi, nahiye ve köylerde sağlık istasyonları açılabilir.

Kaza sağlık idaresinin baştabibi hükümet tabibidir. Hükümet tabibi hem kendi asli görevlerini hem de muayene-tedavi, hasta yatırımı-bakımı, her türlü idari, mali ve teknik işlemlerinden birinci dereceden sorumludur. Yine, koruyucu sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden; arama, tarama ve köy gezilerinden; personelin idari görevleri gibi tüm işleyişden hükümet tabipleri sorumludur. Hizmetin yürütülmesi aylık düzenli programlarla yapılır. Bu programlar ile bölgedeki köyler, gruplara ayrılarak hekim ve öteki personelin nerede ve ne şekilde görev yapacakları önceden tespit edilir. Çalışma sonuçları aylık olarak rapor edilir. Öteki hizmet birimlerinin tutmak zorunda olduğu defter, cetvel ve fişler yerine sağlık merkezine ait olanlar tutulur.

Kaza sağlık idarelerindeki sıtma, verem, frengi ve trahom ile mücadele görevleri ayrı ayrı belirlenir. Bu hastalıklar için ayrı dispanser ve polikliniği olan yerlerde muayene ve tedaviler bu konularda görevli hekimler tarafından yapılır. Poliklinikler sırasında uzman tarafından görülmesi gereken hastalar sağlık merkezi uzmanına sevk edilir. Sağlık merkezinde uzman yoksa, durum hastaya bildirilir. Bu hastalıklar açısından önemli görülen yerlerde özel ekipler veya sağlık istasyonları oluşturulur. Koruyucu hekimlik

amacıyla yapılan muayene, tedavi ve ilaçlardan para alınmaz. Bu amaç dışındaki parasız verilecek ilaçların tatbiki sağlık merkezlerinde olması gerekir. Yatan hastaların ve iaşesi gereken personelin iaşeleri Hastaneler Talimatnamesine göre yapılır. Adli tabiplik hizmetleri de kaza sağlık idaresince yürütülür.

Katip, ayniyat mutemedi, hastabakıcılar ve müstahdemler Hastaneler Talimatnamesine göre görev yaparlar. Sağlık Bakanlığı'nın ilçedeki çeşitli hizmetlerdeki araçları kaza sağlık idaresince hazırlanan programlara göre kullanılır. Şoförler motorlu araçları kullanma ve bakımlarından sorumludur. Kaza sağlık idaresinde görev yapan hekimler muayenehane ve ecza dolabı açma haklarına sahiptirler.

Sağlık merkezlerinin harcamaları gönderilen ödenekten sağlanır. Koruyucu hekimlik harcamaları ile bulaşıcı hastalıklar, verem, sıtma, frengi ve trahom gibi hastalıklarla mücadele hizmetlerinin harcamaları ait oldukları kalemlerden karşılanır.

Kaza sağlık idareleri ile sağlık merkezlerinin ilk baştaki özgün yapısı değişime uğrar. Ayrışık bir yapı içerisinde, hükümet tabipliği, sıtma-verem-frengi-trahom mücadele örgütleri ve sağlık merkezleri işbirliğine sokulurlar. Örneğin her bir mücadele örgütünün merkezi teşkilatları vardır. Çalışmaları kaza sağlık idaresi baştabipliğince koordine edilse de, konularında kendi merkezlerine bağlıdırlar (Genelge, 1954/3197; 1954/3198; Genelge, 1955).

Hükümet tabipliği ise doğrudan başhekimlik kurumuna dönüşmüştür. Böylelikle pratisyen hekim olan hükümet tabibi, sağlık merkezinde bir uzmanın görev yapması durumunda onun amiri duruma gelmektedir. Bu durumun nedeni kuşkusuz, Sağlık Bakanlığı'nın o güne kadar ki resmi taşra temsilcilerinin hükümet tabipleri olması ve taşra sağlık hizmetleri kavramında ilk akla gelenin koruyucu ve halk sağlığı hizmetleri olmasıdır.

Başhekimlik konusu bir parça da olsa 1960'ta düzeltilmeye çalışılır. Hükümet tabibi, kaza sağlık idaresinin amiri olurken, sağlık merkezi başhekimliğine uzman hekimlerden birini tayin etme kararı alınır. Uzman hekim bulunmadığı durumda sağlık merkezinde görev yapan pratisyen hekim, onun da bulunmaması halinde hükümet tabibi bu görevi yüklenir (**Kaza Sağlık İdareleri ve Sağlık Merkezleri Talimatnamesi, 1960**). Ancak bu konudaki yönetmeliğin 5 Nisan 1960 tarihinde yürürlüğe girmesinden sonra yaklaşık bir buçuk ay sonra 27 Mayıs 1960'ta bir darbe ile ordu yönetime el koyar. Artık taşra-kırsal kesim örgütlenmesinde günümüze kadar değişmeden kalacak yeni bir sayfa açılacaktır.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ve Sosyalleştirme

Yürürlükte olan 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyal-

leştirilmesi Hakkında Kanun" ve yasaya dayandırılarak uygulanan sosyalleştirme; 1961'den bugüne kadar, başta taşra-kırsal kesim olmak üzere ülke sağlık hizmetlerini biçimlendirmiştir, damgasını vurmuştur. 27 Mayıs 1960'ta yönetime gelen ordu sağlık alanında, sağlık örgütlerinin yeniden yapılanması, milli ilaç sanayi, tıp araç ve gereçleri sanayinin kurulması, yeterli sağlık personelinin yetiştirilmesi gibi halk yararına olduğu düşünülen bazı hizmetleri hayata geçirmek ve o zaman kullandıkları bir terim ile sağlık hizmetlerini "Devletleştirmek" istemektedir (Fişek N., 1992; Fişek N., 1991; Gürsoytrak MS., 1992; Karasu N., 1960; Milli Birlik Komitesi Genel Kurul Toplantısı 1961; Sağlık Bakanlığı'nın 355 Sayılı Genelgesi ve Ekte İnkılabımız 1960).

