

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ (1920 – 1980)

Hamdi AYTEKİN*

Özet: Türkiye'de Sağlık Bakanlığı 3 Mayıs 1920 tarihinde kurulmuştur. Başlangıç döneminde Bakanlık gündemini savaş ve kurumsal yapılanma oluşturmuştur. Savaş sonrasında ve Cumhuriyet'in ilanı ile ise yeni bir sağlık sistemi kurulmuş ve Sağlık Bakanlığı da bu sistemin temel kurumlarından biri olmuştur. Bu yazıda 1920-1980 döneminde Sağlık Bakanlığı yapılanması ve kurumsal çerçevesinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetleri, Türkiye

Health Care Services in Turkey Between 1920-1980

Abstract: The Ministry of Health (MoH) in Turkey was established dated 3 May 1920. In the beginning period, MoH was focused on war and institutional legislation. New health system had been established after war and declaration of republic and MoH has been one of the main institution of this system. This paper aims to review of MoH's structure and institutional framework in 1920-1980.

Keywords: Ministry of Health, health care services, Turkey

Giriş

Bu derlemede genellikle Sağlık Bakanlığı'nın kendi verileri kullanılmış ve onlar irdelenmeye çalışılmıştır. Bunun nedeni bu döneme ait verilerde sürekliliği ve güvenilirliği sağlayacak başka verilerin bulunmamasıdır. Özellikle üniversiteler de 1955'den sonra SSK gibi kurumlar da, tedavi edici alanda sağlık hizmeti üretmişlerdir. Bunların yanı sıra özel çalışan hekimlerin de sağlık hizmetleri üretmesi söz konusudur. Ancak bunlara ait kıyaslanabilir, güvenilir veriler yoktur.

Bütün bunlar nedeniyle genellikle Sağlık Bakanlığı'nın verileriyle yetinilmek zorunda kalınmıştır. Ayrıca ilk yıllara ilişkin verilerin toplanma biçimi ve toplanma alanının Türkiye'yi temsil etmesinde sıkıntılar vardır. Okuyucuların bunları göz önüne alarak yazılanları değerlendirmesi uygun olur.

Büyük Millet Meclisi (BMM)'nin 23 Nisan 1920'de açılmasından bir hafta sonra, 2 Mayıs 1920 günlü toplantısında çıkardığı 3 numaralı yasayla "İcra Vekilleri Heyeti" (Bakanlar Kurulu) kurulmuştur. Bu heyette yer alan on bir "zattan" (Bakan) biri de sıhhiye ve muaveneti içtimaiye işlerini görmek için seçilmiştir. Seçim usulü Büyük Millet Meclisi üyelerinin mutlak ekseriyeti yoluyla gerçekleştirilmiş olup bu zevatin BMM'ye karşı sorumluluğu vardır.

Dr. Adnan Adıvar, 3 Mayıs 1920'de yapılan ilk bakanlar kurulu toplantısına katılmış ve yanına aldığı bir "Küçük Sağlık Memuru" ile Ankara Vilayet Konağı'nın bir odasında 11.5.1920'de göreve başlamıştır. O günkü hükümetin elinde hiçbir doküman bulunmadığından hekim dâhil insan gücü sayısı telgraflarla illerden temin edilmiş, Osmanlı'nın bütün kanun, tüzük vb. mevzuatı bakanlık bünyesinde toplamıştır. Bu mevzuatın incelenmesinden sonra Merkezde Hıfzısıhha Dairesi, Sicil Dairesi, Muhasebe ve Evrak Kalemi kurulmuş, taşra örgütünde ise eski Sağlık Müdürlükleri, Hükümet, Belediye ve Karantina Tabiplikleri ve Küçük Sıhhiye Memurlukları aynen muhafaza edilmiştir.

Dr. A. Adıvar 10 Mart 1921'de Bakanlıktan ayrılmış, yerine Dr. Refik Saydam bakan olmuştur. Dr. Refik Saydam 24 Aralık 1921'de bakanlıktan istifa edince yerine Dr. Rıza Nur seçilmiştir.

O dönemde, Kurtuluş Savaşı bütün hızıyla sürerken içeride, daha önceden devralınmış göçmen sorunlarının iyileştirilmesi, öksüz çocukların korunması, savaş yaralılarının tedavisi gibi faaliyetlere ağırlık verilmiştir (**SSYB, 1973**).

Cumhuriyet'in ilanından önce 1921 yılında ilk Anayasa (Kanuni Esasi) kabul edilmiş, 1923'de idare şekli

* Prof. Dr., Emekli Öğretim Üyesi, Halk Sağlığı Uzmanı

olarak Cumhuriyet'in kabulünden sonra hazırlanan 1924 Anayasa'sı Meclis tarafından kabul edilmiştir. Her iki Anayasa'da da sağlıkla ilgili özel bir düzenleme olmamakla birlikte, aşağıda sunulacak olan bazı yasaların içeriğine bakılacak olursa sağlık ve sosyal yardım hizmetlerinin devletin asli görevi olduğu kabul edilmiştir.

Bu konudaki en önemli değişiklik 1961 Anayasası'nda yer almış ve bu Anayasa'nın 48. ve 49. maddesinde sağlık hizmetinin devlet tarafından yürütülmesinin zorunlu hale getirilmesi açık ve kesin bir dille ifade edilmiştir.

Cumhuriyet'in ilanından sonra, diğer devlet kurumları gibi bakanlık da daha fazla çalışma olanağına kavuşmuştur. Bakanlığın 1925 yılında hazırladığı ilk çalışma programında şunlara yer verilmiştir (**SSYB, 1973**) :

- I. Devletin sağlık örgütünü genişletmek,
- II. Hekim, sağlık memuru ve ebe yetiştirmek,
- III. Numune Hastaneleri ile doğum ve çocuk bakım evleri açmak,
- IV. Sıtma, verem, trahom, frengi ve kuduz gibi önemli hastalıklarla mücadele etmek,
- V. Sağlıkla ilgili kanunları yapmak,
- VI. Sağlık ve sosyal yardım örgütünü köye kadar götürmek,
- VII. Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü ve Hıfzıssıhha Okulu kurmak

Bütün bunları gerçekleştirebilmek için devletin elinde 554 hekim, 69 eczacı, 560 sağlık teknisyeni, 136 ebe, 4 hemşire bulunmaktaydı. Aynı tarihlerde hastane olarak devlete ait 3, Belediyelere ait 6, özel idarelere ait (Memleket Hastanesi) 45, özel, yabancı ve azınlıklara ait 32 olmak üzere toplam 86 hastane ve bunlarda 6437 yatak bulunmaktaydı (**SSYB, 1973**).

Daha ileri yıllarda sırasıyla 1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ve 1936 yılında çıkarılan 3017 sayılı Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekaleti (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı-SSYB) Teşkilat ve Memurin Kanunu devletin sağlık hizmetlerine bakış açısını ortaya koydukları için önem taşımaktadırlar. Devlet,

sağlık hizmetlerinin görülebilmesini kendi "asli görevi" olarak kabul etmiştir. Bunun için 1593 sayılı Yasa'nın 1. ve 4. maddelerinin içeriğine bakmak gerekir:

1. Sağlık şartlarını düzeltmek, sağlığa zarar veren bütün hastalıklar veya diğer zararlı etkenlerle savaşmak... genel hizmetlerindedir.

