

Akdur R. Türkiye'nin 75. Yılında Türkiye'de Sağlık Politikaları, (Türkiye Cumhuriyeti'nin 75. Bilim Bilanço 1923-1998" Ulusal Toplantısı 8-9 Ekim 1999 İstanbul) TÜBA Yayınları, 1999 s:47-60

TÜBA

**TÜRKİYE
BİLİMLER
AKADEMİSİ**

**TÜRKİYE
CUMHURİYETİ'NİN
75. YILINDA BİLİM
"BİLANÇO 1923-1998"
ULUSAL TOPLANTISI**

Türkiye Cumhuriyeti'nin 75. Yılında
Türkiye'de Sağlık Politikaları

Prof. Dr. Recep AKDUR

TUBA



TÜRKİYE BİLİMLER AKADEMİSİ

**TÜRKİYE
CUMHURİYETİ'NİN
75. YILINDA BİLİM
"BİLANÇO 1923-1998'
ULUSAL TOPLANTISI**

Ankara, Aralık 1999

TÜRKİYE CUMHURİYETİ'NİN 75. YILINDA TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKALARI

*Recep AKDUR**

1. Sağlık Politikaları

Felsefenin çok çeşitli tanımı vardır. Bunlardan birisi, felsefeyi; bir bilim veya bilgi alanının temelini oluşturan kavramlar, değerler ve ilkeler bütünüdür şeklinde tanımlar. Aynı şekilde, politika için de çok çeşitli tanımlar verilebilmektedir. Bu tanımlardan birisine göre, politika; toplum yaşamının her alanını benimsenen felsefe doğrultusunda düzenlemek ve yapılandırmaktır. Bu iki tanımdan yola çıkıldığında, sağlık politikası; bir ülkedeki, sağlık sektörünü benimsenen felsefe doğrultusunda düzenlemek ve yapılandırmak olarak tanımlanabilir. Sağlık sektörünü yapılandırmanın araçları ya da alt politikaları ise; finansman, örgütlenme ve insangücü biçim ve seçenekleridir.

Çeşitli ülkelere bakıldığında, sağlık sektörünün çok farklı yapılanmış olduğu ve her birinin ayrı özellikler taşıdığı, hiç birinin bir diğerine benzemediği görülür. Farklı ülkeler bir yana, aynı ülkenin farklı köşe ve birimlerindeki sağlık hizmetleri bile çok farklı yapılanma özellikleri gösterir. Bu görüntüler, çok çeşitli sağlık politikalarının varlığı izlenimi yaratır. Oysa, gerçekte, sanıldığı kadar çok ve çeşitli sağlık politikası yoktur. Bu yapılanmalar ayrıntılı ve dikkatli bir şekilde incelendiğinde, sağlık politikalarının, genelde, iki ayrı felsefeden (ilkeler bütünü) yola çıktığı ve dolayısı ile de sağlık politikalarının iki ayrı seçenek halinde netleştiği görülür ve anlaşılır.

Bu seçeneklerden birisi; sağlığı toplumsal bir olgu, sağlık hizmetlerini toplumsal bir görev ve sorumluluk olarak gören, sağlığı yaşam ve tıbbi bakımı ise doğuştan kazanılmış temel insanlık hakkı sayan politikadır. Bu politika, tüm temel haklarda olduğu gibi, sağlık hakkının da gereklerinin yerine getirilmesi sorumluluk ve görevini topluma, onun örgütlü gücü olan devlete verir. Sağlık hizmetlerini toplumsal dayanışmanın bir aracı olarak ele alır ve hizmetlerden yararlanmada eşitliği öngörür. Diğer seçenek ise; sağlığı bireysel bir olgu olarak gören, dolayısı ile de sağlık hakkının gereklerini toplumsal bir görev olarak ele almayan, bu hakkın yerine getirilmesini tamamen piyasanın arz ve talep kurallarına bırakarak, insanların bu haktan fırsatları oranında yararlanmasını öngören, sağlık hizmetlerine de kar aracı olarak bakan politikadır.

Prof. Dr. A.Ü.T.F. Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Sağlık politikasına temel oluşturan, bu iki ayrı felsefe sağlık sektörünün finansmanı, örgütlenmesi ve insan gücü gibi tüm diğer alt politika ve uygulamalarını da belirler. Örneğin; birinci seçenektan yola çıkan sağlık politikası, sağlık hizmetlerinin finansmanında toplumsal dayanışmayı ön plana çıkararak, sağlık hizmetlerini kamu eliyle (genel bütçe veya kamu sigortası) finanse ederken, hizmet sunumunda da kamu örgüt ve birimlerini benimser. İkinci seçenektan yola çıkan sağlık politikası ise; cepten ödeme veya özel sigortacılığı finansman yolu olarak benimserken, hizmet sunumunda da özel örgüt ve kuruluşları yeğler.