Askeri yönetim, bu hedeflerin gerçekleştirilmesi için Sağlık Bakanlığı'nda güvenebilecekleri bir üst düzey kadronun işbaşında olması gerektiğini düşünmektedir. Bu kadronun oluşturulabilmesi için Bakan ve özellikle Müsteşar çok önem arzetmektedir. Yapılan ön çalışmalar sırasında tespit edilen adaylar arasında o sırada Hıfzıssıhha Okulu Müdürü olan Dr. Nusret Fişek de vardır. Kendisiyle yapılan görüşmelerde "aranılan kişi" olduğuna karar verilir ve Fişek 15.7.1960 tarihinde Sağlık Bakanlığı Müsteşarlığı'na atanır (Gürsoytrak MS., 1992).

Bu tarihte ülkemizdeki kamuda ve serbest çalışan toplam sağlık personeli sayısı şöyledir: 4181 uzman ve 4033 pratisyen olmak üzere toplam 8214 hekim, dış hekim-1367, hemşire-1658, sağlık memuru-3550, ebe-3219 (Türkiye İstatistik Yıllığı 1968).

Prof. Dr. Nusret Fişek 1914 yılında dünyaya gelmiş, 3 Kasım 1990 tarihinde vefat etmiştir. 1938 tarihinde İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olan Fişek, 1941 yılında Bakterioloji Uzmanı olur. Amerika Birleşik Devletleri'nde, Harvard Üniversitesi'nde doktora yapar. Bu eğitimi sırasında Biyokimya, Epidemiyoloji ve İstatistik derslerini de alır. 1955 yılında Mikrobiyoloji Doçenti olur ve 1958 yılında Hıfzıssıhha Okulu Müdürlüğü'ne tayin olur (Fişek N., 1992; Fişek N., 1991; Uğurlu MC., 1992).

Müsteşarlık görevine getirilen Fişek'in, Sağlık Bakanlığı'nda istediği gibi bir kadro oluşturmasına olanak verilir. Hatta yönetimle irtibat sağlama ve örgütlenme konularında yardımcı olması için Silahlı Kuvvetlerden bir ekip de Fişek'e tahsis edilir (Gürsoytrak MS., 1992). Çalışmaların bir engelle karşılaşmaması istenmektedir. Bu ortamda Fişek üç "Sağlık Planı" taslağı hazırlar (Fişek N., 1992; Fişek N., 1991; Sağlık Programının Ana Hatları 1961).

Hazırlanan planların birisine göre, köy sağlık hizmetlerini daha ileri götürmek için yapılacak en basit tedbir, her ilçeye bir hekim ve iki yardımcı sağlık personelinin oluşturulmasıdır. Bu ekip her ayın 20 gününü köylerde geçirerek, 40 kadar köye hizmet götürmüş olacaktır. Bu surette beş yıl içerisinde 600 ekip kurulacaktır. Bu plan yukarıda gördüğümüz "seyyar

tabiplik" müessesesinin genişletilerek yeniden canlandırılmasıdır (**Sağlık Programının Ana Hatları 1961**).

İkinci plan ise mevcut sağlık merkezlerinin geliştirilmesine dayanmaktadır. Sağlık merkezlerinde biri dahiliye, ötekisi cerrahi alanından iki hekim ile yeterli sayıda yardımcı sağlık personeli görev yapacaktır. Her sağlık merkezinin 3 gezici sağlık ekibi olacaktır. Gezici sağlık ekiplerinin çalışmaları önceki plandaki gibidir. Her ilçenin köyleri, 4-5 grupluk köylere ayrılacak. Her grup için köylere eşit uzaklıkta bir yere "sağlık evi" inşa edilecektir. Sağlık evlerinde köy ebeleri daimi olarak görev yapacaktır. Bu plan beş yılda tamamlanacak ilk safhada; 20 Doğu ve Güney-Doğu iline ait 62 sağlık merkezinin sayısı 178'e çıkartılacak, 235 gezici sağlık ekibi ve 2350 sağlık evi kurulacaktır (**Sağlık Programının Ana Hatları 1961**).

Dr. Nusret Fişek'in hazırladığı üçüncü plan ise bugün kısaca "sosyalleştirme" (hatta "sosyalizasyon") olarak bildiğimiz plandır. Önceki ilk iki plan, maddi yetersizlikler nedeniyle sosyalleştirmenin gerçekleşmemesi durumundaki alternatif planlardır (**Sağlık Programının Ana Hatları 1961**).

Sosyalleştirme ile köyden itibaren sağlık evleri, sağlık ocakları ve sağlık merkezleri kurulacaktır. Bunlar bu sıra ile birbirlerine bağlı olacaklar, sağlık merkezleri sağlık müdürlerine bağlı olacak ve hastanelerle işbirliği yapacaklardır. Maddi ve personel yetersizliği gözönüne alınarak bu planın gerçekleştirilmesi için 10-15 yıllık bir süre gereklidir. Planın uygulanabilmesinin birinci koşulu hekimin serbest çalışmasına izin verilmesi, tamamiyle devlet görevinde hizmet vermesidir. Bunun için tam gün çalışarak sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinde görev alacak olan hekimlere yüksek ücret verilecektir.

Bu dönemde algılandığı biçimiyle, sağlık hizmetlerinin ülkemizde yetersiz kalmasının en büyük neden hekimlerin serbest çalışabilme hakkına sahip olmasıdır. Hem devlet görevinde hem de serbest çalışan hekimden yeterli ölçüde yararlanılamamaktadır. Bunun için devlet görevinde çalışan hekimin, serbest çalışmasına izin verilmemelidir. O dönemdeki mevcut sayılarla ülkemizde artık hekim yetersizliğinden çok, hekim dağılımında bir dengesizlik vardır (**Üner R., 1960**).

Bir başka nokta, sosyalleştirme ile birlikte bazı yasaların da kabulü gerekmektedir. Bunlar, Halk Sağlığı Akademisi Kanunu, Verem Savaş Kanunu, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Kanununun Tadili, Umumi Hifzıssıhha Kanununun Tadili, İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu ile Türk Kodeksi Hakkında Kanunun Tadili, Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun Tadili, Sosyal Hizmetler Konusundaki Mevzuatın Tadili ve Mütedavil Sermaye Kanununun Tadili'dir.