2. Genel sağlık ve sosyal yardım hizmetlerine ait "devletin görevleri" SSYB tarafından yerine getirilir. Özel idarelere, Belediyelere ve diğer mahalli idarelere bırakılan hizmetlerin yapılması Bakanlıkça denetlenir.

3. Bakanlık aşağıdaki hizmetleri doğrudan yapar:

3.1. Doğumları arttırmak, çocuk ölümlerini azaltmak için gerekli tedbirleri almak,

3.2. Annelerin doğumdan önce ve sonra sağlıklarını korumak,

3.3. Memlekete bulaşıcı ve salgın hastalıkların girmesini önlemek,

3.4. Bulaşıcı ve salgın hastalıklar ve çok miktarda ölümlere sebep olan diğer zararlı etkenlerle savaşmak,

3.5. Tıp mesleklerinin yürütülmesini denetlemek,

3.6. Gıda, ilaç, aşı, serum vb.nin denetimini sağlamak,

3.7. Çocuk ve gençlik sağlığına ilişkin işleri görmek ve denetlemek,

3.8. Okul sağlığı hizmetlerini görmek

3.9. Çalışma ve meslek sağlığı ile ilgili hizmetleri görmek,

3.10. Maden suları ve kaplıcaların sağlık yönünden hizmetlerini yürütmek,

3.11. Hıfzıssıhha kurumları vb. açmak, idare etmek,

3.12. Mesleki öğretim kuruluşları açmak, denetlemek,

3.13. Akıl-ruh sağlığı hastalarının tedavilerini üstlenmek,

3.14. Göçmenlerin, ceza evlerinin ve ulaştırma hizmetlerinin sağlıkla ilgili hizmetlerini görmek,

3.15. Sağlıkla ilgili yayın, propaganda hizmetleri ile tıbbi istatistiklerin düzenlenmesi hizmetlerini görmek

4) Şehir, kasaba ve köylerdeki sağlık ve sosyal yardım hizmetleri, belediyeler, özel idareler ve diğer mahalli idarelerce yürütülür. Bakanlık özellikle bu idarelere rehber olmak üzere bazı mahallerde örnek kuruluşlar açar (**SSYB, 1973**).

Bu ilk dört maddeden ve Bakanlığın 1925'deki ilk çalışma raporundan da anlaşılacağı gibi, Sağlık Bakanlığı bilinen "tedavi edici" hizmetleri; "hastanecilik" gibi pahalı ve ülkenin sağlıktaki önceliklerine uymayan hizmetleri doğrudan yüklenici olmaya pek yanaşmamakta, bunları mahalli idarelere gördürme yolunu seçmektedir. Ancak yukarıdaki 4. maddede anlatıldığı şekilde, "rehber olmak üzere bazı mahallerde örnek kuruluşlar açar" diyerek bu yolu tam da kapatmış değildir. Buna dayanarak 7 ilde "Numune Hastaneleri" kurulmuş ve Bakanlıkça işletilmiştir. Bu hastanelerden Ankara, Diyarbakır, Erzurum ve Sivas Numune Hastaneleri 1924'de, İstanbul Haydarpaşa 1936'da, Trabzon Numune Hastanesi 1946'da ve Adana Numune Hastanesi de 1970'de açılmıştır (**SSYB, 1973**).

Sağlık hizmetlerinin nasıl görüleceği Sağlık Bakanlığı'nın örgütlenme şekliyle yakından ilgilidir. Kurulduğu 1920 yılında Bakan, Müsteşar, Sağlık ve Sosyal Yardım İşleri Müdürlüğü ile birkaç müfettişlikten oluşan kadro ile işe başlayan Bakanlık, ilk olarak 1936 yılında çıkarılan 3017 sayılı Kanun'la örgüt ve yönetim şekline kavuşmuştur. Bu Kanun zaman içinde yapılan eklentiler ve değişikliklerle daha da geliştirilmiştir (**SSYB, 1973**).

İlk düzenlemede merkez hizmet kuruluşlarının içinde "Sıtma Savaşı Genel Müdürlüğü, Verem Savaşı Genel Müdürlüğü, Ana Çocuk Sağlığı Müdürlüğü, Trahom Savaş Müdürlüğü, Ruh Sağlığı Müdürlüğü" gibi birimler dikkat çekicidir. Özellikle o tarihlerde ülkenin en önemli sağlık sorunlarına yönelik çözüm yolları aranırken probleme yönelik "Dikey Örgütlenme" modelinin seçildiği görülmektedir. Bu örgütlenme modeli 1960 yılına kadar sürmüştü ve 1961 yılında çıkarılan 224 sayılı Yasa'dan sonra bu hizmet modeli sürdürülmeye devam etmekle birlikte sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde yavaş yavaş "yatay (entegre) hizmet" uygulamasına geçilmiştir. Bakanlığın illerdeki taşra örgütü, il sağlık müdürünün yönetiminde, hizmetle ilgili başkanlıklar, Hükümet Tabipleri, tıbbi, sıhhi ve sosyal kuruluşlar, mesleki öğretim kuruluşları ile diğer destek kuruluşlarından oluşmaktadır. İlçe merkezlerinde Hükümet Tabibi yönetiminde sağlık memuru, ebeler ve destek personelden oluşmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği illerde bu örgütlenme modeli değiştirilmiştir, gerek il yönetiminde gerekse ilçe, bucak ve köylerde daha değişik bir yapıya ve hizmet anlayışına geçilmiştir. Bununla ilgili bilgi daha sonra verilecektir.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bütçeleri ise tablo 1'de verildiği gibidir.

Tablo 1. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Bütçeleri (SSYB, 1973)

Yılı	Bakanlık Bütçesi'nin Devlet Bütçesi'ne Oranı
1923	2.21
1930	2.02
1940	3.04
1950	4.07
1960	5.27
1970	3.05
1980	4.20

Ülkede Yaygın Olan Hastalıklarla Savaş Çiçek (SSYB, 1973)

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bu 60 yıllık dönem içinde enerjisinin en büyük kısmını bulaşıcı hastalıklarla savaşta kullanmıştır. Bu hastalıkların başında da çiçek gelmektedir. Çiçek neredeyse Anadolu'nun endemik hastalığıdır. Anadolu'ya giren çiçek, İran ve Irak kaynaklıdır. Sağlık Bakanlığı'nın aldığı önlemlerle 1957 yılından sonra tek bir çiçek vakası görülmemiştir. Bu dönem içerisinde görülen çiçek vakaları ise; 1925'de 483 vaka, 69 ölüm, 1930'da 906 vaka, 160 ölüm, 1940 yılında 897 vaka, 129 ölüm, 1944 yılında 6093 vaka, 678 ölüm, 1951 yılında 152 vaka, 3 ölüm, 1957 yılında 128 vaka, 7 ölüm olarak saptanmıştır. Bundan sonra vaka görülmemiştir.

