

DOSYA-RAPOR**ON SORUDA 224*****Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun****1-) 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Yasa hangi koşullarda yürürlüğe girmiştir?**

224 sayılı Yasa 27 Mayıs 1960 askeri müdahalesinin belirlediği ortamda kabul edilerek, yürürlüğe girmiştir. Tam adı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'dur. Yasa numarası yukarıda da ifade edildiği gibi 224'tür. O dönemde yönetim erkini elinde toplamış olan Milli Birlik Komitesi (MBK) tarafından, Komite'nin görev süresinin son günü olan 5 Ocak 1961 tarihinde kabul edilmiş ve 12 Ocak 1961 tarihinde resmi gazetede yayınlanmıştır.

Kanun taslağı, MBK'nin Sosyal İşler Komisyonu Başkanlığı'nı sırayla yürütmüş olan Sami Küçük, Muzaffer Özdağ ile MBK üyesi Suphi Gürsoytrak'ın istekleri üzerine dönemin Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Dr. Nusret Fişek tarafından hazırlanmıştır. Nusret Fişek başlangıçta MBK'ne üç taslak sunmuştur. Taslaklardan ilk ikisi mevcut sağlık merkezleri sisteminin korunarak geliştirilmesini öngörmektedir. En gelişkini ise Sosyalleştirme uygulamasıdır. MBK'nin tercihi Sosyalleştirme'den yana olmuştur. Dönemin Sağlık Bakanı Dr. Ragıp Üner'dir. Nusret Fişek yasa taslağının yazımında İngiltere ve İsveç sağlık sistemlerinden önemli derecede etkilenmiştir. İlk taslakta Sosyalizasyon şeklinde olan yasanın adı sonuçta Sosyalleştirme, Sağlık Ünitesi olan birinci basamak sağlık kurumunun adı Sağlık Ocağı olarak değiştirilmiştir. Son kanun tasarısı hükümet üyelerinin imzalarıyla kanunlaşmak üzere MBK'ne sunulmuştur.

Yasa taslaklarının Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanması sürecinde MBK de bir Sosyalleştirme Çalışma Grubu oluşturmuştur. Bu grup içinde yer alanlar arasında Dr. Nusret Fişek, Dr. Doğan Benli, Dr. Behiç Onul, Dr. Cahit Demirtaş gibi isimler de vardır.

Yasa tasarısı 1961'de kabul edildikten sonra, sosyalleştirme harcamaları ilk kez 1962 yılı bütçesine

* TTB tarafından broşür olarak yayınlanmıştır. Şubat 2001.

girmiştir. Uygulama planının orijinalinde Sosyalleştirme'nin Edirne, Çankırı ve Muş'ta aynı anda uygulamaya konulması düşüncesi varken, bütçe tartışmalarında gündeme getirilen "olanakların kısıtlılığı" gerekçesi nedeniyle, gerekenin üçte biri kadar bir parayla 1963'te yalnızca Muş'ta başlatılabilmıştır. İzleyen yıllarda da aynı bölgedeki diğer illere yaygınlaştırılmıştır.

2-) 224 sayılı Yasa'nın bütün Türkiye'ye yaygınlaştırılması nasıl bir plan çerçevesinde düşünülmüştür ve nasıl yaygınlaştırılmıştır?

Kanunun Geçici 1. Maddesi'nde sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinin hazırlıklarına 1962'de başlanacağı belirtilmiştir. İlk uygulama Bakanlar Kurulu'nun kararıyla 1963 yılında Muş'ta başlatılmıştır. Yine aynı geçici maddede, sosyalleştirmenin, klavuz bölgelerde elde edilen sonuçların göz önüne alınmasıyla 1964'ten itibaren kademeli olarak bütün yurda yaygınlaştırılacağı belirtilmiştir. 20. Madde'de yasanın yayınlanmasını izleyen en geç 15 yıl içinde (1976'ya kadar) yaygınlaştırmanın tamamlanacağından söz edilmiştir. Daha sonra, hedefler tutturulamayınca, 1969 yılındaki bir yasal değişiklikle Türkiye'nin tamamının sosyalleştirilmesi hedefi 1982 yılına ertelenmiştir. Bu hedefin başarılması ise 1983 yılında olanaklı olabilmıştır.