Öte yandan askeri yönetim, aslında ne tür bir sağlık

politikasını yaşama geçirmek istediği fikrinde açık değildir. Bu üç plan içinden seçim, Fişek'in kendisine bırakılır. Fişek "en iyisi" olduğu inancıyla "sosyalleştirme"nin uygulanmasını ister (**Fişek N., 1992; Fişek N., 1991**).

Planın yasalaşması için gerekçesi ve yasa tasarısı hazırlanmaya başlanır (**Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanunun Gerekçesi, 1961; Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun Tasarısı, 1961**).

Hazırlanan yasa gerekçesine göre "sosyalleştirme" gerçekte bir finansman yöntemidir. Gerekçe metinlerine göre, ülkemizde sağlık hizmetleri konusunda yapılması gerekenler bilinmektedir: "Memleketimizin bilhassa her bakımdan kalkınmaya, ilgi ve yardım görmeye muhtaç ve kısaca mahrumiyet bölgeleri diye adlandırılan yerlerinde sağlık teşkilat ve tesislerinin eksikliği, sıhhat ve hayat bakımından pek acıklı ve hatta feci manzaralar doğurmaktadır. Bu hal karşısında ilk akla gelen tedbir böyle yerlerimizde yeter sayıda sağlık personeli bulundurmaktır ve yeter miktar ve kalitede sağlık tesisi kurmaktır". Özellikle mahrumiyet bölgelerinde tesis ve personel altyapısının kurulması gerekmektedir. Ancak sınırlı mevcut olanaklar ölçüsünde bu altyapı nasıl gerçekleştirilecektir? İşte bu noktada sosyalleştirme, devamlı var oluş sebebinin şöyle açıklanmaktadır: "Ancak bu tedbirin gerçekleşmesi idari ve mali bakımlardan rasyonel bir usul takip etmeden mümkün olmaz.

Bu rasyonel usulu tababetin sosyalleştirilmesinde bulmaktayız. Tababetin sosyalleştirilmesinden maksat modern tıbbi hizmetleri, geliri veya ödeme kabiliyeti ne olursa olsun, her vatandaşa ücret almadan sağlamak demektir. Bu da ya sağlık personelinin bütün masrafları devletçe görülmek ve kendilerine keza maaş verilmek suretiyle veyahut mecburi hastalık sigortası kurup halkı buna kaydetmekle olur".

Görülüyor ki, sağlık altyapısının kırsal kesime götürülebilmesi ve halkın ücret almadan tedavi ve bakımı için finansman konusuna bir çözüm getirilmelidir. Bu, ya devlet tarafından karşılanmalıdır, ki zaten bu yöntemle o güne kadar yeterince ilerleme sağlanamamış ve yeni çözüm arayışlarına bu yüzden girilmiştir ya da bir tür "Zorunlu Sağlık Sigortası" kurulmalıdır. Sosyalleştirmenin önerisi ikinci yöntemden yanadır. Çünkü, sosyalleştirme programı çerçevesindeki anlayışa göre, sağlık hizmetlerinin maliyeti her memlekette olduğu gibi ülkemizde de yüksektir.

Tüm sağlık harcamalarının bütçeden karşılanması neredeyse imkansızdır. Bu nedenle harcamalara katkıda bulunacak mali kaynaklara; dolaylı ve dolaysız vergilere başvurulması gerekmektedir. Bu durumda sosyalleştirmenin ne olduğu sorusunun yanıtı, yasa metinlerinde yer aldığı gibi "sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile

amme sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat karşılığı her eşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına iştirak sureti ile eşit şekilde faydalanmalarıdır" (**Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 1961**). Bir başka anlatımla açıklarsak, sosyalleştirme zorunlu sağlık sigortası yöntemi ile taşra-kırsal kesime sağlık altyapı hizmetlerinin götürülmesi ve sürdürülmesidir. Finansman yönünden tanımlanması ise ülkemizde zorunlu sağlık sigortası uygulamasının başlaması demektir.

Söz konusu zorunlu sağlık sigortasının gelir kaynakları şunlardır:

1) Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgede yaşayan ve 12 yaşını geçmiş olanlardan yılda nüfus başına alınacak olan 25 lira sağlık sigortası primi.

2) Beher kilo tuzdan alınacak 5 kuruş sağlık vergisi (Tele idaresince doğrudan doğruya ihraç olunacak tuzlar bu vergiden müstesnadır).

3) PTT idaresince naklolunan dahili mektup, posta kartı ve tebrik kartlarından alınacak 5 kuruş sağlık vergisi.

4) Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde işçi sigortaları kurumu ve diğer kurumlarca sağlık sigorta primi, aidat gibi muhtelif adlarla toplanan paralar.

5) Özel idarelerin bir evvelki mali sene içindeki gelirinin % 5'i.

6) Umumi muvazeneden ayrılan tahsisat.

7) Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri örgütü tarafından toplanan ücretler.

8) Radyo alıcı makinesi sahiplerinden her yıl alınacak 25 liralık sağlık vergisi.

O günlerde Dr. Nusret Fişek zorunlu sağlık sigorta yöntemiyle bu şekilde prim ve vergi toplanmasını yeterli bulmamaktadır. Sigortayla birlikte sağlık hizmetleri için, hizmet başına hastalardan ayrıca ücret de alınmalıdır. Çünkü, "bazı insanlar kendilerine yapılan bir hizmetin değerini çoğu zaman ödedikleri para ile ölçerler. Tamamen parasız yapılan hizmetleri aşırı derecede kullanmak, suistimal etmek eğilimi vardır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin, bilhassa tedavi hizmetlerinin halka tamamen parasız yapılmasında mahzurlar vardır. Bunun için halkın mali imkanlarını zorlamadan sosyalleştirilmiş hizmetlerde de - prim ve vergilerden başka- hizmet karşılığı ücret alınarak bu mahzurların önlenmesi düşünülebilir ve bu sosyalleştirme prensibini bozmaz" (**Fişek N., 1962**).