Sıtma (SSYB, 1973)

Bu coğrafyanın kadim hastalığı olan sıtmanın Kurtuluş Savaşı'na katılan ve görece sağlam olması gereken askerlerde yüzde 40 oranında görülmesi bile yeni Türkiye'nin bu hastalıkla çok yoğun bir şekilde savaşmasını öncelikli kılmıştır. 1921 yılında Hıfzısıhha Müdürlüğü'nce düzenlenen bir raporda nüfusu 200.000 varsayılan Antalya ilinde sıtmalı sayısının 170.000'e ulaştığı bildirilmektedir. İki Eylül 1925 günü Ankara'da toplanan 1. Milli Türk Tıp Kongresi'nin belli başlı konusunu sıtma oluşturmuştur. Bin dokuz yüz yirmi altı yılında kabul edilen 839 sayılı Kanun'la sıtma savaşının esasları belirlendi. Buna göre sıtma ile savaş için Sağlık Bakanlığı'nda özel bir örgüt kuruluyor ve şu esaslar getiriliyordu.

1. Dalak ve kan muayeneleri ile sıtmalıların saptanması ve bunların tedavilerinin bedava yapılması
2. Bataklıkların kurutulması
3. Sivrisinek yetiştiren jitlelerin ve çeltik ekim alanlarının kontrol altına alınması

Bin dokuz yüz kırk yılına gelindiğinde bu çalışmalar sırasında muayene edilen kanlara göre

sıtmalı oranı %11'e kadar düşürülmüştür (Kanda plazmodi görülme oranı)

İkinci Dünya Savaşı sırasındaki doğan kötü koşullar nüfus hareketliliğinin artması sonucu sıtma tekrar salgın yapmış ve 1943'de sıtmalı oranı %32'ye yükselmiştir.

Bu salgınlar karşısında 1945 yılında 4707 ve 1946 yılında 4871 sayılı Kanunlarla sıtma ile olağanüstü ve sürekli savaşı öngören düzenlemeler yapılmıştır. Siyaseten; çeltik ekimi yapılan bölgelerde, büyük toprak sahipleriyle hükümetin arasının iyi olmadığını söylemek yanlış değildir.

Bu arada WHO ve UNICEF gibi kuruluşların büyük yardımları ve DDT'nin kullanılmaya başlanmasıyla 1956 yılına gelindiğinde sıtmalı oranı binde 8'e kadar geriledi. Bu azalma 1970'lere kadar sürdü ve 70'lerin ortasında tekrar yükselerek yeni bir epidemi başladı.

Sıtma epidemilerinin 1976-1980 arasında sürmesinin (ve sonra da bir süre devam etmesinin) nedenlerini sıtmaya karşı alınan önlemlerin gevşetilmesi ve insektisitlere karşı sivrisineklerde oluşan direnç olarak değerlendirmek mümkündür.

Sıtma savaşı, bu dönemde (1920-1980) devletin sağlık alanında yaptıklarıyla en çok övüldüğü bir hizmettir. Sağlık Bakanlığı bütçesinin %35'inin bu işe ayrıldığı yıllar olmuştur. Bu savaşta çalışan hekimlerin, sağlık memurlarının, sıtma sürveyans çalışanlarının "Sıtmacılar" adı altında büyük özveriyle çalıştıkları ve başarılı oldukları unutulmamalıdır. Sıtma savaşında çalışan hekimlerin bir bölümü sonradan akademik kariyer yapıp "Halk Sağlığı"nın ilk kadrolarını oluşturmuşlardır.

Verem (SSYB, 1973)

Verem savaşı Türkiye'de diğer hastalıklara göre alışılmadık bir yolla sürdürülmüştür. 1918 yılında başlatılan veremle savaşta öne çıkan, ilk başlarda Verem Savaş Dernekleri (VSD) olmuştur. Daha sonra bu derneklerin çalışmaları dispanser açmaya ve çalıştırmaya evrilmiştir. Bunların daha çok gönüllü kuruluşlar olmaları yanında Cumhuriyet'le birlikte, Sağlık Bakanlığı'nın da katılımıyla Dernek-Hükümet işbirliği benimsenmiş ve savaş alanında iki kanada ait kuruluşların birbirini destekleyerek ortak bir platformda çalışmalarını sürdürmeyle devam ettirilmiştir. İlerleyen yıllarda verem ile ilgili tıbbi savaş yöntemlerinin gelişmesiyle birlikte bu savaşta devletin katkısı artmış, ancak gönüllü bir kuruluş, adeta bir "sivil toplum kuruluşu" olan Verem Savaş

Dernekleri'nin katkıları da desteklenerek sürdürülmüştür. Bu politika başarıyla uygulanmış ve çok önemli sonuçlar sağlanmıştır.

Bin dokuz yüz kırk dokuz yılında Veremle Savaş Kanunu çıkartılmış, ayrıca, Belediyelerin eğlence yerlerinden aldıkları "eğlence rüsumları"nın onda birini VSD'lere aktarması yasal olarak kabul edilmiştir. Bin dokuz yüz elli üç yılında başlatılan gezici BCG aşısı kampanyaları ve hemen sonrasında mikrofilm taramaları ile hizmet kırsal alana da yayılmıştır. Bu çalışmanın yürütülmesinde; sıtma savaşında olduğu gibi WHO ve UNICEF'in büyük katkıları olmuş, araç, gereç, aşı vb. ile tüm ülkeyi kapsamayı hedefleyen bir program yürütülmüştür. Ülkede 1945 yılında veremden ölenlerin oranı (25 il merkezinde) yüz binde 262 iken, 1970'de tüm il ve ilçelerde yüz binde 20,3'e inmiştir. 1980'e gelindiğinde vereme bağlı ölümler ihmal edilebilir bir düzeydedir.

Trahom (SSYB, 1973)

Trahom savaşına ilk olarak 1925 yılında, o dönem adı "Körler Memleketi"ne çıkan Adıyaman ve Malatya'da birer hastane ve dispanser açarak başlanmıştır. Bu sabit kuruluşlar yanı sıra, oluşturulan gezici ekiplerle köylere kadar gidilip taramalar ve tedaviler gerçekleştirilmiştir.

Bin dokuz yüz otuz yılında bu bölgeye komşu illerde de 4 trahom hastanesi açılmıştır, ancak tüm hastanelerdeki yatak sayısı 100'dür. Aynı yıl çıkarılan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'na özel hükümler konularak savaş yoğunlaştırılmıştır. Sıtmada, veremde olduğu gibi soruna yönelik dikey örgütlenme ile savaş gerçekleştirilmeye çalışılmıştır. Hatta hastalığın yoğun olduğu bölgelerde Köy Tedavi Evleri bile açılmıştır. İl ve ilçe merkezlerindeki okullarda trahom kontrolü sıklaştırılmış, bazılarında trahomlu öğrenciler okullarda aynı sınıflarda, hatta aynı okullarda toplanmıştır. Hastalığın ilaçlarının bulunması ve kullanımının yaygınlaştırılmasından sonra, 1950'lerden başlayarak önemi azalmış ve muayene edilenler içindeki trahomlu oranı 1925'lerde % 70 iken, 1960'da %9.1'e, 1970'de %3'e kadar gerilemiştir. Bin dokuz yüz seksene gelindiğinde bütün önemini yitirmiştir.

Türkiye Cumhuriyeti Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi (Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü) (SSYB, 1973)

Osmanlılar'ın son dönemlerinden beri İstanbul'da aşı ve serum üreten "Bakteriyolojihane" vardı. Kurtuluş Savaşı sırasında İstanbul'da ürettiği aşı ve serumları Kızılay aracılığı ile Anadolu'ya göndermiş ve savaş alanında kullanılmasını sağlamıştır.