Seçilen ya da benimsenen bu genel politika, alt politika ve uygulamalara, ülkenin sosyo - kültürel yapısına göre, farklı derece ve biçimlerde yansıyor / yansıyabiliyor. Bu nedenle de, benimsenen genel politikanın, yukarda özetlenen, açık ve net uygulamaları her zaman ve her toplumda görülüyor. Benimsenen genel politikanın alt politika ve uygulamalara yansıma biçim ve derecesine göre, sağlık sektörü farklı farklı görüntüleri bürünüyor. Bu durum, sanki çok çeşitli sağlık politika ve uygulamaları varmış gibi bir görüntü ortaya çıkarıyor. Oysa, esas olan, belirleyici olan ayırım değişmiyor. Yalnızca, bu iki seçeneğin, kendi içindeki, farklı uygulamaları, biçimlenmeleri, kompozisyonları söz konusu olabiliyor (bakınız şekil 1).

Tüm dünyada olduğu gibi, Türkiye'de de sağlık sektörünü tanımlamak ve geçmişten günümüze izlenen sağlık politikalarını anlamak, açıklamak ancak bu ilişkiler yumağının gözetilmesi ve çözümlenmesi ile olanaklı olabilmektedir.

2. Osmanlı Dönemi

İmparatorluk döneminde, monarşinin tüm özellikleri sağlık politika ve uygulamalarına da yansımıştır. İdari örgütlenmenin saray merkezli ve askersel olmasına koşut olarak, devlet eliyle yürütülen sağlık hizmetleri de daha çok saraya ve orduya yönelik olmuştur. Devletin sağlık işlerini düzenleyen, tabip, cerrah ve diğer sağlık personelinin atama yetkisini elinde bulunduran Reisul Etibba (Hekim Başı) kurumundan başka resmi bir örgüt yoktur. Yaygın kitleler, genellikle serbest çalışan, tabip ve cerrahlardan ücret karşılığında hizmet almıştır (1,3). Bunun yanında, kimsesiz ve yoksullar için. padişah ve yakınlarının hayra yönelik olarak kurduğu hastane ve şifa evleri ile askeri tabipler ve özel nitelikli vakıflarca da bir kısım sağlık hizmetleri verilmiş ise de, hakim olan hizmet biçimi özel hizmetlerdir. Gerek devlet ve hayır kurumlarınınca ve gerekse özel kişilerce sunulan bu hizmetler ise İstanbul, Bursa, Edirne, Kayseri ve Selanik gibi büyük kentlerle sınırlı kalmıştır.

Devlet, doğrudan tıbbi bakım hizmetleri yanında, içme sulan ve besin kontrolü, kanalizasyon ve ölü defni, çeşitli sosya! yardım hizmetleri gibi toplum sağlığını

ilgilendiren diğer bazı konular ile de ilgilenmiş ve bu konularda bazı hizmetler üretmiş ise de, bu hizmetler de birkaç büyük kentle sınırlı kalmıştır. Özet bir anlatımla; yaygın kitlelere sunulacak sağlık ve sosyal hizmetler, 19. YY 'in sonlarına gelinceye dek devletin asli görevleri içinde sayılmamıştır. Bunun bir sonucu olarak, gerek sağlık hizmetleri düzeyi ve gerekse toplumun sağlık düzeyi o zamanın gelişmiş toplumlarının çok gerisinde kalmıştır. Başta enfeksiyon hastalıkları olmak üzere, bir çok sağlık sorununun kırımı ile karşı karşıya olan halk, her türlü bilim dışı kurum ve davranıştan şifa aramak zorunda kalmıştır.