Sosyalleştirme kapsamındaki il sayısı 1964'te 6 (Muş'a ek Ağrı, Bitlis, Hakkari, Kars, Van), 1965 ve 1966'da 12 (ilk 6 ile ek Diyarbakır, Erzincan, Erzurum, Mardin, Siirt, Urfa), 1967'de 17 (daha önceki 12 ile ek Adıyaman, Bingöl, Elazığ, Malatya, Tunceli)'dir. Böylece 1967 sonuna kadar Doğu illerinin sosyalleştirilmesi tamamlanmıştır. Sosyalleştirilmiş il sayısının 1968'de 22, 1969'da 24 ve 1970 yılında da 25 olduğu görülmektedir. 1981 yılı sonunda toplam 45 il ve toplam nüfusun %53.2'si sosyalleştirilmiştir. 1983 yılında hiçbir altyapısal hazırlık gerçekleştirilmeden geriye kalan illerinde sosyalleştirme kapsamına alındığı ilan edilmiştir.

3-) 224 sayılı Yasa nasıl bir siyasal anlayışın yansımasıdır?

Sosyalleştirme yasası tam bir sosyal devlet anlayışıdır. Bilindiği gibi sosyal devlet ikinci dünya savaşı sonrasında Batı Avrupa ülkelerinde ortaya çıkan kapitalist devlet formudur. 19. yüzyıl sonlarında yine batıda gelişen ve yalnızca kar mantığıyla hareket eden vahşi kapitalizmin sosyalleştirilmiş biçimidir. Savaş sonrası dönemde, Batılı hükümetler, Avrupa'nın doğusunu eline geçiren sosyalizmin de etkisiyle, kendi halklarının savaş koşullarında giderek artan toplumsal beklentilerine yanıt vermek ve işçi sınıflarının siyasal taleplerini kapitalist sistemin sınırları içinde tutabilmek için eğitim, sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini sosyalleştirmek zorunda kalmışlardır. Genel bütçeden finanse edilen Ulusal Sağlık Sistemleri ile, sigorta primlerinden beslenen Sigorta Sistemleri böyle bir dinamiğin sonucunda ortaya çıkmışlardır. Sonuç olarak, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hizmeti kullanım anında, hizmeti kullananın cebinden para çıkışına gerek göstermeyecek bir sisteme dayanır. Bunun için de sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılmak üzere bir fon oluşturulur. Fonun oluşumuna gerek hizmetten yararlanacak olanlar, gerekse sermayedarlar katkıda bulunurlar. Bu şekilde, sağlık hizmetinin sunumu parasızlaştırılmış olur. Hizmetin parasızlaştırılması da hizmete ulaşımındaki eşitsizlikleri azaltır.

Sosyal devlet esas olarak kapitalist dünyada toplumsal sınıflar arasındaki bir denge durumunu ifade eder. Nitekim sosyal güvenlik fonlarının finansmanının sermaye ve işçi sınıfı üzerine yarı yarıya oturtulmuş olması da bunun bir yansımasıdır. Vahşi kapitalizm döneminde sınır tanımaz biçimde işçi sınıfını sömüren ve sakatlananların, hastalananların yerine rahatça işsizleri istihdam edebilen sermaye sınıfı, sosyal devlet döneminde kendisi sosyal sektörlerin finansmanına katkıda bulunmak zorunda kalmıştır. Savaş sonrasında sosyal güvenlik fonlarının sermayenin de katkısıyla sosyalleştirilmesi sonucunda genişleyen kapitalist ekonomilerin emek gücü gereksinimi de böylece garanti altına alınmıştır. Bu anlamıyla sosyalleştirilen sağlık hizmetleri toplumsal emeğin üretiminin devletçe garantilendiği bir sistemi de ifade eder. Sözü edilen bu gelişme bir yanıyla halkın ve işçi sınıfının çıkarıdır. Öbür yanıyla ise kapitalist sistemin genişlemesinin güvencesidir.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi çoğu kez sosyalist sağlık sistemiyle karıştırılmaktadır. Oysa durum hiç de öyle değildir. Yasanın hazırlayıcısı Nusret Fişek'in de belirttiği gibi sosyalleştirme modelinde, herkesin belli standartlardaki sağlık hakkı devletçe garantilenmişse de, parasını veren istediği hekime gidebilir, bu nedenle de bunun "sosyalizm ile alakası yoktur".

Ülkemizde de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi, sosyal devlet anlayışıyla uyumlu bir bütünün parçasıdır. Örneğin ilk kez 1961 Anayasası'nda sağlık hizmetlerinin devletin sorumluluğu olduğu belirtilmiştir. Aynı dönemde sendikalara yasalarla grev, toplu sözleşme yapma hakları

tanınmıştır. Sol ve sosyalist partilerin örgütlenmesine izin verilmiştir. Bütün bunlar 1960 sonrasında Türkiye'de, kısmen de olsa Batılı anlamda demokratik siyasal değişimlerin olduğunu göstermektedir.