1924'te İstanbul'un yanı sıra Sivas'ta da bir Bakteriyojihaneye kurulmuştur. İlk defa 1925 yılında Bakanlığın hazırladığı raporda Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü kurulması da öngörülmüştür. Ancak 1928 yılında çıkarılan bir yasa ile İstanbul ve Sivas Bakteriyojihanesi ile İstanbul Kimyahanesi Ankara'ya nakledilerek "T.C. Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi" kurulmuştur. Bu müessesenin binaları, Amerikan Rockefeller Vakfı'nın da katkıları ile Alman mimarlar tarafından 1932 yılında tamamlanmıştır. Bu kuruluş 1941 yılında çıkan yeni yasası ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü olarak çalışmalarına devam etmiştir. Gerek kuruluşunda gerek geliştirilmesinde çok önemli roller oynayan ve Erken Cumhuriyet döneminde 14,5 yıl Sağlık Bakanlığı yapan, yeni Cumhuriyet'in sağlık alanındaki başarılarında büyük katkısı bulunan, 1942 yılında Başbakan iken görevi başında ölen Dr. Refik Saydam'ın anısına ismi, yasa ile değiştirilerek Dr. Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü (RSMHE) olarak dönüştürülmüştür.

RSMHE temel olarak;

1. Bakteriyojik, kimyasal, serolojik vb. analizleri yapmak,
2. Gıda, su muayeneleri yapmak ve bunların normlarını saptamak,
3. Tıbbi ilaç vb. maddelerin ilk ve piyasa kalite kontrollerini yapmak,
4. Çeşitli aşı ve serumların üretimini yapmak,
5. Laboratuvar analiz metodlarını geliştirmek ve standardize etmek gibi görevleri yerine getirmektedir. Buna göre kuruluş hem denetim, hem üretim hem de araştırma alanlarında çalışmıştır.

İlk dönemlerde ülkenin aşı ve serum ihtiyacını karşılamış, yeni gelişmelere uygun laboratuvar teknolojisini sağlayarak başarılı sonuçlar almıştır. Ancak, batı ülkelerinde hızla gelişen ilaç, aşı ve serum teknolojisi ile baş edememiş, bunun yanı sıra artan aşı çeşitlerinde ülkenin ihtiyaçlarını, 1970 sonrasında tam olarak karşılayamamıştır.

RSMHE'ye bağlı olarak Diyarbakır, Adana, İzmir ve Erzurum'da kurulan Bölge Hıfzıssıhha Enstitüleri personel, bina ve donatım açısından yeterli düzeye ulaşamamış ve verimli olamamışlardır.

Sağlık İnsan Gücü Yetiştirilmesi Hıfzıssıhha Okulu (Mektebi) (SSYB, 1973)

Hıfzıssıhha Okulu (HO) ilk olarak 1928 yılında Hıfzıssıhha Müessesesi içinde kurulmuştur. Ancak,

okulun fiilen kuruluşu 2 Kasım 1936'dır. Daha sonra bu iki kuruluş Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü (MHE) ve HO olarak ayrılmıştır (1941). HO'nun kuruluş kanunu incelendiğinde, okulun sağlık yöneticisi yetiştirmeyi amaçladığı, bunun yanında yapacağı bilimsel çalışmalarla sağlık politikalarının oluşturulması ve izlenmesiyle ilgili olarak Sağlık Bakanlığı'na danışmanlık hizmeti üretmesi de öngörülmüştür. Ancak bu hedeflere ulaşılmasında başarılı olmadığı görülmüş, 1954 ve 1958 yıllarında hazırlanan kanun teklifleri ile etkinliğinin artırılabilmesi düşünülmüştür. Bin dokuz yüz altmışdan sonra, planlı döneme geçildiğinde, 1964 yılında Meclis'e gönderilen bir tasarı ile tekrar bir örgütlenme biçimi öngörülmüş de bu gerçekleşmemiştir.

Okulun sağlık bürokrasisine katkıda bulunması uzun (2 yıllık) ve kısa süreli kurslar yoluyla sağlanmaya çalışılmıştır. Bu kurslardan uzun olanlarına 1958'den 1972'ye kadar sadece 53 hekim katılmıştır. Kısa süreli kurslara da toplam 114 sağlık personeli katılmıştır.

Sağlık yöneticiliği hekimler için her zaman çok çekici bir görev olmamıştır. Özellikle klinik uzmanlaşmanın göreceli olarak kolaylaştığı (Tıp fakültelerinin sayısının artması) 1970'lerden sonra bu daha çok görülmüştür.

Ayrıca, 1950'lerden sonra yönetime hâkim olmaya başlayan adam kayırmacılık, yerel ve merkezi politikacıların baskıları vb. etmenler de yöneticiliğin çekiciliğinin zedelenmesine neden olmuştur.

Hekim Yetiştirilmesi (SSYB, 1973)

Bu görev 1827'den başlayarak devlet tarafından özel olarak oluşturulan bir okul tarafından yerine getirilmiştir. Önceleri sadece askeri hekim yetiştiren bu okul, sonraları sivil hekim yetiştirmeyi de üstlenmiştir. Bin dokuz yüz otuz üçte üniversite reformu ile İstanbul Üniversitesi Merkez Binası'na yerleştirilmiştir. İlk dönemlerde gözlenen hekim açığının giderilmesi için tek tıp fakültesinin yetiştirdiği hekimlere 1923 yılında mecburi hizmet konuldu ve bu sayede il ve ilçelere "Hükümet Tabibi" gönderilmesi sağlanmaya çalışıldı. Ancak gereksinimin yeterince karşılanamaması üzerine 1924'de İstanbul Tıp Talebe Yurdu (Kadırga) kuruldu. Burada kalan öğrencilerin tüm ihtiyaçları devlet tarafından karşılandı ve tüm mezunlara uygulanan mecburi hizmet sadece bu olanaklardan yararlananlarla sınırlandırıldı. N. Fişek de bu yurttaki okumuştur. Bu yolla hekim yetiştirmeyi teşvik, olumlu sonuçlar vermiş ve 1960 yılına kadar sürmüş, bundan sonra Bakanlıkça burs

sistemine geçilmiş, burs alanların aldıkları sürenin üçte ikisi kadar mecburi hizmet koşulu konmuş ve yurt kapatılmıştır.

Sağlık Bakanlığı bu dönemde açılan tıp fakültelerinin alt yapılarının oluşturulması için de çok önemli katkılar yapmıştır. Anadolu'daki tıp fakültelerinin pek çoğu ilk açılışlarında Sağlık Bakanlığı'nın hastanelerinden yararlanmış, buralardaki araç, gereç ve hatta sağlık personelini kullanmıştır.

Eczacı ve diş hekimi yetiştirilmesinde Sağlık Bakanlığı'nın katkısı olduğu söylenemez.

Hekim Dışı Sağlık Personelinin Yetiştirilmesi (SSYB, 1973)

Bu alanda yer alan Sosyal Hizmet Akademisi, Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu, Gevher Nesibe Sağlık Eğitim Enstitüsü ve Sağlık İdaresi Yüksek Okulu Sağlık Bakanlığı bünyesinde liseye dayalı "Yüksek Okul" olarak eleman yetiştirmişlerdir.