Tüm diğer konularda olduğu gibi, sağlık alanında da 19 YY'ın ikinci yarısından sonra Batıya yönelinmiştir. Böylece, devlet eliyle götürülen sağlık hizmetlerinde, saray ve ordu ile sınırlı olan kapsam genişletilerek, yaygın kitlelere de hizmet götürme anlayışının ilk adımları atılmıştır. Hekimbaşı kurumu 1849'da kaldırılarak yetkileri, 1850 yılında kurulan, Tıbbiye Nezareti'ne devredilmiştir (1,3). 1862 yılında, hekimlik uygulamaları ile ilgili bir nizamname yayımlanarak, hekimlik yapabilmek için tıp okullarından birinden mezun olma şartı getirilmiştir (1). 1867 yılında yayımlanan, İdare-i Umumiye-i Vilayat Nizamnamesi'nde genel İdari örgütlenme içinde sağlık örgütlenmesine de yer verilmiştir (1). 1870 yılında Mekteb-i Tıbbiye Nezaretine bağlı olarak, Nezareti Tıbbiye-i Mülkiye adındaki, yaygın kitlelere götürülecek sağlık hizmetleri ile ilgili ilk merkezi birim kurulmuştur (1,3). 1871 yılında ise, İdare-i Umumiye-i Tıbbiye-i Mülkiye Nizamnamesi ile Sıhhiye Müfettişlikleri ve Memleket Tabiplikleri kurularak yaygın örgütlenmenin hukuki yapısı oluşturulmuştur. 1906 yılında, Meclis-i Maarifi Sıhhiye kurulmuş ve bu meclis 1908 yılında Meclis-i Umuru Tıbbiye-i Umumiye adını alarak, günümüzdeki genel müdürlüğe eşdeğer olan bir statüye kavuşturulmuştur. Bu genel müdürlüğün örgütlenmesinde ise, İtalya'daki sağlık örgütlenmesi örnek alınmıştır. Bu genel müdürlük 1914 yılında Dahiliye Nezaretine bağlanarak, Dahiliye Nezareti'nin adı Dahiliye ve Sıhhiye Nezareti'ne dönüştürülmüştür(1). Böylece, yaygın kitlelere götürülen sağlık hizmetleri içişleri bakanlığına bağlı bir genel müdürlük gözetiminde yürütülen devlet görevi olma niteliğine kavuşmuştur.

3. Cumhuriyet Dönemi

Sağlık hizmetlerinin birinci derecede bir devlet görevi olarak ele alınışının başlangıcı Türkiye Büyük Millet Meclisi ile. Türkiye Büyük Millet Meclisi, 3 Mayıs 1920'de kabul ettiği 3 Sayılı Yasa ile. Sıhhiye ve Muavenatı İçtimaiye Vekaleti'ni kurarak (2,3), sağlık hizmetlerini ayrı bir bakanlıkça yürütülen, asli bir devlet görevi haline getirmiştir.

Kurtuluş Savaşı'nın ağır koşullarının yaşanmasına ve o tarihlerde yalnızca gelişmiş birkaç ülkede ayrı bir sağlık bakanlığı örneği olmasına karşın, sağlık bakanlığının hemen kurularak, sağlık hizmetlerinin bu düzey ve bu öncelikte ele alınması, zamanın yönetiminin konuya verdiği önemi ve ileri görüşlülüğünü göstermektedir (2).

Yasanın kabulünden sonra, TBMM Hükümeti'nin ilk sağlık bakanı olarak atanan Dr. Adnan Adıvar göreve başladığında, ne yerleşmiş, köklü bir örgüt ve alt yapı ne de gereksinimlere yanıt verecek yasal bir düzenleme vardı. Her şeyin yeniden ya da yoktan kurulması gerekiyordu. Bu nedenle de, günümüze miras kalan ve tüm ülkeye yayılan sağlık alt yapısının başlangıcının bu tarih olduğunu söylemek yanlış olmaz.

Adnan Adıvar'dan sonra, 1921 yılında bakanlığa atanan Dr. Refik Saydam, kısa süreli aralıklar dışında, 1937 yılına dek bu görevi sürdürmüştür (5). Dr. Saydam, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve yurda yayılmasında büyük bir başarı göstermiş ve hizmetlerin yapılanmasına damgasını vurarak, sağlık hizmetleri tarihimizde onurlu bir yer edinmiştir. Bu nedenle, Refik Saydam Dönemi diyebileceğimiz bu dönem, bugünkü anlamda sağlık hizmet ve örgütünün kurulduğu ve halen etkisini sürdürdüğü yıllar olmuştur.

Bu dönemde, illerde Sağlık Müdürlükleri ilçelerde Hükümet Tabiplikleri kurularak, sağlık örgütünün temel taşları oluşturulmuş ve hizmetlerin tüm yurda yayılması sağlanmıştır. Birinci basamağa ve koruyucu hizmetlere önem ve öncelik verilmiş, bu hizmetler doğrudan merkezi hükümetçe üstlenilerek genel bütçe olanakları bu yöne kanallanmıştır. Yataklı tedavi hizmetlerinin, yine kamu eliyle; ancak yerel idareler (belediyeler, il özel idareleri) tarafından yürütülmesi politikası benimsenerek, bu alanda merkezi hükümet yol göstericilik ile yükümlenmiştir. Bu erekle, bir yandan yerel idarelerin hastane açması teşvik edilirken öte yandan da, bu idarelere örnek olmak üzere, Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır gibi büyük illerde doğrudan bakanlığa bağlı "Numune Hastaneleri" açılmıştır.