4-) 224 sayılı Yasa'nın temel ilkeleri nelerdir?

Yasanın temel ilkelerini finansman ve örgütlenmeyle ilgili olarak iki başlık altında değerlendirmek uygun olur.

A) Finansmanla ilgili ilke:

Karma finansman modeli: Yasaya göre finansman vatandaşların ödedikleri prim, kamu kurumlarının bütçeleri ve hastaların hizmeti kullanım anında yapacakları cepten ödemelerle sağlanacaktır (Madde 2). Sosyalleştirilmiş bölgelerde, hastanın ücretini ödemek koşuluyla istenilen sağlık personeli ve kurumunu seçme hakkı vardır (Madde 5). Sosyalleştirme kapsamında çalışmayan sağlık personeli mesleklerini serbest olarak icra edebilecektir (Madde 4). Bağlı oldukları sağlık ocaklarına başvuranlar, bu kurumca sunulan her tür sağlık hizmetinden parasız yararlanacaktır (Madde 14).

Finansmanla ilgili bu maddeler, piyasacı-kapitalist ekonomik sistem içindeki karma bir finansman modelini tanımlamaktadır. Kapitalist sistem içinde, ekonomik ve toplumsal konum olarak eşitsiz tarafların varlığı tanınmakta, parası olanlara istedikleri sağlık hizmetini seçme "hakkı" verilmektedir. Bunun yanı sıra eşitsizlikçi toplumsal ortam içinde kurulan sağlık sisteminin akışına uymak koşuluyla parasız-eşitlikçi bir yapı da oluşturulmaktadır. Sağlık kurumlarının dengeli bir biçimde dağılımının sağlanması durumunda, bu uygulamanın ekonomik durumu kötü olan birey ve toplumsal grupların lehine olduğu, ancak ekonomik-toplumsal eşitsizlikleri yaratan toplumsal ve bir bütün olarak sağlıktaki eşitsizlikçi yapıya dokunmadığı söylenebilir. Bu haliyle yasa sağlık sektöründe bir yandan kamusal, diğer yandan da özel sağlık sistemlerini standardize etmiştir.

B) Örgütlenmeyle ilgili ilkeler:

a) Tam gün uygulaması: Sosyalleştirilmiş bölge veya kurumlarda çalışan kamu sağlık personeli tam gün çalışacak ve serbest meslek icra edemeyecektir (Madde 3).

b) Basamaklı hizmet ve sevk sistemi: Sağlık sistemi en uçtan merkeze doğru sağlık evleri, sağlık ocakları ve hastaneler olmak üzere yapılandırılır. Hizmetten yararlanacaklar öncelikle bağlı oldukları sağlık evi veya sağlık ocağına başvururlar ve tıbbi bakımdan gerek görülmedikçe hastaneye sevk edilmezler (Madde 13). Bu sistem içinde sağlık ocakları birinci basamak, hastaneler ise yeterlilik düzeylerine göre ikinci ve üçüncü basamak kurumları olarak tanımlanırlar.

c) Entegre hizmet: Sağlık ocakları ve sağlık evleri her tür koruyucu sağlık hizmeti ile tedavi edici hizmetleri entegre olarak sunarlar (Madde 10).

d) Nüfusa orantılı hizmet: 5000-10000 kişilik köyler grubu veya bir kasaba veya şehir ve büyük kasabalardaki mahalle grupları bir sağlık ocağını oluşturur (Madde 2). Böylece sosyalleştirme dar ve belirlenmiş bir alanda geniş kapsamlı (entegre) hizmet sunumu ilkesine dayanır. Bu modele göre Türkiye'de yaşayan herkesin bir sağlık ocağı ve hekimi vardır. Herkes kendi sağlık ocağına başvurduğunda koruyucu ve o kurumda sunulabilen tedavi edici hizmetlerden parasız yararlanma hakkına sahiptir.

e) Ekip hizmeti: Yukarıda tanımlanan entegre hizmet (hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, tıbbi sekreter, şoför, hizmetliden oluşan) bir ekip tarafından üretilir (Madde 10).

f) Sürekli eğitim: Hastaneler tedavi edici hizmetlerin yanı sıra kendilerine verilen koruyucu ve sosyal sağlık hizmetlerini gerçekleştirmek ve sağlık ocaklarındaki personelin mesleki gelişimine yardımcı olmak zorundadırlar (Madde 12).