Bunların yanı sıra "Sağlık Kolejleri" de lise düzeyinde eleman yetiştirmiştir. Bunlar sağlık teknisyeni, sağlık memuru, hemşire ve ebelerin hizmete kazandırılmasını sağlamıştır. Hemşire yetiştirilmesine önceleri Kızılay'ın da önemli katkıları olmuştur.

Sağlık Okulları

İlk başta "Köy Ebesi" yetiştirmek üzere açılmıştır. İlk 1937'de Balıkesir'de, ikincisi 1938'de Konya'da eğitime başlamışlardır. Daha sonraki 14 yılda bu iki okula başkaları eklenmemiştir. Bin dokuz yüz yirmi üç ile bin dokuz yüz elli iki arasında açılan Köy Ebe Okulu sayısı maalesef 2'de kalmıştır. Bu dönem içinde Sağlık Bakanlığı'nın diğer sorunların çözümündeki başarıları hatırlandığında, bu alanın bu kadar ihmal edilmesi düşündürücüdür. Bin dokuz yüz elli iki ile bin dokuz yüz altmış bir yılları arasında 14 köy ebe okulu açılmıştır. Ancak bu okullardaki toplam eğitim öğretim süresi 1 ila 1,5 yıl olarak belirlenmiştir. Bu okullarda yapılan düzenleme ile 1961-62 döneminden başlayarak eğitim-öğretim süresi üç yıla çıkarılmıştır. Mevcut 14 okula ilave olarak 1972'ye kadar 19 okul daha açılmıştır. Özellikle 1963'den başlayarak sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin uygulanmasında en önemli hizmet birimlerinden biri olan sağlık evlerine personel (ebe) sağlanması için okulların eğitim-öğretim faaliyetlerine büyük önem verilmiş ve desteklenmiştir.

İlkokula dayalı bu okullar parasız-yatılı olarak öğrenci kabul etmekteydi. O yıllarda doğumların daha çok

evlerde yapılması, hastaneye ya da doğum evine başvuranların bir kısmında da hekim endikasyonu bulunması nedeniyle köy ebelerinin eğitimleri boyunca yeterli doğum uygulaması yapmadan mezun olmaları ebelerin çalışmalarında eksikliğini hissettirmişti.

Ayrıca Köy Enstitülerinden mezun olan ve ebelik yapma eğitimi alanlardan da sağlık evlerinin kadrosunda yararlanılmıştır.

Yataklı Tedavi Kurumları (YTK) (SSYB, 1973)

Muayene ve Tedavi Evleri (MTE): İlk dönemlerde hastaneler daha çok il ve bazı büyük ilçe merkezlerinde ve sayıca az olarak yapılabildiğinden diğer ilçe merkezlerinde yaşayanların gereksinmelerini karşılayabilmek için, ilk defa 1924 yılında 5-10 yataklı MTE'ler açılmıştır. Bunlar hasta muayenesinin ve tedavisinin yanı sıra bazı halk sağlığı hizmetlerinin de yürütüldüğü merkezlerdir. Ancak görevleri ve etkinlikleri hakkında ayrıntılı verilere ulaşılamamıştır. Bu merkezler zaman içinde, önceleri "Sağlık Merkezleri"ne sonraları da sağlık ocaklarına dönüştürülmüşlerdir.

Sağlık Merkezleri (SM): İlk sağlık merkezi 1937 yılında Ankara Etimesgut'ta açılmış ve Atatürk tarafından da ziyaret edilerek çalışmaları çok başarılı bulunmuştur. Bu merkez, o zamana kadar uygulanmamış bir çalışma biçimiyle gerçekten örnek bir kuruluşu ve Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu'na esin kaynağı alan modellerden biridir. Daha sonraki yıllarda SM'lerin sayısı artarak 1970'li yıllarda 300'e yaklaşmıştır. Bin dokuz yüz altmış üç yılında başlayan sosyalleştirme uygulamalarıyla, uygulama alanına giren illerde SM'ler sağlık ocaklarına dönüştürülmüştür. Bu merkezler, ilçelerin büyüklüğüne bağlı olarak, 5-25 yataklı ve 40'a kadar köyün bağlanacağı, hem ayaktan hem yatarak tedavi hizmetlerinin sağlanacağı, bunun yanı sıra koruyucu hizmetlerin de sunulacağı hizmet birimleri olarak kurulmuşlardır.

Bin dokuz yüz kırk altı ve kırk yedi yıllarında sağlık planlamaları yapılırken bunlara da önem verilmiş, ancak tam olarak çalışmaları, istenilen düzeye çıkarılamamıştır.

Buralar giderek tek hekimin çalıştığı, yataklı hizmetlerin beklendiği ölçüde sağlanamadığı yerlere dönüşmüştür. Bin dokuz yüz altmış üçten sonra özellikle bazı ilçe merkezlerinde sağlık ocaklarına ev sahipliği yapmaları açısından oldukça yararlı olmuşlardır.

Hastaneler: YTK'larının en önemli olanları hastanelerdir. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ve Belediye Kanunu YTK kurulması ve işletilmesi görevini bir ölçüde yerel yönetimlere aktarmışsa da, ekonomik koşullar nedeniyle bu görevin etkili biçimde yerine getirilmesi gerçekleşmemiştir. Yasa'nın gereklerine uyan az sayıda belediye olmuşsa da bunlar hastane işletmeciliğinin ağır parasal yükünü karşılayamamışlar ve her zaman Sağlık Bakanlığı'nın personel, araç, gereç, tıbbi malzeme ve doğrudan parasal katkılarına gerek duymuşlardır. Bin dokuz yüz elli dörtten sonra bu kuruluşların çoğu Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir.

Bu dönemin başlarında hastane kurmanın devlete ve özel sektöre çok çekici gelmediği, önceliğin sıtma, çiçek, trahom vb. hastalıklara öncelik veren bir politika uygulandığı söylenebilir, ayrıca ekonomik koşulların ve 1940-45 arasındaki savaş döneminin de olumsuz etkilerini hesaba katmak doğru olacaktır. Ancak yine de bu dönemde devlet hastaneleri, doğum evleri, göğüs hastaneleri, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, kemik hastaneleri, lepra hastanesi, trahom hastaneleri, kuduz hastaneleri açılmıştır. Bin dokuz yüz elli yılından sonra yönetim gelen siyasi iktidar ve onun eskiye göre daha pragmatik davranışları devlet politikasını bir ölçüde değiştirmiş ve kırsal alanda yaşayanları şehirlere çekme politikası uygulanmaya başlanılmıştır. Bin dokuz yüz elli yılında devletin elinde 96 hastane 14.361 yatak bulunmaktadır. Bin dokuz yüz altmış yılına gelindiğinde hastane sayısı 159'a, yatak sayısı 29.871'e ulaşmıştır. Dönemin sonunda (1980) Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler 604'e, yatak sayıları ise 57.076'ya ulaşmıştır.

Ellili yıllara kadar büyük ağırlıklı olarak "hastanecilik" Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğunda yürütülürken, Sosyal Sigortalar Kurumu(SSK)'nın hastane açarak tedavi hizmetlerine girmesi ve bunu sadece kendi sigortalılarının yararlanabileceği bir model olarak uygulaması yeni bir sayfa açmıştır.