1928 yılında 1219 Sayılı "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun" çıkarılarak sağlık personelinin yetki ve sorumlulukları belirlenmiş ve hizmet disiplin altına alınmıştır. 1930 yılında, sağlık hizmetlerinin anayasası niteliğinde olan 1593 Sayılı "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu" çıkarılmış ve böylece, sağlık hizmetlerinde alt politikaların ya da uygulamaların esasları belirlenmiştir. 1936 yılında ise, 3017 Sayılı "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memurlar Kanunu" çıkarılmış ve böylece Bakanlık merkez ve taşra örgütünün kuruluşu tamamlanarak, yetki ve sorumluluklarına açıklık getirilmiştir. Başta bu üç kanun olmak üzere, çıkarılan benzeri kanunlar ile sağlık yönetimi ve uygulamalarının temelleri oluşturulmuştur. Günümüzdeki sağlık hizmetlerinin, hala, o zaman hazırlanmış olan yasalar ile yürütülmesi ve bu yasaların,

bazı eksiklikler dışında, günümüz gereksinimlerine yanıt vermeye devam etmesi, bu yasaları hazırlayanların ileri görüşlülüğünü göstermektedir.

Sağlık hizmetlerinde başarının vazgeçilmez koşullarından birisi de yeterli sayı ve nitelikte personel bulunmasıdır. Dr.Refik Saydam Dönemi'nde, bazıları yukarıda özetlenen girişimlerle, devlete bağlı sağlık örgüt ve birimlerinin tüm yurda yayılması için büyük bir çaba harcanırken, diğer yandan da, sağlık insan gücünün nicelik ve nitelik yönünden yeterli olması için bir dizi önlemlere başvurulmuştur. Bu dizeden olmak üzere; hekimlerin sayısını artırmak ve kamuda çalışmalarını özendirme amacıyla. Yatılı Tıp Talebe Yurtları kurulmuş ve tıp fakültesi mezunlarına mecburi hizmet uygulanmıştır. Hekim dışı sağlık personeli yetiştirmek üzere okular açılmış kurslar düzenlenmiştir. Tüm sağlık personelinin atama ve terfileri Sağlık Bakanlığı emrine alınarak, sağlık personelinin yönetimi tek elde ve merkezde toplanmıştır. Böylece personelin eğitimi, tayin, terfi ve atamaları belirli bir sisteme bağlanmış ve disiplin altına alınmıştır. Bunlara ek olarak, koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan personele daha yüksek bir ücret rejimi uygulanarak, personelin hükümet tabiplikleri ve koruyucu hizmet birimlerinde çalışmaları çekici hale getirilmiştir.

Uygulama örneklerinden de anlaşılacağı üzere, Refik Saydam Dönemi'nde, tüm sağlık hizmetleri asli bir devlet görevi ve sorumluluğu olarak ele alınmış ve algılanmıştır. Görevler devletin çeşitli organları arasında paylaştırılmış ise de, bunların ürettiği hizmetlerin denetimi ve sağlık personeli atama yetkisi Sağlık Bakanlığında toplanarak hizmetler merkezleştirilmiştir.

Dr. Saydam Dönemi'nden sonraki, ilk önemli girişim; 1946 -1950 yılları arasında bakanlık yapan. Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanarak, 1946 yılında toplanan 9. Milli Tıp Kongresi'ne sunulan ve yürürlüğe sokulan "Birinci On Yıllık Sağlık Planı'dır. Tüm sağlık hizmetlerini entegre etmeyi ve yurt sathına yaymayı amaçlayan bu planla, hizmetlerin tümü merkezi hükümet görev ve sorumluluğu haline getirilmiştir.

Behçet Uz Planı diye de anılan bu plana göre; ülke yedi sağlık bölgesine ayrılacak ve her bölgenin örgütlenmesi kendine yeterli hale getirilecekti. Bu bölgelerde, her 40 köy için 10 yataklı bir Sağlık Merkezi kurulacak ve bu merkezlerde iki hekim, bir ebe, bir sağlık memuru ve bir ziyaretçi hemşire bulunacaktı. Buna ek olarak her on köy için bir ebe ve bir sağlık memuru öngörülüyordu. Bu merkezler koruyucu ve tedavi edici hizmetleri birlikte yürüteceklerdi. Bölgelerin kurulması tamamlanınca, her bölgede bir tıp fakültesi açılması düşünülmüştü (2).