g) Alt yapı temini: Bir bölgede sağlık hizmetlerinin en iyi şekilde yürütülmesi için gereken tesisler, lojmanlar, malzeme, araçlar ve personel temin edilmedikçe o bölgede sosyalleştirme uygulanamaz (Madde 17).

h) Planlama ve değerlendirme üst kurulları: Sosyalleştirmeyi planlamak ve Sağlık Bakanlığı'nın diğer birimleri ile işbirliğini sağlamak açısından Sosyalleştirme Özel Dairesi kurulur (Madde 21). Sosyalleştirmeyi değerlendirmek ve halk ve çeşitli kurumlar arasındaki işbirliğini sağlamak için bir Genel Kurul oluşturulur. Bu kurula üniversitelerden, Devlet Planlama Teşkilatı'ndan, İşçi Sigortaları Kurumu'ndan, Türk Tabipleri Birliği'nden, Türk Eczacıları Birliği'nden, Türk Veteriner Hekimler Birliği'nden temsilciler katılır. Kurul olağan olarak yılda bir kez toplanır ve çeşitli danışma kurulları da oluşturabilir (Madde 22).

i) Toplum katılımı: Toplumun hizmetin planlama, üretim ve denetimine katılımını sağlamak için sağlık merkezlerinde ve illerde sağlık kurulları oluşturulur (Madde 23).

i) Sözleşmeli personel istihdamı: Sosyalleştirilmiş bölge ve kurumlardaki personel sözleşme ile istihdam edilir. Sözleşme ile verilecek ücret miktarı bu meslek mensuplarının genel serbest kazanç düzeyleri, hizmet süreleri, mesleki konumları, görevlerinin ağırlığı, mahrumiyet koşulları dikkate alınarak Sağlık Bakanlığı'nın teklifi ile Bakanlar Kurulu'nca saptanır (Madde 26). Sosyalleştirmenin ilk yıllarında sözleşmeli personele verilecek ücret düzeyinin saptanması süreci oldukça çekişmeli tartışmalara sahne olmuştur. Maliye Bakanlığı temsilcileri, kazançtan ödenen vergi üzerinden yaptıkları hesaba göre serbest çalışan bir hekimin 1959 yılında 900 TL kazandığını belirterek ödenecek paranın en fazla bu kadar olabileceğini söylemişlerdir. Sonuçta, pratisyen hekimler için Sağlık Bakanlığı'nın teklifi olan ortalama 2500 TL ücret düzeyi kabul edilmiştir.

j) Sektörler arası işbirliği: Yasa Sosyalleştirme Genel Kurulu ve İl Sağlık Kurulları'nda diğer sektörler ile işbirliği halinde çalışılmasını öngörmektedir (Madde 22).

5-) 224 sayılı Yasa uygulanmış mıdır? Bugün Türkiye sağlık sistemi 224 sayılı Yasa'nın ilkeleriyle uyumlu mudur?

224 sayılı yasa daha hazırlıklarının yapıldığı günlerden itibaren çeşitli siyasal engellerle karşılaşmış ve hiç bir zaman tam olarak uygulanmamıştır. Bu sonuçtaki temel sorumlunun 40 yıllık dönemin siyasal anlayış ve iktidarlarının olduğunu belirtmek gerekir.

Örneğin, Yasa'nın taslağı MBK'ne gönderilmeden önce hükümet üyeleri arasında imzaya açılmış ve dönemin Maliye Bakanı Ekrem Alican, memleketin kaynaklarının böyle bir sistemi yerleştirmeye yetmeyeceği düşüncesiyle tasarını imzalamamıştır.

Taslağın tartışılma sürecinde, Maliye Bakanlığı temsilcileri, hekimlerin sözleşmeyle ve yüksek ücretle istihdamına ilişkin maddeye de itirazda bulunmuşlar ve bu madde de MBK üyelerinin ısrarı ile taslağa sokulmuştur.

Sosyalleştirme için gereken ödenekler konusunda Maliye Bakanlığı her bütçe döneminde engeller çıkarmıştır. Uygulamanın üç ilde aynı başlaması öngörülmüşken, yine mali gerekçelerle Muş'ta sosyalleştirmenin başlamasına izin verilmiştir.

Sosyalleştirmede çalışmayı kabul eden hekimlerin muayenehanelerinin kapatılarak tam gün istihdam edilmesi maddesine hekimlerden itirazlar gelmiştir. Nitekim, dönemin ünlü hekimlerinden Tefik Sağlam'ın da "muayenehanesiz hekim olmaz" görüşünde olduğu bilinmektedir.