Ancak gelişmeler beklenilenin tersine olur. Sosyalleştirme ile getirilmek istenen zorunlu sağlık sigortası yasa görüşmeleri sırasında tasarıdan çıkartılır (**Milli Birlik Komitesi Genel Kurul Toplantısı 1961**). Bu durum kuşkusuz sosyalleştirmeden vazgeçilmesi anlamına gelmektedir.

Böylelikle sosyalleştirmeden geriye kalan Behçet Uz programlarının başına gelenler gibi o güne kadar yapılanları sürdürmek olacaktır. Dr. Refik Saydam'ın 1925 yılında belirlemiş olduğu personel ve sağlık üniteleri gibi altyapısal hizmeti devletin ekonomik olanakları ile taşra-kırsal kesime götürme uygulamaları kendi yolunda devam edecektir. Öte yandan bilindiği gibi ileriki yıllarda Fişek, sağlık hizmetlerinin sigorta yoluyla finansman edilmesi konusuna karşı çıkacaktır.

Personel altyapısının temini için sosyalleştirme sözleşme ile hekim ve öteki sağlık personeli istihdamını öngörür. Sözleşme ile verilecek yüksek ücretlerle, başka bölgelerdeki personelin sosyalleştirme bölgelerine çekilmesi planlanmıştır. Bu sözleşme uygulaması 1963'te uygulamaya başlar (**Kararname 1963; 1964; 1965; 1966; 1967**).

Ama, hemen sonraki birkaç yıl içerisinde yapılan yeni düzenlemelerle sosyalleştirme bölgelerindeki hekim ve öteki sağlık personeline verilmesi öngörülen ücretlerle kesintilere gidilir. Böylelikle daha ilk başlarda personel altyapısının temininde engelle karşılaşılmış olur. Bunun üzerine Fişek, sosyalleştirmenin 1966'dan sonra başarısız bir uygulama biçimine dönüştüğünü belirtir. Bu başarısızlığının genel nedenleri Fişek'e göre şunlardır (**Fişek N, 1983**).

1) Bazı Sağlık Bakanları ve bunlara bağımlı olarak yüksek kademe yöneticileri kanunun uygulanması gereğine inanmamışlar ve personelin güvenini sarsmışlardır.

2) Hastane ve sağlık ocaklarına yeter sayıda hekim atanmamıştır.

3) Hekim ve diğer sağlık personeli fakülte ve okullarda gerektirdiği şekilde yetiştirilmemiştir.

4) Sağlık ocakları ile hastaneler arası işbirliği kurulamamıştır.

5) İl düzeyinde sağlık yönetimi yetersizdir. Sağlık ocaklarını denetleyecek grup başkanlıkları kurulmamıştır. Yerel örgütler çoğunlukla şefi olmayan bir orkestra ve komutanlı bir orduya benzemektedir.

6) Hizmet için verilmesi kanun gereği olan ödenekler hiçbir zaman yeter düzeyde verilmemiştir. Araç, gereç ve ilaç sıkıntısı daima büyük olmuştur.

Bilindiği gibi sosyalleştirme koruyucu ve halk sağlığı hizmetlerinde kullanılacak hizmet ünitesi olarak, sağlık merkezleri yerine sağlık ocaklarını benimsemiştir. Yukarıda gördüğümüz gibi 1960'a geldiğinde, kaza sağlık idaresi uygulaması ile sağlık merkezlerinin çalışması ve personel yapısı son derece karmaşık bir hal almıştır. Sağlık merkezleri artık Etimesgut örneğindeki gibi kendine özgü sağlık üniteleri değillerdir. Karmaşık içli bu yapıdan yola çıkılarak, yeni sağlık merkezlerinin çoğaltılması çok güçtür. Bu

karmaşık yapının çözülmesi gerekmektedir. Bu çerçevede, hükümet tabipliği kaldırılır. Geriye, sağlık merkezi ve mücadele örgütleri kalmıştır. Bunların hepsi de koruyucu sağlık hizmetlerinde görev yapmaktadır. Tüm koruyucu sağlık hizmetleri sağlık ocaklarına aktarılır. Sağlık merkezlerine kalan hastane hizmetleri olur. İşte, ancak bu yöntemle 1930'ların Etimesgut Numune Dispanserine (ya da Etimesgut Sağlık Merkezi) yönelinerek (ve yataklı tedavi hizmeti kaldırılarak) sağlık ocağı olarak adlandırılan hizmet ünitelerine ulaşılmış olur. Fişek, sosyalleştirmenin, Atatürk'ün inisiyatifli ile kurulmuş olan Etimesgut Sağlık Merkezinin izinden gidilerek hazırlandığını belirterek, sağlık hizmetlerindeki çözüm yolunu "Dr. Or'un uyguladığı ve Atatürk'ün övdüğü sistemi yaymak" olduğuna işaret eder (Fişek N., 1981).

Dr. Behçet Uz'un gündeme getirdiği planların 10 yılda ülkeye yayılması planlanırken, sosyalleştirmede bu süre 15 yıl olarak hesaplanmıştır. Uygulama yöntemi olarak farklılaşan, 1946 ve 1954 planlarının aynı anda tüm ülke düzeyinde yaşama geçirilmesi iken, sosyalleştirme ise "pilot bölgelerden" başlayarak uygulamanın yaygınlaştırılmasıdır. İlk uygulama 1963'te Muş'ta başlar. 1983'te ise 1992'ye kadar tüm yurda yayılması öngörülür. Bugün tüm ülke sosyalleştirme programı kapsamı içerisinde (5.1.1961 Tarih ve 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanunun 8.5.1969 Tarih ve 1175 Sayılı Kanunla Değişik 20'nci Maddesinin Değiştirilmesine Dair Kanun 1983).

"Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun"a göre sosyalleştirme örgütü sağlık evleri, sağlık ocakları, sağlık merkezleri ile hastaneler, çeşitli koruyucu sağlık hizmeti kurumları, sağlık hizmeti özellik gösteren yerler için kurulmuş, sağlık kurumları, sağlık müdürlükleri, bölge hastaneleri, bölge laboratuvarları, sağlık personeli yetiştiren eğitim müesseseleri, Sağlık Bakanlığı'nın merkez örgütü ve diğer bakanlık ve kurumlarda Sağlık Bakanlığı ile işbirliği yapmak üzere kurulmuş olan dairelerden meydana gelecektir.