Bu planda, çağdaş sağlık yönetiminin temel ilkelerinden biri olan, koruyucu ve iyileştirici hizmetlerin bütünleştirilmesi ve hizmet birimlerinin genel idareden ayrılarak nüfus esasına göre kurulması gibi amaçların benimsendiği görülmektedir. Böylece,

koruyucu ve iyileştirici hizmetleri ayrı ayrı ele alan, yataklı tedavi hizmetlerini yerel idarelere bırakan anlayış terk ediliyor sağlık hizmetlerin tümü merkezi hükümet görev ve sorumluluğu haline getirilmiş oluyordu. Geçmişte yalnızca bazı büyük kentlerin yararlandığı yataklı tedavi hizmetlerinden kırsal bölgelerinde yararlanması hedeflenmişti (3).

Behçet Uz'dan sonra, bu plan gereğince uygulanmamış ve giderekte her ilçeye bir sağlık merkezi inşa etme biçimine dönüştürülmüştür (2). Bu merkezler ise, maliyeti çok yüksek küçük birer hastane olmaktan öteye gidememiştir. Kamuda çalışan hekimlere yüksek ücret uygulamasına son verilmesinin bir sonucu olarak, geçimini muayenehanesindeki çalışmalarıyla karşılamak zorunda kalan sağlık merkezi hekimleri koruyucu hizmetler ile ilgilenmedikleri gibi, merkezlerde ücretsiz poliklinik ve tedavi bile yapmaz duruma gelmişlerdir. Bu durum, hekimlerin sağlık merkezlerinden ayrılarak tamamen serbest çalışmaları sonucunu doğurmuş ve giderek, bu merkezlerde çalışacak hekim ve sağlık personeli bulunamaz olmuştur. 1978 yılında çıkarılan. Tam Gün Yasası ile getirilen ücret politikası ile, personel yönünden daha iyi bir duruma kavuşan bu merkezler, bu uygulamaya son verilmesinden sonra tekrar ve hızla hekim kaybına uğrayarak, verimsiz küçük hastanecikler haline dönüşmüştür. 1980'den sonra zaman zaman kapatılan ve açılan bu birimlerin bazıları hastaneye bazıları ise sağlık ocağına dönüştürülerek varlığına son verilmiştir.

1954 yılında, 6134 Sayılı Yasa ile, il özel idarelerine belediyelere ve vakıflara bağlı hastaneler Sağlık Bakanlığı'na bağlanarak, kamuya ait hastanelerin yönetimi tek elde toplanmış ve tamamen merkezi hükümet görevi ve sorumluluğu haline getirilmiştir (SSK, MSB ve Üniversite Hastaneleri hariç). Bunun doğal bir sonucu olarak, bir yandan il ve ilçe hastanelerinin açılması hız kazanarak, yalnızca büyük kentlerde var olan hastane hizmetlerinin tüm yurda yayılmasında önemli başarılar kaydedilirken, öte yandan da var olan hastanelerdeki hizmetlerde iyileşmeler sağlanmıştır. Bu olumlu gelişme, hastane hizmetlerini Bakanlık Merkezi'nde önem ve önceliğe sahip olan tek konu haline getirmiştir. Böylece, birinci basamak ile koruyucu hizmetler öncelikli durumunu kaybederek, arka plana itilmiş ve ihmal edilir hale gelmiştir. Diğer taraftan, bu tarihten itibaren yönetime hakim olmaya başlayan liberal görüş ve politikalar, tüm alanlarda olduğu gibi, sağlık alanında da özel sektörün geliştirilmesi çaba ve zorlamalarını gündeme getirmiştir. Zamanla daha da güç kazanan, bu politika yataklı tedavi kuruluşlarının Anadolu'ya yayılmasının hızını da kesmiştir.

Tüm bu uygulamalardan da anlaşılacağı üzere, Cumhuriyet'in başından beri genel politika ya da resmi görüş sağlık hizmetlerinin bir kamu sorumluluğu ve görevi olması yönünde olmuştur. Buna karşılık, özel sağlık kuruluşlarının kurulması ve hizmet vermesine sıcak bakılmış, özel kurum ve kuruluşların kurulması ve gelişmesini engelleyen herhangi bir yapı bulunmadığı gibi bu kuruluşlar teşvik de edilmiştir. Bir

bakıma, esas motor ya da gücün kamuda olduğu, karma ekonomi anlayışı sağlık sektörüne de yansımıştır. Bu durum bazı hükümetlerde ikircikli birtavıra neden olmuş, bir yandan sağlık hizmetlerine kamunun yatırımları devam ederken öte yandan da özel sağlık kuruluşlarının gelişmesi için çaba harcanmıştır. Sağlık politikası alanında var olan bu ikircikli yapı, 1950'lerden sonra daha belirgin hale gelmiş, özellikle hükümetler düzeyinde, hizmetlerin özel birim ve kuruluşlara devredilmesi anlayışı hakim görüş haline gelmeye başlamıştır.