1961 seçimlerinden sonra Sağlık Bakanı olan Suat Seren, 1962 yılı bütçe hazırlıkları sürecinde sosyalleştirmeye karşı çıkmış ve Türkiye'de uygulanamayacağını savunmuştur. Aynı tavır 1965 sonrasındaki Süleyman Demirel hükümetinde Sağlık Bakanlığı yapan Edip Somunoğlu tarafından da sergilenmiştir. Edip Somunoğlu 2. Beş Yıllık Kalkınma Planı hazırlık tartışmalarında sosyalleştirmeye son verilmesi gerektiğini söylemiştir. Bu durumlarda Devlet Planlama Teşkilatı yasaya sahip çıkan kurum olmuştur.

Sosyalleştirme Yasası'nda öngörülen üst düzey planlama ve değerlendirme kurullarından Sosyalleştirme Özel Dairesi hiç oluşturulamamış, yılda en az bir kez toplanması gereken Sosyalleştirme Genel Kurulu ise toplam olarak yalnızca iki kez toplanabilmiş, bu toplantılarda alınan kararlar ise hiç uygulanamamıştır.

Tıp eğitimi sosyalleştirmenin gereksindiği insangücünü yetiştirebilecek şekilde düzenlenmemiştir.

Sosyalleştirilmiş bölge ve kurumlarda sözleşmeli personel istihdamını ve sözleşmeli personele tazminat ödenmesini öngören madde 1965 yılı sonrasında

Süleyman Demirel'in başbakanlığı döneminde çıkarılan bir personel yasası ile geçersizleştirilmiştir. Bu nedenle ilk bir kaç yıl dışında sosyalleştirme kapsamında çalışacak insangücü bulmak hep önemli bir sorun olmuştur.

Sosyalleştirme uygulaması için gereken alt yapı yatırımları hiç bir zaman gereken şekilde gerçekleştirilmemiştir. Sonuç olarak pek çok il yeterli sayıda sağlık ocağı, sağlık ocakları da lojmanı, personeli ve teknik donanımı olmadan sosyalleştirilmiştir. Bu uygulama sosyalleştirme verimli sonuç vermemesinin en önemli nedenlerindendir.

Yasada belirtilen bir diğer madde sevk sistemidir. Oysa Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Müdürlükleri sevk sistemini uygulamamışlardır. Sevk sisteminin uygulanmaması sağlık ocaklarının, halkın gözünde ilaç yazılan, ikinci sınıf kurumlar olarak algılanmasına, hastanelerde yığılmalara ve bir bütün olarak sağlık sisteminin etkinliğinin düşmesine neden olmuştur. Bütün bunların faturası çoğu kez yasanın kendisine çıkarılmıştır.

Yasada her 5000-10000 kişiye bir sağlık ocağı açılır denilmesine rağmen, hiç bir zaman yeterli sayıda sağlık ocağı hizmete sokulmamıştır. Bugün mevcut sağlık ocağı sayısı 5500 kadarken, gerekli sayının 6500 civarında olduğu bilinmektedir. Aynı durum sağlık evleri için de geçerlidir. Üstelik birinci basamak kurumlarının yarıya yakını hizmete uygun olmayan geçici-kiralık binalarda hizmet vermeye çalışmaktadır.

Bütün bunlar sosyalleştirme yasasının çıktığı günden beri iktidarlar, sağlık bakanlıkları tarafından engellenmeye çalışıldığını, "ekonomik krizler" söz konusu olduğunda ilk olarak elden çıkarılan sektörün sağlık olduğunu açık biçimde göstermektedir. Yasanın içindeki en temel ve ekonomik yatırım gerektirmeyen maddeler bile (sevk sistemi, sürekli eğitim gibi) uygulanmamıştır. Sağlık Bakanlığı Türkiye sağlık sistemini belirleyen yasayı uygulamayan kurumdur.

6-) 224 sayılı Yasa'yla ilişkili olarak çıkarılan diğer mevzuat nedir?