Bir sağlık ocağının 5-10 bin kişilik köyler grubuna, ilçeye veya şehir ve büyük ilçelerdeki aynı nüfus sayısına karşılık gelen mahalle gruplarına açılması hedeflenmiştir. Bunların il içindeki idari taksimata uyması gerekmez. Sağlık ocağı hizmeti en az bir hekim ve yeter sayıda yardımcı sağlık personelinin oluşması bir ekip tarafından yürütülür. Köylerdeki sağlık evlerinde yardımcı sağlık personeli görev yapar. Her ocağa nakil aracı verilir. Nüfusu 5000'in altındaki yerlerde kira karşılığı lojman tahsis edilir.

Görüldüğü gibi kapsam ve hedefleri yönünden sosyalleştirme, 1946-Planından çok, 1954-Programına benzerdir. Sosyalleştirme de, kapsamlı bir yaklaşımdan uzak durarak taşra-kırsal kesimdeki sağlık ünitelerini artırmayı hedeflemektedir. Taşra-kırsal kesimdeki koruyucu ve tedavi edici hekimlik hizmetlerinin sürdürüleceği sağlık üniteleri, artık bundan böyle "sağlık merkezi" olarak değil "sağlık ocağı" olarak adlandırılacaktır.

Bugünkü rakamlarla (1995) 3 068'i kendi binasında, 1859'u geçici binalarda hizmet veren toplam sağlık ocağı sayısı 4 927'dir. Sağlık evi sayısı 11 888 rakamına ulaşmıştır. Personel açısından duruma gelince (1994): 27 564'ü uzman ve 38 268'i pratisyen olmak üzere toplam hekim sayısı 65 832'dir. Bunlardan 9 373'si uzman ve 24 668'i pratisyen olmak üzere toplam 34 405 hekim Sağlık Bakanlığı kadrolarında çalışmaktadır. Serbest çalışan uzman sayısı 7 142 ve pratisyen sayısı 1 983 olmak üzere toplam 9 125'dir. Geriye kalanlar SSK, üniversite ve öteki kamu kurumlarında çalışmaktadırlar (Sağlık İstatistikleri 1995).

1962'de ilk pilot bölgenin Muş olmasına karar verilir (Kararname 1962). Daha sonra Bitlis Hakkari ve Van illeri yanısıra Ankara ilinden bağımsız olarak Etimesgut bölgesi sosyalleştirme kapsamına alınır (Kararname 1963). Etimesgut'un sosyalleştirme bölgesi olması, ondan eğitim ve öğretim konusunda yararlanmaktadır. Etimesgut'un 25 yıldan verdiği eğitim hizmeti yeni dönemde de sürecektir. 1964'te Sağlık Bakanlığı ile Hacettepe Tıp Fakültesi arasında yapılan bir protokol sonucu Etimesgut Sağlık Merkezi bu fakültenin sosyalleştirme konusunda hizmet verecek bir eğitim ve araştırma merkezi olur (Toplum Hekimliği Uygulama ve Eğitim Öğretim İle İlgili Protokol 1964). İleriki yıllarda Etimesgut'taki hizmetler sosyalleştirme için her zaman bir referans noktası olacaktır.

Sosyalleştirme de içinde olmak üzere bugüne kadar ki tüm taşra sağlık örgütlenmesi politikalarının ülkenin sosyal, ekonomik, kültürel, fiziksel ve politik koşullarına ne kadar uygun hazırlandıkları ayrı bir tartışma konusudur. Örneğin Behçet Uz sağlık merkezlerinin çoğaltılmasını demokratik tavrın bir gereği olarak görürken (Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etüdler, 1954), Fişek ise sosyalleştirmenin ancak demokratik olmayan koşullarda uygulanabileceğini söylemektedir (Fişek N., 1992).

Sosyalleştirme Yasası'nın 17. maddesinin içeriği sosyalleştirmenin kendisiyle çelişkili olması da dikkat çekmektedir. Bu maddede "bir bölgede sağlık hizmetlerinin iyi bir şekilde yürütülmesi için gereken tesisler, lojmanlar, malzeme, araçlar ve personel temin edilmeden o bölgede sosyalleştirme planı tatbik edilemez". denmektedir. Yani sosyalleştirmenin uygulanabilmesi için tesis ve personel altyapısı şart koşulmaktadır. Oysa Cumhuriyet'in kuruluşundan beri sorunsal olan zaten bu altyapı konusudur ve sosyalleştirmenin kendisinden beklenen de sağlık hizmetlerinin sürdürülebilmesi için söz konusu altyapının temin edilmesidir.

Son 20-30 yıl içeriinde sosyalleştirme üzerine geniş tartışmalar yapılmıştır. Bu konuda en çok işitilen görüş; sosyalleştirmenin tam uygulanmadığı, uygulanması halinde "mükemmel" bir sağlık hizmeti programı olduğu şeklindedir. Bu görüşe kanıt olarak en başta gösterilen, Atatürk'ün Etimesgut'ta kurduğu sağlık hizmeti ünitesidir. Bir tarih çalışması olması nedeniyle, günümüze kadar

uzanan söz konusu bu tartışmalara burada değinmiyoruz.

SONUÇ

Ülkemizde taşra-kırsal kesim sağlık örgütlenmesinin tarihsel süreci örgütlenme ve yapılanma açısından kendine özgü bir seyir göstermektedir. Yaklaşık 130 yıllık bu sürecin ilk başında, Osmanlı döneminde, hekim atamalarını görüyoruz. Osmanlı Devleti taşra-kırsal kesimde hekim görevlendirmek suretiyle sağlık hizmeti sunmaya çalışmıştır. Cumhuriyet ile birlikte hekim görevlendirilmesinin yanısıra belli işlev ve biçime sahip sağlık ünitelerinin kurulmasına başlanmıştır. Hekim ve hekim dışı sağlık personelinin bir ekip hizmeti şeklinde koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti verdikleri bu sağlık üniteleri önceleri sağlık merkezi adını taşıırken, 1960'dan sonra sağlık ocağı adını almışlardır. Araştırmamız süresince görüldüğü gibi tarihsel boyutta, devletin girişimleri genelde fiziki ve per-

sonel altyapıyı genişletmek üzerine toplanmıştır. 1946 ve 1954 programları ile sosyalleştirme; altyapı hazırlamayı aşan nitelik ve biçimde, işlevsel bir model olarak kendilerini tanıtsalar da pratikte mevcut altyapıyı genişletme çabasından öteye geçememişlerdir (uygulanabildikleri ölçüde).