Sağlık Bakanlığı dışında hastaneciliğe soyunan sadece SSK değildir. Bin dokuz yüz yetmişli yılların başında "Diğer Bakanlık ve Resmi Kurumlar" başlığı ile 70 hastane ve 18.314 yatak bulunmaktaydı. Belediyelerin 9 hastane ve 2.329 yatağı, üniversitelerin (tıp fakültelerinin) ise 11 hastane ve 5.607 yatağı vardı. Aynı yılda (1973) SSK'nın 61 hastanesinde 13.404 yatak bulunmaktaydı. Şahıslara, derneklere, yabancılara ve azınlıklara ait olarak çalışan toplam 94 hastane ve bunlara ait 4.668 yatak vardı.

Bu "Hastaneler" de kendi aralarında genel hastaneler, özel dal hastaneleri ve eğitim hastaneleri olarak, çeşitli alt gruplara ayrılmıştır.

Bin dokuz yüz seksen yılına gelindiğinde Türkiye'deki hastanelerin mülkiyet dağılımı Tablo 2'de izlenmektedir (TÜİK, 2012).

Tablo 2. Hastanelerin mülkiyete göre dağılımı ve yatak sayısı

Kurumu	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı
Sağlık Bakanlığı	604	57.076
Diğer Bakanlıklar ve Kamu	33	3.725
Üniversiteler	17	13.501
Belediyeler	10	2.539
SSK	73	18.408
Özel	90	3.868
Toplam	837	99.117

Bin dokuz yüz yetmiş üçe göre "Diğer Bakanlıklar ve Resmi Kurumlar"ın hastane sayısında %50'ye, yatak sayısında ise %80'e varan bir azalma söz konusudur.

Türkiye'de hastaneler, hastaların yatarak tedavi gördükleri yer olmaktan öte hastaların muayene edildikleri birer poliklinik olma görevini de yerine getirmiş ve bunu ısrarla sürdürmüştür. Hastanelerde muayene edilenlerin çok az bir kısmının yatırılarak tedavi edilmesi, gereksiz yere para kaybına ve hastanelerde aşırı hizmet yükü doğmasına neden olmuştur. Bunun önüne geçecek bir örgütlenme modeli de ne yazık ki yaşama geçirilememiştir.

Sağlıkta İnsan Gücü İstihdamı

Hekimler: Ülkemizde hekimler üç değişik statüde istihdam edilmişlerdir: Tamamen serbest meslek icra edenler, tamamen kamuda çalışanlar, her ikisinde de çalışanlar. Sonuncu grup takilerin, zaman zaman ilk iki gruptan birine geçmeleri yönünde devletçe zorlandıkları, ama bu zorlamaların uzun ömürlü olmadığı bilinmektedir. Cumhuriyet'in ilanından beri, sadece hekim olan devlet memurlarının yararlandıkları bu çift alanda çalışma, ilk defa 224 sayılı Kanun'un yürürlüğe girmesiyle kaldırılmış, ancak 4-5 sene sonra "delinek" kaldırılmıştır. İkinci deneme de 1978'de gerçekleştirilmiş, o da iki yıl ancak sürebilmiştir.

Hekimlerin çalışma biçimlerindeki bu özel durumlarının yanı sıra mezuniyet sonrası eğitimlerinde de özel bir durum vardır: Hekimler "uzman" olmayı yeğlemektedirler. Bin dokuz yüz seksene

gelindiğinde hekimlerin %60'ından fazlası uzmanlardan oluşmaktaydı. Bu durum; uzman hekimlerin verimli çalışabilmesi için hastanelerde görevlendirilmelerini, bu da uzman hekimlerin büyük şehirlerde daha çok olan hastanelerde çalışmalarını sonucunu getiriyordu. Sonuçta zaten az olan hekim sayısı, özellikle uzmanların büyük şehirlerde yoğunlaşmasıyla hekim dağılımında dengeleri de önemli ölçüde bozmuştur. Pratisyen hekimler de; uzmanlar kadar olmasa bile, büyük şehirleri seçmişlerdir. Bin dokuz yüz yetmiş üç yılında Sağlık Bakanlığı verilerine göre uzman hekimlerin %69,8'i, pratisyen hekimlerin %50,3'ü üç büyük şehirlerde çalışıyorlardı (**DPT,1983; SSYB 1973**). Bu şehirlerin toplam nüfusunun Türkiye nüfusuna oranı ise (%20) bu dağılımın eşit ve adil bir dağılım olmadığını gösterir. Sağlık Bakanlığının, kendisinin istihdam ettiği hekimlerin dağılımında atama ve kadro tahsisi yoluyla dengeli dağılımı sağlamak yolunda etkili olduğu söylenemez. Dengeli dağılımın olmamasının yanı sıra hekim sayısındaki yetersizlik de halkın sağlık hizmetine ulaşmasını engelleyen en önemli etmenlerden biridir. Bin dokuz yüz seksen yılında ülkemizde 2.741 hekim bulunmaktaydı ve bir hekime 1.650 kişi düşmekteydi.

Diş Hekimi ve Eczacılar (SSYB, 1973): Bu gruptaki iki meslek çalışanları daha çok serbest meslek icrasını seçmişlerdir. Devletin sağladığı olanaklar karşısında, sayıları da oldukça az olan bu grubun özel çalışma yoluna gitmeleri doğaldır.

Bakanlık kadrolarında 1973 yılında 225 diş hekimi ve 114 eczacı görev yapmaktaydı. Halkın diş hekimi gereksinimi bazı yerlerde yasal olarak çalışmaması yasak olan "kalfalar" tarafından karşılanıyordu. Eczanesi bulunmayan yerlerde hastaların ilaç gereksinimi de muayenehanesi olan hekimlerin açabildikleri "eczacı depoları"ndan karşılanmaktaydı. Bin dokuz yüz seksende 7.127 diş hekimi ve 11.379 eczacı bulunmakta ve bir diş hekimine 6.270, bir eczacıya 3.950 kişi düşmekteydi.

Sağlık Memurları (Sağlık Teknisyenleri) (SSYB, 1973): Daha çok koruyucu sağlık hizmetlerinde yer alan bu grup genellikle hekimlerin bu alandaki işlerinde önemli katkılarda bulunmuştur. Bin dokuz yüz altmıştan sonra açılan sağlık kolejleriyle bu personelin sayısının artırılması sağlanmaya çalışılmıştır. Bin dokuz yüz altmış üçten sonraki sosyalleştirmenin uygulandığı illerde kendilerinden çok yararlanılmıştır. Sağlık memurlarının %52,9'u (1973) Sağlık Bakanlığı kadrolarında ve bunların da %26,2'si sosyalleştirilmiş illerdeki sağlık ocaklarında

çalışmaktaydı. Bin dokuz yüz seksende 11.964 sağlık memuru bulunmakta ve bir sağlık memuruna 3.760 kişi düşmekteydi.

Hemşireler (SSYB, 1973): Çoğunlukla yataklı tedavi kurumlarında çalışan hemşireler, sağlık memurları gibi 1960'dan sonra açılan sağlık kolejlerinde yetiştirilmişlerdir. Bunların da istihdamı daha çok Sağlık Bakanlığı kurumlarınca gerçekleştirilmiştir (%62). Bin dokuz yüz seksende 26.880 hemşire bulunmakta ve bir hemşireye 1.675 kişi düşmekteydi.