224 sayılı Yasa'nın öngördüğü sistem ve uygulamayı ayırtılandırma amacıyla, sonraki yıllarda bir dizi başka hukuki metin de yayınlanmıştır. Hizmetin ne şekilde yürütüleceğini, personelin ve sağlık kurumlarının görevlerini anlamak, sistemi denetleyebilmek açısından bu mevzuatın da iyi bir şekilde bilinmesi ve uygulanması gerekir. Bunların önemlileri aşağıda sıralanmıştır:

- Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmiş olduğu bölgelerde sözleşme ile çalıştırılacak sağlık personeline verilecek ücret ve tazminat ile bu personelin çalışma şeklini gösterir yönetmelik (1963)

- Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde hizmetin yürütülmesi hakkında yönetmelik (1964)

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde sağlık ocakları işe yönetmeliği (1968)

Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin sağlık kurulları yönetmeliği (1969)

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği il ve bölgelerde sağlık ocağı ve sağlık evi lojmanlarına uygulanacak kira yönetmeliği (1972)

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde hizmetin yürütülmesi hakkında yönerge (154 sayılı yönerge)

7-) 224 sayılı Yasa'nın temel ilkeleri sağlık örgütlenmesiyle ilişkili uluslararası düzenleme ve görüşlerle uyumlu mudur?

224 sayılı Yasa'nın uluslararası düzeyde halk sağlığı politikalarını belirleyen üç belgeyle uyumlu olduğu söylenebilir. Bunlar 1978 yılında yayınlanan ve Temel Sağlık Hizmetleri anlayışının formüle edildiği Alma Ata Bildirgesi, 1984 yılında Avrupa Bölgesi için belirlenen 2000 Yılı Herkes İçin Sağlık Hedefleri ve 1998 yılında oluşturulan Sağlık 21 Hedefleri'dir.

Alma Ata bildirgesinin 4. Önerisine göre sağlık ile uzak yakın ilgisi olan sektörlerin katkıları tam olarak sağlanmalıdır. 5. Öneriye göre ülkenin sağlık hizmetleri en çok görülen sağlık sorunlarına yönelik örgütlenmelidir. 6. Öneriye göre sağlık hizmetleri yerel düzeyde, geniş kapsamlı ve entegre biçimde olarak örgütlenmelidir. 9. Öneriye göre devletin etkin bir temel sağlık hizmeti kurup, işletmesi çeşitli meslek gruplarını içeren bir ekipin kurulmasına bağlıdır. 10. Öneriye göre hükümetlerin özellikle hekim ve hemşirelerin topluma hizmet edecek şekilde, toplumsal ve teknik yönden eğitilmesini sağlama ve çalışmalarını denetleme görevi vardır. 11. Öneriye göre hizmeti sunanların görevlerini özendirici kılmak ve hizmete bağlılığını sağlamak gerekir. Bunun için de özendirici önlemler yerel koşullara uygun olmalı ve daha sürekli bir eğitimi sağlamak amacıyla daha iyi çalışma ve yaşama koşullarına dönüşecek sistemler oluşturulmalıdır. 13. Öneriye göre temel sağlık hizmetlerinden başarı elde edebilmek için sağlık hizmetinin tüm kademelerinde, her an ve yeterli malzeme ve gereçlerin sağlanması gerekir.

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Herkes İçin Sağlık Hedefleri'nin 26.sına göre ülkeler temel sağlık hizmetlerine dayalı olan, ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerle desteklenen basamaklı bir sağlık sistemi kurmalıdırlar. 29. Hedefte göre temel sağlık hizmetleri sistemleri ekip çalışmasına dayanmalıdır. Sağlık hizmetleri toplum katılım ve işbirliğini sağlayacak şekilde formüle edilmelidir. 36. Hedefte göre personelin planlama, eğitim ve kullanımı temel sağlık bakımına yönelik olmalıdır.

Sağlık 21 Hedefleri'nin 14.süne göre 2020 yılına kadar bütün sektörler sağlıkla ilgili sorumluluklarını belirleyip, üstlenmelidir. Bunun için de sektörler arasında işbirliği sağlanmalıdır. 15. Hedefte göre 2010 yılına kadar üye ülkeler ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleriyle bütünleşen kapsamlı bir temel sağlık hizmetleri sistemi

kurmuş olmalıdır. Temel sağlık hizmetleri sistemi çeşitli sektörlerden gelen değişik meslek sahiplerinden oluşan bir ekibe dayanmalıdır. 17. Hedefe göre üye ülkeler eşitlik, dayanışma, etkinlik ilkelerine dayalı sürdürülebilir bir finansman mekanizması kurmalıdır. Finansman sistemi evrensel düzeyde kapsayıcı ve dayanışmacı olmalıdır. 18. Hedefe göre üye ülkeler 2010 yılına kadar sağlık personeline sağlığı koruyup, geliştirecek bilgi ve becerileri kazandırmalıdır. Eğitim sistemleri buna göre düzenlenmelidir.