Sağlık politikasına hakim olan bu ikircikli yapı sonucunda, başta kırsal kesim olmak üzere, hem tedavi edici hizmetlerde hem de koruyucu hizmetlerde çağ yakalanamamış ve gerisinde kalmıştır. Halkın artan talepleri karşılanamadığı gibi, bu talepleri geçici önlemlerle karşılamak da olanaksız hale gelmiştir (2). Bunun bir sonucu olarak, kurum ve kuruluşlar kendi sağlık sorunlarına kendi olanakları ile çare aramaya başlamışlar, sağlık hizmeti üreten çeşitli örgütler ve birimler kurmaya başlamışlardır. Bunun ilk ve en büyük örneği yasa 1945 yılında çıkarılan ve uygulamalarına 1952 yılında geçilen Sosyal Sigortalar Kurumu ve buna bağlı hastaneler olmuştur. Sonuçta, sağlık sektörüne çok başlılık ve eşgüdümsüzlük hakim olmuştur.

İşte böyle bir ortamda yönetimi devralan, İhtilal Hükümeti sağlık hizmetlerine önem ve öncelik verme gereğini duymuştur. Bu doğrultuda hazırlanan, 1961 Anayasası'nın 48. ve 49. maddeleri ile sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri asli ve anayasal bir devlet görevi haline getirilerek, bu olumsuz gelişmenin önü kesilmek istenmiştir.

Anayasa'nın ilgili maddeleri doğrultusunda hazırlanan. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda, sağlık idaresinde temel amacın halkın sağlık düzeyini yükseltmek olduğu ve bunun için de halk sağlığı hizmetlerine öncelik verilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bu amaca ulaşmak için, tedavi edici hizmetler, koruyucu hizmetleri tamamlayan bir öge olarak görülmüş, az sayıda nüfusun yararlandığı ve pahalı bir hizmet olan, hastanecilik yerine evde ve ayakta tedaviyi sağlayan, küçük topluluklara kadar yayılan bir sağlık örgütünün kurulması öngörülmüştür. Sağlık hizmetlerinin bu anlayışla ve yeniden düzenlenmesi / örgütlenmesi amacıyla, zamanın Sağlık Bakanlığı müsteşarı Dr. Nusret Fişek'in önderliğinde hazırlanan, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (224 Sayılı Kanun) 5 ocak 1961 yılında kabul edilmiştir. Böylece, sağlık hizmetleri tarihimizde "Sosyalleştirme Dönemi" olarak adlandırabileceğimiz dönem başlamıştır.

Uygulamasına, 1963 yılında başlanan, Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetlerinin 1977 yılında tüm ülkeye yayılması hedeflenmişti. 1982 yılında ise, her 5000 kişiye bir "Sağlık Ocağı" kurulmasının tamamlanması öngörülmüyordu. Program tüm Türkiye'ye yaygınlaştığında, belli bir sistemden yoksun olarak ve birçok kuruluşça ayrı ayrı

yürütülen hizmetlerin doğurduğu sakıncalar giderilecek, hizmetler eğitim ve denetim zinciri ile birbirine bağlanarak, mevcut kaynakların en verimli bir şekilde kullanılması sağlanacaktı.

224 Sayılı Yasa, sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımı doğuştan kazanılmış bir hak ve bu hakkın gereğinin devlet tarafından yerine getirilmesi politikasını en açık bir biçimde ifade eden ve bunu kanun maddesi olarak yazılı hale getiren yasa olmuştur. Bu Yasa ile, sağlık hizmetlerinin her anlamda bütünleştirilmesi (entegre edilmesi) ve tek elden yurda yayılması öngörülmüş ve amaçlanmıştır. Ancak, izleyen yıllarda yönetime gelen iktidarların sahip olduğu neoliberal politikalarla, bu yasayla benimsenen sağlık politikası çelişmiştir. Bunun bir sonucu olarak, ülke koşullarına çok uygun olan, Sosyalleştirme Programı merkezi hükümetlerden gerekli desteği görmediği gibi, sağlık alanı iki ayrı politikanın çekişme / çatışma alanı haline getirilerek, programın başarılı olmasını olanaksızlaştıran bir ortam yaratılmıştır (4).