Ebeler (SSYB, 1973): Bu personel grubu da daha çok 1960'dan sonra açılan sağlık kolejlerinde ve sağlık okullarında yetiştirilmişlerdir. Ebelerin çalışma yerleri de çoğunlukla Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlardır (%73). Özellikle sosyalleştirilmiş bölgelerde sağlık ocaklarında ve sağlık evlerinde çok önemli hizmetler vermişlerdir. Bin dokuz yüz seksen yılında 17.917 ebe bulunmakta ve bir ebeye 2.615 kişi (yaklaşık 1300 kadın) düşmekteydi.

Sayısal açıdan bakıldığında, mevcut sağlık personelinin yetersiz olduğu ve yapılan planlamalara rağmen istenilen sayıda sağlık personelinin yetiştirilemediği görülmektedir.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi (Dirican, 1997)

Bin dokuz yüz altmış 27 Mayıs'ta ihtilal yapan askerler, Türkiye'nin sorunları hakkında "askerce" düşünceleri olan ama bunların çözümü ve bu çözümlerin sürdürülebilirliği konusunda somut önerileri olmayan insanlardı. Ancak, sorunlar hakkındaki "askerce düşünceleri" doğru idi, ama çözümü konusunda sağlıklı düşüncelerinin olduğu pek söylenemez. Onları yönlendiren Prof. Dr. Nusret Fişek'tir. Kendisi "askerlerin" sağlık sorunlarını çözmeye yönelik eğilimlerini fark edip, onlara bu konuda yardımcı olmayı istemesi bir süre cevap bulmasa da, sonunda "askerler"ce bu konuya bir çözüm getirmesi istenmiştir. Nusret Fişek bu konuda askerlere birkaç öneri sunmuş, ancak askerlerin kabul etmeyi düşündükleri öneriyi (sağlık hizmetlerini devletleştirmek) uygun görmediği için sağlık hizmetlerinin "sosyalleştirilmesini" önermiştir. Sonuçta adı ne olursa olsun içerik açısından pek fark etmeyen bir modeli askerlere sunmuştur. Benzer yaklaşımlar Türkiye'de değişik şekillerde ve tarihlerde de (1947 ve 1954'de) önerilen modellere pek aykırı düşmektedir. Ancak uygulama açısından çok farklı, devrimci bir yaklaşımdır. Bu öneri, askerler tarafından kabul görmüşse de, Kurucu Meclis tarafından

benimsenmemiştir. Ancak askerler ufak tefek bazı değişikliklerle bu düzenlemeyi Meclis'ten geçirtmiş ve 5 Ocak 1961'de, adeta bir "oldu bitti" ile bu Yasa kabul edilmiştir. Ancak o gün bu yasaya "evet" oyu verenlerin 2-3 yıl sonra serbest seçimlerde iktidar olduklarında, Yasa'ya olan olumsuz tavırlarını daha açık ortaya koydukları görülmüştür. Bin dokuz yüz altmış bir Anayasası'nın 48 ve 49. maddelerinin "sağlık hizmetlerinin devlet hizmeti, sorumluluğu olduğunu kabul etmesi ve 224 sayılı Yasa ile de bunun çerçevesini ve nasıl yürütüleceğini açıklaması büyük bir kazanımdır. Bu iki kazanım sayesinde sağlık hizmetleri iyi, kötü 2011 sonuna kadar sürdürülebilmiştir. Bin dokuz yüz altmış üç-seksen döneminde görev yapan siyasi iktidarların 224'e pek sıcak bakmadıkları, ama yerine bir başka seçeneği de getiremedikleri görülmektedir. Bunun iki nedeni olduğu düşünülebilir. Birinci neden N. Fişek'in büyük çabaları sonucu bütçe-deki sağlık harcamaları 1960 öncesindeki gibi "cari" (masraf) faslından çıkarılıp "yatırım" harcamaları faslına konulmasıdır. Bin dokuz yüz altmış üçte "beş yıllık planlı dönemler" uygulamasına geçilmiş ve bütün devlet yatırımları beş yıllık dönemlerde önceden planlanıp belirlenmiştir. Sağlık yatırımları da bu planlar çerçevesinde yapılmıştır. Ancak, planlamaya rağmen "plan hedefleriyle" "gerçekleşme" arasında daima gerçekleşmeler aleyhine kayıplar olmuştur.

İkinci neden ise halkın bu sağlık hizmetini benimsemesi ve onun talebidir. Sağlık ocakları ve sağlık evleri eksik personelle çalışsalar bile, böyle bir hizmet modelini daha önce hiç görmemiş olan insanlar, aldıkları hizmetten memnun kalmışlar ve siyasiler yerine benzer başka bir şey koymadıkları için, bu sistemden vazgeçmemişlerdir.

N. Fişek, çıkan yasa ile çıkarmak istediği yasanın birebir aynı olmadığını, ancak çıkan şeklin bile ne zorluklarla gerçekleştiğinden söz ederken, elde edilenle yetinmenin ve onu çalıştırmanın önemine değinmiştir.

Bin dokuzyüz altmış birde çıkışından 2011'de yok edilişine kadar geçen 50 yıllık sürede bazı kesimlerce övülen, bazı kesimlerce yerilen bu yasa ne getiriyordu? Bunu anlamak için yasanın girişinde yer alan hükümlerdeki kavramlara ve tanımlara bakmakta yarar vardır (**Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 1961**).

Genel Hükümler / Kanun'un gayesi

Madde 1 – İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden

faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak maksadıyla tababet ve tababetle ilgili hizmetler bu Kanun çerçevesinde hazırlanacak bir program dâhilinde sosyalleştirilecektir.

Terimler

Madde 2 – Bu Kanun'da kullanılan terimlerin delalet ettiği manalar aşağıda gösterilmiştir.

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

Sağlık hizmetleri: İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler sağlık hizmetidir.

Sağlık personeli: Sağlık personeli, sağlık hizmetlerinde maaş, ücret, yevmiye ve mukavele ile istihdam edilen ve bu sahada mesleki eğitim görenek yetişmiş olanlardır.