8-) Bugün 224 sayılı Yasa'nın uygulanmasıyla ilgili sorunlar nelerdir?

- a) Yasa'yı uygulamamaya yönelik siyasi kararlılık vardır.
- b) Yeterli sayıda sağlık ocağı ve sağlık evi yoktur. Bu durum birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli sorunlar yaratmaktadır.
- c) Birinci basamak sağlık kurumlarındaki eksiklik bakımından özellikle üç büyük ilde sorun yaşanmaktadır. Bu illerde bir sağlık ocağına bağlı nüfusun ortalama büyüklüğü yasada belirtilen sınırın çok üzerindedir.
- d) Personel dağılımında, bütün zorunlu hizmet uygulamalarına karşın, bölgeler arasında eşitlik sağlanamamıştır. Bu açıdan sorunlu olan bölgeler ise Doğu illerdir. Bütün bunlar özendirici önlemler alınmadığında ve siyasal otorite personel politikalarında kararlı olmadığına personel dağılımına ilişkin sorunların aşılamayacağını göstermektedir.
- e) Sevk sistemi uygulanmamaktadır.
- f) Personelin sürekli eğitimine ilişkin hiç bir şey yapılmamaktadır.
- g) Bakanlık, sağlık hizmetini değerlendirmeye ve yeniden planlamaya yönelik etkin bir perspektife sahip değildir ve ilgili kurumları çalıştırmamaktadır.
- h) Hekimler de içinde olmak üzere sağlık personelinin bilgi, beceri ve motivasyonu Sosyalleştirilme yasasının gerektirdiği düzeyde değildir.
- i) Sağlık Bakanlığı hiçbir zaman sosyalleştirmenin gerektirdiği yatırımları gerçekleştirmeye yetecek bütçeyi alamamıştır.
- j) Sosyalleştirme uygulaması için gereken yönetici kadronun eğitim ve istihdamına yönelik yeterli çaba gösterilmemiştir.
- k) Özellikle 1980 sonrasında benimsenen neoliberal politikalar sağlıkta sosyalleştirmenin gerektirdiği makroekonomik ortamı tamamen bozmuş, bölgeler ve kıyır kent arasındaki gelir dağılımı eşitsizlikleri, yoksulluk sınırı altında yaşayanların oranı, işsizlik artmış, sosyalleştirme yerine özelleştirme sosyal sektörlerdeki temel tercih durumuna gelmiştir.

l) Yasada kendi sağlık ocaklarına başvuranların yararlanacakları hizmetlerin parasız olduğu belirtilmiş olmasına rağmen, birinci basamak sağlık kurumlarının sunduğu hizmetler de (dernek ve vakıflara kesilen paralarla) paralı sunulmaya başlanmıştır. Bu uygulama özellikle dar gelirli, ancak birinci basamak hizmetlerine daha çok gereksinimi olan grupların hizmet kullanımını engelleyici ve eşitsizlikleri artırıcı etkiye sahiptir.

m) Özellikle kent merkezlerinde ana çocuk sağlığı hizmetlerini gezici olarak sunmakta güçlükler vardır. Bunun nedeni de çalışan kadınların evlerinde bulunamamasıdır. Sonraki yıllarda iş ortamına ve yaşlanan nüfusa yönelik sağlık uygulamalarını bir sistem bütünlüğü içinde ele alacak yenileştirmeler yapılmamıştır.

n) Yasada toplum katılımını sağlayacak kurumlar daha çok devletin bürokratlarından ve teknokratlardan oluşmaktadır. Bu haliyle katılımcı kurumlar seçkin bir görünüme sahiptir. Bu yapıların halkın, çalışanların bölgesel temsiliyetini sağlayacak bir meclis şeklinde yeniden düzenlenmesi ve her birisinin toplumun sağlık ve siyasal bilincini yükseltecek şekilde çalıştırılması gerekir.

Görüldüğü gibi yukarıdaki sorunların son ikisi dışında kalanların tümü sosyalleştirme yasasının kendisinden değil, uygulayıcıdan ve Türkiye'nin ekonomik siyasal yapısından kaynaklanmaktadır. Diğer iki sorunun aşılabilmesi için ise, yasada, işyerlerini de sağlık sisteminin içine dahil eden bir düzenleme yapılması gerekmektedir.

9-) 224 sayılı Yasa Türkiye'nin bugünkü koşullarıyla uyumlu mudur?