Bu bağlamda devletin taşra-kırsal kesim sağlık hizmeti anlayışının, ülkemize özgü bir süreç sonucu gelişmiş, doğrudan bütçe kaynakları ile hizmet altyapısını yalınkat genişletme ve işleyiş dinamikleri üzerinde fazla durmama gibi politik bir nitelik taşıdığı söylenebilir. Böylesi bir politikanın sağlık hizmeti gibi çok yönlü bir olguya ait birçok öğenin gözden kaçırılmasına ve ülke dinamiklerine uygun işlevsel bir yapılanma-işleyiş modelinin gerçekleştirilmesine engel olabileceğini belirtmemiz gerekir. Eğer bugün ülke olarak sağlık sorunlarımızın büyüklüğünden rahatsız oluyor ve çözüm yolları arıyor isek bu noktayı gözden kaçırmamalıyız.

Tablo 7: Sosyalleştirmeden Sonra, Yıllara Göre (1960-1986) Taşra-Kırsal Kesim Hizmet Birimleri Arasında Sayısal Değişim

	Hükümet Tabibi	Muayene Tedavi Evi	Sağlık Merkezi	Sağlık Ocağı	Sağlık Evi
1960	638	124	283	(-)	(-)
1961	638	119	293	(-)	(-)
1962	638	123	298	(-)	(-)
1963	634	119	301	19	37
1964	591	111	286	196	184
1965	526	87	264	465	363
1966	526	84	263	465	363
1967	489	74	268	608	548
1969	468	63	289	828	2 137
1970	449	58	291	851	2 237
1971	449	53	295	851	2 231
1972	449	53	301	851	2 231
1973	449	51	305	872	2 478
1974	449	47	306	872	2 748
1975	437	45	300	931	3 210
1976	366	35	302	1 145	4 276
1977	249	35	274	1 319	4 276
1978	249	24	279	1 365	4 691
1979	249	20	290	1 764	6 565
1980	242	20	291	1 827	6 594
1981	314	20	287	1 838	6 624
1982	295	20	100	1 955	7 044
1983	295	20	93	1 975	7 055
1984	(-)	(-)	103	2 793	8 088
1985	(-)	(-)	121	2 834	8 266
1986	(-)	(-)	94	3 019	9 040

Kaynak: Türkiye İstatistik Yıllığı 1968, 1977, 1981, 1987

KAYNAKLAR:

- Atatürk, MK.** TBMM Zabıt Ceridesi 1959; 18: 3-4. D.3.
- Atatürk, MK.** TBMM Zabıt Ceridesi 1970; 7(3):4. D.2.
- Atatürk'ün Etimesgut İctimai Hıfzıssıhha Dispanseri Ziyaretleri.** Sıhhiye Mecmuası 1937; 13(89): 482.
- Aydın E.** Atatürk'ün Sağlık Kavram ve Anlayışı. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 1995; 48(1): 43-54.
- Aydın E.** Halk Sağlığı Yönüyle Türkiye'de Sıtma Savaşı. Uzmanlık Tezi, Danışman Yaman Örs. 1994 Ankara 65-70.
- Beale W.** Türkiye'nin On Yıllık Sağlık Planı. Sağlık Dergisi 1947; 21(134): 625-7.
- Birinci On Yıllık Sağlık Planı.** SSBYB. Ankara 1946, 1-60.
- Brockington F.** The History of Public Health. In: The Teory and Practice Public Health. Ed. Hobson W. 4th ed. Oxford Uni. Press London 1975, 1-7.
- Büyük Millet Meclisi İcra Vekillerinin Sureti İntihabına Dair Kanun.** TBMM Kavanin Mecmuası 1943; 1:4.
- Cumhuriyet Dönemi Yataklı Tedavi Hizmetleri 1923-1983.** SSBYB Ankara 1983, 29-30.
- Dr. F.N. Prof. Dr. Refik Saydam.** Dirim 1935; 10(1-2): 2-3.
- Dr. Refik Saydam 1881-1942 Ölümünün 40. Yılı Anısına.** SSBYB. Ankara 1982, 7-19.
- Ergin O.** Türkiye Maarif Tarihi. C.2, Osmanbey Matbaası İstanbul 1940, 364-5.
- Etimesgut Dispanseri Talimatnamesine İlave Edilmek Üzere Ankara ve Sıhhat ve İctimai Muavenet Müdürlüğüne Yazılan 16.6.1931 Tarih ve No: 3633 Tahrirat.** Sıhhiye Mecmuası 1933; 9(61): 11.
- Etimesgut İctimai Hıfzıssıhha Numune Dispanseri Talimatnamesi.** Sıhhiye Mecmuası 1933; 9(61): 1-12.
- Fişek N.** Atatürkçülük ve Sağlık Politakamız. Cumhuriyet Gazetesi 2.4.1981.
- Fişek N.** Nusret Fişek İle Söyleşi, Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Tisamat Basım Sanayi 3 Kasım 1992, 1-44.
- Fişek N.** Halk Sağlığına Giriş. HÜ-WHO Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi No. 2. Ankara 1983; 166.
- Fişek N., Prof. Dr. Nusret Fişek ile Son Söyleşi.** Tıp Dünyası 1991; (1): 16-7, 22.
- Fişek N.** Prof. Dr. Nusret Fişek İle Son Söyleşi (2). Tıp Dünyası 1991; (2): 16-7, 31.
- Fişek N.** Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Üzerinde Çalışmalar. Planlama 1961; (3): 55-65.
- Genelge** (17.7.1949/3395). Sağlık Bakanlığı
- Genelge** (22.12.1954/3236). Sağlık Bakanlığı Ayniyat Nuhasipliği.
- Genelge** (2.11.1946/2030). Sağlık Bakanlığı Sağlık İşleri.
- Genelge** (9.2.1948/2249). Sağlık Bakanlığı Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü.
- Genelge** (29.1.1951/2683) Sağlık Bakanlığı Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü
- Genelge** (20.2.1949/2254). Sağlık Bakanlığı Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü Ekte Bakanlığa Bağlı Muhtelif Sağlık Teşekküllerinin İşbirliği Hakkında Yönetmelik.
- Genelge** (27.10.1954/3197). Sağlık Bakanlığı Sağlık İşleri Umum Müdürlüğü.
- Genelge** (16.8.1955/1932). Sağlık Bakanlığı Sıtma Savaşı Umum Müdürlüğü.
- Genelge** (23.3.1951/2702). Sağlık Bakanlığı Sosyal Yardım İşleri Genel Müdürlüğü.
- Genelge** (17.11.1951/2777). Sağlık Bakanlığı Sosyal Yardım İşleri Genel Müdürlüğü.
- Genelge** (14.2.1952/2816). Sağlık Bakanlığı Sosyal Yardım İşleri Genel Müdürlüğü.
- Genelge** (29.9.1954/3177). Sağlık Bakanlığı Sosyal Yardım İşleri Genel Müdürlüğü.
- Genelge** (21.10.1954/3192). Sağlık Bakanlığı Sosyal Yardım İşleri Genel Müdürlüğü.
- Genelge** (26.1.1953/2924). Sağlık Bakanlığı Sosyal Yardım İşleri Genel Müdürlüğü Ekte Sağlık Merkezleri Talimatnamesi.
- Genelge** (27.10.1954/3198). Sağlık Bakanlığı Sosyal Yardım İşleri Genel Müdürlüğü.
- Gökay FK.** Onbeş Yılın Manası. Tıbbiyeliler Bayramı. Tecelli Basımevi İstanbul 1938, 17-28.
- Görsoytrak MS.** Bir Vatansverin Anısına. Çalışma Ortamı 1992; (5): 30-2.
- Hükümet Tabibinin Vazifeleri.** Sağlık Dergisi 1954; 28(10):607-19.
- İdarei Umumiyei Tibbiye Nizamnamesi.** Düstur, 2. Tertip, C.2, 1289. 800-3.