Yukarıda özetlenen uygulamalardan anlaşılacağı üzere, Cumhuriyet'in başından 1970'li yıllara dek izlenen resmi sağlık politikası, yazının en başında tanımlanan birinci seçenektan yola çıkan ya da hizmetlerin kamu eliyle götürülmesini benimseyen politika olmuştur. Hükümetler düzeyinde, zaman zaman ya da alttan alta bu politikaya karşı çıkışlar ve bu politikayı engelleme girişimleri olmuş ise de, açıkça bu politika değiştirilmediği / değiştirilmediği gibi aktif bir özelleştirme programı da uygulanamamıştır. Bunun doğal bir sonucu olarak, her geçen yılla birlikte hizmetlerde kamu ağırlığı artmıştır.

Bu politikadan vazgeçme ve yazının başında tanımlanan ikinci seçenek sağlık politikasına uygulama çabalarının, toplumu Cumhuriyet ve Atatürk ilkelerinden uzaklaştırmaya çalışan iktidar dönemlerine yoğunlaşmış olduğu ya da bu ki olgu ve olayın birbiri ile koşutluk sergilediği dikkat çeken bir konudur. Dikkati çeken diğer bir konu ise; Cumhuriyetin oluşturduğu sağlık politikalarından uzaklaşma çabalan ile toplumun sağlık düzeyindeki gerilemenin de koşutluk göstermesidir. Örneğin; Cumhuriyet'in başında toplumda çok yaygın olan sıtma. Cumhuriyet ilkelerinin hakim olduğu ve bu yönde istikrarlı bir sağlık politikasının izlendiği yılların sonunda kontrol altına alınmış ve 1950'li yıllara dek 2000'li rakamlarla seyreden bir hastalık haline gelmiştir. Buna karşılık, bu ilkelerden uzaklaşmanın yoğunlaştığı yıllar olan, 1955, 1975 ve son olarak da 1990 yılından sonra büyük salgınlar yapmıştır.

1970'li yıllar dünyada neoliberal anlayış ve politikaların atağa geçtiği yıllar olmuştur. Bu politikanın ülke yönetimlerine hakim olmasına koşut olarak, sosyal devlet anlayış ve politikalarından da uzakla silmiştir. Bu gidişin, Türkiye'ye de yansması uzun zaman almamış ve 24 Ocak 1980 Kararları ile resmi ve yazılı hükümet politikaları niteliğine kavuşmuştur. Bunun bir uzantısı olarak, yazının en başında tanımlanan sağlık

politikalarından ikinci seçeneği benimseyen, yani sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini piyasanın arz ve talep kuralları içinde ve kişilerin toplumsal fırsatları oranında yararlandığı hizmetler olarak ele alan politika resmi politika haline gelmiştir. Böylece, sağlık hizmetlerinde "Aktif Özelleştirme Dönemi" diyebileceğimiz döneme geçilmiş ve TC Anayasası bu yönde yeniden düzenlenmiştir. 1961 Anayasasında yer alan ve sosyal devlet olmanın bir ifadesi olan "insan haklarına dayalı devlet" tanımı 1982 Anayasası ile değiştirilerek "insan haklarına saygılı devlet" şekline dönüştürülmüştür. Aynı şekilde, sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini devlete bir görev olarak veren maddeler kaldırılarak yerine, bu hizmetleri devletin gözeteyeceğini, düzenleyeceğini ifade eden maddeler yerleştirilmiştir.

4. Aktif Özelleştirme Dönemi

Son yirmi yılın temel özelliği, sağlık sektörünü, özellikle de kamu sağlık örgütünü, benimsenen bu yeni resmi politikaya uygun hale getirme çaba ve zorlamaları ile geçirilmiş olmasıdır. Bu erkle, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve örgütlenmesi tartışmaya açılmış, hükümetlerce (özde birbirinden farklı olmayan) çeşitli modeller önerilmiş ve sürekli bir reform arayışı içinde olunmuştur. Geline nokta bulunan çözüm ise, genel hatları ile; hizmet sunumunda, sağlık ocaklarının kaldırılarak yerine muayenehane temeline dayalı olan "aile hekimliği"nin yerleştirilmesi, devlet hastanelerinin önce özerkleştirilmesi zamanla özelleştirilmesidir. Finansmanda ise; genel bir kamu sigortası "genel sağlık sigortası" üzerine oturtulmuş "özel sigortacılık ve cepten ödeme"dir (6).