Bu soruya, özellikle örgütlenme ilkeleri açısından evet yanıtı verilebilir. Ancak soru halen önemli bir tartışma konusudur. Sosyalleştirme yasasına eskiden olduğu gibi bugün de karşı çıkan geniş bir çevre vardır. Sağlık Bakanlığı ve sağlıkta özelleştirmeyi savunan diğer kurum ve kişiler bu çevrelerin içinde önde gelenleridir. Sosyalleştirmeye karşı çıkışın en önemli gerekçesi de yasanın "eskiliğine" ilişkindir. Sosyalleştirmenin, kırsal nüfusu çoğunlukta olan 40 yıl öncesinin Türkiye'sine ait olduğu belirtilmekte, kentli, endüstrileşmiş toplumumuz için yeni düzenlemelerin gerektiği ileri sürülmektedir.

Oysa yukarıda da gösterildiği gibi, sosyalleştirmenin içindeki örgütlenme ilkeleri uluslararası düzeyde halen geçerlidir. Bu ilkeler olmaksızın sağlık sistemini başka türlü örgütlemek olanağı yoktur.

Örgütlenmeye ilişkin en önemli sınırlılık, kentlerde ortaya çıkan ve çalışan nüfusa ulaşamamak şeklinde beliren sorundur. Bunu çözebilmek için işyeri sağlık birimlerinin kurulması ve bunların da diğer birinci basamak sağlık kurumlarıyla (sağlık ocakları, sağlık evleri) birlikte aynı yönetsel çatı altında birleştirilmesi gerekir.

Finansal açıdan ise sosyalleştirme yasasında primden ve cepten ödemelerden söz edilmiş olması önemli bir

sorun olarak saptanabilir. Yasa en azından finansal bir karmaşaya kapı aralamaktadır. Öte yandan sağlık hizmetini primlerle veya cepten yapılan özel harcamalarla finanse etmenin, hizmetin verimliliğini azaltıcı etkisinin olduğu bilinmektedir. Prim uygulaması moral risk mekanizmayla tedavi edici sağlık hizmetlerini öne çıkarmakta, bu da sağlık harcamalarının gereksiz artışına neden olmaktadır. Cepten harcamalar ise parası olanın hizmetten yararlanacağı bir ortam yaratmakta ve eşitsizliklere neden olmaktadır. Hizmetin, hizmeti kullanım anında yapılan ödemelerle finanse edilmesi, dar gelirlileri hizmetten uzaklaştıran en önemli faktördür. Bu nedenlerle, yasanın hizmetin genel bütçeden finanse edileceği konusunda net olması, bütün kurumlardan yararlanımın parasız olduğunu benimsemesi ve bütün sağlık kurumlarını kamulaştırması gerekir.

10-) Sağlık hizmetlerinde neden sosyalleştirmeyi savunmak gerekir?

Sosyalleştirme Yasası;

- a) Sağlık ocaklarında parasız hizmet,
- b) Entegre hizmet,
- c) Ekip hizmeti,
- d) Nüfusa orantılı hizmet,
- e) Koruyucu sağlık hizmetine öncelik ve önem,
- f) Gezici hizmet,
- g) Personelin sürekli eğitimi,
- h) Toplum katılımı,

i) Sevk sistemi,

j) Tam gün

dediği için savunulmalı, ancak daha fazlası istenerek, bütün hizmetlerin kamu eliyle, parasız sunulması gerektiği vurgulanmalı, hizmetten yararlananların sağlık sisteminin her düzeyinde sınırsız katılımı hedeflenmelidir. Sosyalleştirme Yasası'nın örgütlenmeye ilişkin ilkeleri, sağlık hizmetlerinin giderek devlet ve kamu denetiminden çıkarıldığı ülkemizde, herkesin sağlık hakkını eşit şekilde gerçekleştirmek açısından eksik, ancak vazgeçilmez koşullardır.

KAYNAKÇA

Eren N. (1985) Alma Ata Bildirgesi ve Türkiye'de sağlık Hizmetleri, HÜTF Halk sağlığı AD Yayınları, Ankara. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, (tarihsiz) Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ile İlgili Kanun, Kararname, Yönetmelik ve Protokoller (1962-1972), Sosyalleştirme Dairesi Başkanlığı Yayını, Ankara.

Üner R., Fişek N. (1961) Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Uygulama Planı Üzerinde Çalışmalar, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayını, No: 256, Ankara. WHO (1993) Health For All Targets: The Health Policy For Europe, Finland.

WHO (1999) Health 21: The Health For All Policy Framework For The WHO European Region, Denmark.