- Kararname (5.4.1962-6/352) RG. 19.7.1962. 5, 101-16, 129-33.
- Kararname (9.2.1963-6/1403). RG. 7.3.1963. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanunun Gereçesi. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi. SSYB Ankara 1961, 70-95.
- Kararname (26.8.1963-6/2150). RG. 17.9.1963/11507. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun Tasarısı. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi. SSYB Ankara 1961, 98-108.
- Kararname (7.9.1964-6/3589). RG. 25.9.1964/11816. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. Milli Birlik Komitesi Kanunlar Dergisi 1961; 43: 718-24.
- Kararname (22.12.1965-6/5771). RG. 26.1.1966/12210. 5.1.1961 Tarih ve 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanunun 8.5.1969 Tarih ve 1175 Sayılı Kanunla Değişik 20'nci Maddesinin Değiştirilmesine Dair Kanun. RG. 25.6.1983/18088.
- Kararname (29.6.1966-6/6666). RG. 20.7.1966/12353. Sağlık İstatistikleri 1995. Sağlık Bakanlığı Ankara 1996, 30, 63.
- Kararname (5.7.1967-6/8545). RG. 1.9.1967/12688. Sağlık Programının Ana Hatları. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi. SSYB Ankara 1961. 36-48.
- Kararname N. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanının Doktorlara Yaptığı Konuşma. Sağlık Dergisi 1960; 34(9-10): 294-97. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Kuruluş ve Memurları Kanununa Bazı Hükümler Eklenmesine ve 4258 Sayılı Kanuna Bağlı Kadro Cetvellerinin Değiştirilmesine Dair Kanun. RG. 15.2.1946.
- Kaza Sağlık İdareleri ve Sağlık Merkezleri Talimatnamesi. RG. 7.7.1955/9048. Sağlık İstatistikleri 1995. Sağlık Bakanlığı Ankara 1996, 30, 63.
- Kaza Sağlık İdareleri ve Sağlık Merkezleri Talimatnamesi. RG. 5.4.1960/10472. Sağlık Programının Ana Hatları. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi. SSYB Ankara 1961. 36-48.
- Konuk S. Sağlık Bakanının Konuşması (28.10.1945). Sağlık Dergisi 1945; 19(117): III-VI. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Kuruluş ve Memurları Kanununa Bazı Hükümler Eklenmesine ve 4258 Sayılı Kanuna Bağlı Kadro Cetvellerinin Değiştirilmesine Dair Kanun. RG. 15.2.1946.
- Memleket Etibbası ve Eczacıları Hakkında Nizamname. Sicilli Kavanin 1935; 11: 304-5. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Kuruluş ve Memurları Kanununa Bazı Hükümler Eklenmesine ve 4258 Sayılı Kanuna Bağlı Kadro Cetvellerinin Değiştirilmesine Dair Kanun. RG. 15.2.1946.
- Milli Birlik Komitesi Genel Kurul Toplantısı. 1961; 5: 15-41. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Kuruluş ve Memurları Kanununa Bazı Hükümler Eklenmesine ve 4258 Sayılı Kanuna Bağlı Kadro Cetvellerinin Değiştirilmesine Dair Kanun. RG. 15.2.1946.
- Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etüdlar (20.12.1954). Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Neşriyatı No. 177. Ankara 1954; 3-59. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Kuruluş ve Memurları Kanununa Bazı Hükümler Eklenmesine ve 4258 Sayılı Kanuna Bağlı Kadro Cetvellerinin Değiştirilmesine Dair Kanun. RG. 15.2.1946.
- Muayene ve Tedavi Evleri Talimatnamesi. Sıhhiye Mecmuası 1930; 6(42-3): 829-38. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Kuruluş ve Memurları Kanununa Bazı Hükümler Eklenmesine ve 4258 Sayılı Kanuna Bağlı Kadro Cetvellerinin Değiştirilmesine Dair Kanun. RG. 15.2.1946.
- Okan S. Türkiye'de Sıtma Savaşı. Türk Hijyen ve Tecrübe Biyoloji Dergisi 1949; 9(3): 19-26. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Kuruluş ve Memurları Kanununa Bazı Hükümler Eklenmesine ve 4258 Sayılı Kanuna Bağlı Kadro Cetvellerinin Değiştirilmesine Dair Kanun. RG. 15.2.1946.
- Or C. Sıtma Savaş Komisyonu Toplantısında Dr. Cemalettin Or'un Koruyucu Hekimlik Hakkında Konferansı. Sağlık Dergisi 1948; 22(2): 79-80. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Kuruluş ve Memurları Kanununa Bazı Hükümler Eklenmesine ve 4258 Sayılı Kanuna Bağlı Kadro Cetvellerinin Değiştirilmesine Dair Kanun. RG. 15.2.1946.
- Pektaş MN. Dr. Cemal Or Hocanın Etimesgut Numune Sağlık Merkezi Başhekimisi Olarak O Yöreye Vermiş Olduğu Hizmetler. Dirim 1995; 70(7-8-9): 178-82. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Kuruluş ve Memurları Kanununa Bazı Hükümler Eklenmesine ve 4258 Sayılı Kanuna Bağlı Kadro Cetvellerinin Değiştirilmesine Dair Kanun. RG. 15.2.1946.
- Sağlık Bakanlığınının 355 Sayılı Genelgesi ve Ekte İnkilabımız. Sağlık Dergisi 1960; 34(5-6): 196-7. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Kuruluş ve Memurları Kanununa Bazı Hükümler Eklenmesine ve 4258 Sayılı Kanuna Bağlı Kadro Cetvellerinin Değiştirilmesine Dair Kanun. RG. 15.2.1946.
- Sağlık Bülteni Refik Saydam Özel Sayısı. 1982; 1(3): 5-8. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Kuruluş ve Memurları Kanununa Bazı Hükümler Eklenmesine ve 4258 Sayılı Kanuna Bağlı Kadro Cetvellerinin Değiştirilmesine Dair Kanun. RG. 15.2.1946.
- Sağlık Dergisi Fevkalade Nüsha 1948; 22(10-11): 24-39, 87-96. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Kuruluş ve Memurları Kanununa Bazı Hükümler Eklenmesine ve 4258 Sayılı Kanuna Bağlı Kadro Cetvellerinin Değiştirilmesine Dair Kanun. RG. 15.2.1946.
- Sağlık Hizmetlerinde 50. Yıl. SSYB Ankara 1973, 59, 91-5, 101-16, 129-33. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Kuruluş ve Memurları Kanununa Bazı Hükümler Eklenmesine ve 4258 Sayılı Kanuna Bağlı Kadro Cetvellerinin Değiştirilmesine Dair Kanun. RG. 15.2.1946.