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

Sağlık hizmetini bu anlayış içinde gören Yasa, bu hizmetin temel direkleri olan sağlık ocakları ve sağlık evlerini nelerle görevlendirmiştir? Bunları da açıklamak gerekmektedir:

- Nüfus, yerleşim yeri, coğrafi yapı gibi özellikler göz önüne alınarak 5.000 – 10.000 nüfus için kurulacak sağlık ocakları

- Sağlık ocağı bölgesinde çok yönlü hizmet (dar bölgede yatay hizmet)

- Hizmeti ekip anlayışıyla yürütmek

- İl içinde, her ilçede en az bir sağlık ocağı bulunmakla birlikte, idari bölünmeye uymanın zorunlu olmaması

- Sağlık ocağı ve sağlık evleriyle bölgede sağlığın, nüfus hareketlerinin, hastalık ve ölümlerin izlenmesi ve kaydedilmesini sağlamak

- Hastalık ve yaralanmaları tedavi etmek

- Ana çocuk sağlığı da dahil olmak üzere koruyucu

sağlık hizmetlerini yerinden yönetmek ve hizmetleri ev halkı içinde sunmak

- Acil durumlar için gerekli ilaçları bulundurmak ve ücretsiz kullanımını sağlamak
- Basit laboratuvar incelemelerini yapmak
- Çevrede sağlığı bozan etmenlerin etkisini azaltmaya çalışmak
- Okul sağlığı hizmetlerini yürütmek
- Ocak hekimlerince bölgelerinde adli hekimlik hizmetlerini yürütmek
- Tbc, lepra, sıtma, trahom, frengi gibi hastalıklara yakalanmış olanların tedavilerini yerinde yapmak ve kontrollerini izlemek
- Gereksinimi olanları ilçe ve il hastanelerine sevk etmek ve duruma göre bunun için sağlık ocağının motorlu aracını kullanmak
- Halkın sağlık eğitimini gerçekleştirmek
- Ocak bölgesindeki personelin hizmet içi eğitimini sağlamak
- Bu görevleri yapmak için tüm ocak personelinin ayda en az 10 gün ocak bölgesinde geziler düzenlemek

Bu görevlere bakıldığında; bu görevleri yapacak olanların (hekim, sağlık memuru, hemşire ve ebe) eğitimlerinin yeterli olduğu düşünülebilir. Ancak uygulamada ilk başlarda, özellikle hekimlerin yetişmeleri sırasında bu modele uyan bir eğitim-öğretim görmedikleri bir gerçekse de kısa süren bir uyum sürecinden sonra ve dahası tıp fakültelerinin bu hizmet modeline uygun hekim yetiştirme girişiyle bu olumsuzluk büyük ölçüde giderilmiştir. Sonuçta yasada belirtilen işlevleri yerine getirecek bir araç (sağlık ocakları) kurulmuş, bu aracın görevlerini yapmasıyla Yasa'nın beklentilerini karşılaması, yani araçla / amacın uyumu sağlanmıştır. Bu beklentileri gerçekleştirecek diğer araç ise ocaklarda çalışan sağlık personelidir. Bunlar da, aldıkları eğitim-öğretim düzeyinde bazı aksaklıklar olsa da yeterlidirler.

Sağlık ocaklarının tıbbi ve büro donanı da standart olarak belirlenmiş ve hizmete konulmuştur. Sonuç olarak, amaca varmak için kullanılan araçlarda bir uyumsuzluk yoktur denebilir.

Bu olumlu analizin hesaba katmadığı bir etmen vardır. Bu da 1961'de Yasa'nın çıkmasına muhalefet edenlerin 1963'den başlayarak ve gücünü giderek arttırarak iktidara gelmeleridir. Sağlık harcamalarının ve yatırımlarının DPT görev alanına alınmasıyla, karşı girişimler bir parça savuşturulmuşlarsa da, sosyalleştirmenin planlanan hızda yürütülmesi kesintilere uğramaya başlamıştır. Yasa'ya göre 15 yıl içinde tüm Türkiye'de uygulanması öngörülen sosyalleştirme programı, aksamalar nedeniyle 15 yılın sonu olan 1978'de, 5 yıl ek süre verilerek uzatılmıştır. Bu aksamalar, her plan döneminde ortaya çıkmış ve üst üste eklenerek bir sonraki plan dönemine aktarılmıştır. İlk düşüncelere göre her yıl 300 sağlık ocağı yapılacak ve 15 yıl içinde hedefe ulaşılacaktı. Ancak 4. Plan döneminin sonunda (1982), plan hedefine göre 55 ilin sosyalleştirilmesi gerekirken bu sayı 48'de kalmıştır. Kaldı ki, bu sayı 1978'de yapılan düzenlemeye göre düzeltilmiş bir sayıdır.

Dördüncü Plan dönemi sonunda Türkiye'nin alan olarak %73,6'sı nüfus olarak %56,6'sı hizmet kapsamındadır.

Fiziki yapının gerçekleştirilmemesinin yanı sıra ocak personelinin sayısal durumu da iyi değildir. Sağlık ocaklarında çalışan personelden hekimler başta olmak üzere diğerlerinde de önemli eksiklikler söz konusudur.

Bin dokuz yüz seksen yılında sağlık ocaklarındaki doluluk oranı hekimlerde %49, sağlık memurlarında %72, hemşirelerde %85, ebelerde %57'dir. Sağlık evlerinin yarısında ebe yoktur. Sağlık ocaklarında en önemli görevlerin birini yapan motorlu araç durumu daha da kötüdür: Ocaklarda araç varlığı %44'dür. Bu da hizmetin "gezici hizmet" olma niteliğini ortadan kaldırmıştır (**DPT, 1983**).

Bin dokuz yüz altmış birde yürürlüğe girişi sırasında ve sonrasında hükümetler tarafından adeta yok sayılan, yerleşmiş bir deyimle üvey evlat muamelesi gören "sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi" uygulamasının yeterli olup olmadığı çok tartışılmıştır. Aslında bu kadar engellemeyle bir uygulamanın başarılı olmasını beklemek haksızlık olur. Ancak, burada üzerinde durulması gereken küçük bir konu vardır. Sağlık Bakanlığı tıp fakülteleri ile bir protokol imzalayarak (zaman zaman aksasa bile) eğitim bölgeleri oluşturmuştur. Bu bölgeler, tıp öğrencilerinin halk sağlığı eğitiminin staj alanı olarak görev yapmış ve öğrenciler buralarda, Sağlık Bakanlığı'na ait sağlık ocaklarında çoğunlukla Sağlık Bakanlığı

personeliyle birlikte çalışmış, halk sağlığı öğretim üyeleri bazen bu bölgelerin yönetiminde görev almış, öğrencilerin eğitimine katılmışlardır. Bu bölgeler düzenli olarak yıllık faaliyet raporları hazırlamak zorundadırlar (üniversite mevzuatı). Bu raporlar incelenirse, bu modelin yasa metnine ve diğer mevzuata uygun, yerel ve genel politik popülizmden uzak çalıştıklarında beklentileri fazlasıyla karşılayabileceklerinin en önemli ve yaşanan kanıtlarıdır.

Bu satırların yazarının "sağlık ocaklarının bir türbedarı olmak" gibi bir niyeti yoktur. O sistemi "kırsal alana yönelik bir çözümdü, o zamanlar kırsal alan nüfusu %65 idi, şimdilerde tersine döndü" diyenlerin Etimesgut, Çubuk, Torbalı, Gemlik vb. eğitim bölgelerinin "faaliyet raporları" nı okumalarında büyük yararları olacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), (1983). V. Beş Yıllık Kalkınma Planı Özel İhtisas Komisyonu Raporu. Ankara: SAĞLIK Yayın No: 1916, ÖİK 299.

Dirican, M.R. (1997) Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları: Sağlık Yönetimi. Ankara: TTB Yayınları: 106-116.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (SSYB) (1973) Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl. Ankara: SSYB Sağlık Propaganda ve Tıbbi İstatistik Genel Md. Yayın No: 422, Ayyıldız Matbaası A.Ş.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. (1961) Kanun No: 224, Kabul Tarihi 5.1.1961, Resmi Gazete 12.1.1961, Sayı 10705.

TÜİK (2012). İstatistik Göstergeler 1923-2011. Ankara: TÜİK yayını, yayın no:3890.