TBMM Tutanak Dergisi. 1946; 20: 443-82. D.7.

TBMM Tutanak Dergisi. 1947; 3: 547-75. D.8.

TBMM Tutanak Dergisi. 1948;8: 711-43. D.8.

TBMM Tutanak Dergisi. 1951; 6: 266 D.9.

TBMM Tutanak Dergisi. 1951; 9: 560-1 D.9.

TBMM Zabıt Ceridesi. (.); 18: 64. D.3

TBMM Zabıt Ceridesi. 1940; 1: 156, 164-7(2. Baskı). D.1.

TBMM Zabıt Ceridesi. 1954; 28: 984-5. D.9.

TBMM Zabıt Ceridesi. 1955; 5: 754-7. D.10.

TBMM Zabıt Ceridesi. 1970; 7: 72-85. D.2

TBMM Zabıt Ceridesi. 1976; 15:286-8, 299-301. D.2.

Terzioğlu A. Dr. Refik Saydam ve İstanbul Tıp Fakültesi. Dr. Refik Saydam 1881-1942 Ölümünün 40. Yılı Anısına. SSYB Ankara 1982, 125-30.

Toplum Hekimliği Uygulama Eğitim ve Öğretimi İle İlgili Protokol. 21.5.1964.

Türkiye İstatistik Yıllığı 1968. Devlet İstatistik Enstitüsü. Ankara 1969, 68, 84.

Türkiye İstatistik Yıllığı 1977. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü. Ankara 1977, 77.

Türkiye İstatistik Yıllığı 1981. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü. Ankara 1981, 81.

Türkiye İstatistik Yıllığı 1987. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü. Ankara 1988, 94.

Uğurlu MC. Bir Toplumsal Hekimlik Önderi Prof. Dr. Nusret H. Fişek (1914-1990). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 1992; 45(2): 367-410.

Uğurlu MC. Türkiye'de Öncü Bir Toplum Hekimi Dr. Mehmet Cemalettin Or. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 1994; 47(1): 1-50.

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu. TBMM Kavanin Mecmuası 1930; 8: 239.

Uz B. Bütçe Görüşmeleri Konuşması. Sağlık Dergisi 1948; 22(1): 3-10.

Uz B. Genel Sağlık İşleri ve Milli Sağlık Planına Dair Konuşma. Sağlık dergisi 1948; 22(1): 10-3.

Uz B. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanının Konuşması. Sağlık Dergisi 1948; 22(1): 18-9.

Uz B. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanının Söylevi. Sağlık Dergisi 1947; 21(132): 523-8.

Uz B. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanının Söylevi. Sağlık Dergisi 1948; 22(2): 69-70.

Uz B. Sıtma Savaş Komisyonu Toplantısı. Sağlık Dergisi 1948; 22(2): 67-8.

Üner R. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanının Konuşması. Sağlık Dergisi 1960; 34(9-10): 389-92.

Vilayet İdarei Sıhhiye Nizamnamesi. Düstur 2. Tertip, C.5, 1332. 362-6.