Bu geçişte başarılı olunabilecek mi ? Ne kadar başarılı olunacak ? Henüz belli değil. Bunun toplum / ülke sağlığına getirecekleri ise bir hayli tartışmalıdır. Ancak, şurası kesindir ki; bu geçiş kolay ve çabuk olmayacaktır. Çünkü; iktidarlara hakim olan politika ile Cumhuriyet/ten günümüze örgüte ve topluma yerleşmiş olan politika ve anlayış birbiriyle bağdaşmamaktadır. Bu nedenle de, bu geçiş yaygın kitlelerden yeterli destek bulamamış ve bulamayacaktır. Destek vermek bir yana, toplum ve temsilcileri tarafından Cumhuriyetten beri yerleşmiş olan anlayış ve sistemin korunması yönünde davranışlar sergilenmektedir. Bunun bir sonucu olarak, sağlık sektörü bu iki politikanın çekişme alanı haline gelmiştir.

. Bu çekişme, devlet uygulamalarında da ikircikli bir yapıya neden olmaktadır. Bir yandan özelleştirme için hükümetler düzeyinde çaba gösterilmekte ve adeta zorlamalara başvurulmakta iken öte yandan da devlet eliyle yatırımlara devam edilmektedir. Ancak, bütçeden ayrılan para olabildiğince azaltılmakta ve en az düzeyde tutulmaktadır. Sonuçta, bir yandan var olan kamu hizmet birim ve kuruluşları hizmetlerini

sürdürebilmek için kaynak sıkıntısı çekerken öte yandan da yatırımlar çok uzun sürelere yayılmakta, inşaat tamamlansa bile, içinin donanımı yapılamamaktadır. Böylece, kamu sağlık hizmetlerinde kalitesizlik ve verimsizlik olgusu yaşanmaktadır.

Türkiye'de, günümüz sağlık sektöründeki tüm yapı ve uygulamaları bu ikircikli politika ya da iki politikanın çekişmesi belirlemekte olup, adeta bir karmaşa ortamı yaşanmaktadır. Bu karmaşanın doğal bir sonucu olarak, sağlık politikasının alt politikaları ya da pratikteki uygulamaları olan finansman, örgütlenme ve insangücü alanlarında bir karmaşa ve belirsizlik vardır. Örneğin; finansman konusunda dünyada bilinen tüm yöntemlerin bir karması uygulanmakta olup, belirgin ve kesin olarak yeğlenmiş sağlık finansman biçimi yoktur. Aynı şekilde, örgütlenmede de dünyada bilinen tüm örgütlenme biçimleri uygulanmaktadır. İnsangücünün gerek yetiştirilmesi ve gerekse istihdamı konusunda da net bir uygulamadan söz edilememektedir. Dünyada bilinen tüm istihdam biçimleri var olup, bunlar arasında yatay ve dikey geçişler de söz konusudur. Örneğin; aynı hekim hem devlet memuru, hem ek görevi var hem de özel çalışabilmektedir. Özetle, Türkiye'de ne genel sağlık politikası anlamında ne de bunların alt politika ya da uygulamaları anlamında, belirlenmiş ve kararlaştırılmış net bir ortam yoktur.

Sağlık hizmetlerine kamudan yeterli kaynak ayrılmamakta, ayrılan kaynak ise verimli kullanılmamaktadır. Yönetimde kariyer ve liyakat gözetilmemekte ve çağdaş bir sağlık idaresi oluşturulmamaktadır. Hizmetler birbiri ile eşgüdümü olmayan onun da ötesinde birbirinden habersiz kurum ve kuruluşlarca yürütülmektedir. Sektöre hakim olan bu karmaşa nedeniyle, sağlık hizmetleri, hizmet alanların da hizmet verenlerin de memnun olmadığı bir yapıya kavuşmuştur.

5. Sonuç ve Değerlendirme

Bir ülkede izlenen, sağlık politikasının başarı ya da başarısızlığını değerlendirmek için, sağlık hizmetleri ve toplumun sağlık düzeyi verilerine bakmak ve bunların zamana göre değişimini inceleyerek, diğer bazı ülkelerle kıyaslamasını yapmak gerekir. Cumhuriyetten günümüze, Türkiye değerlendirmesi yapmak için ise, 1923 Türkiye'si ile 1998 Türkiye'sini karşılaştırmak, 1998'deki Türkiye ile 1999'deki diğer ülkeleri karşılaştırmak, en uygun olan kıyaslamalar olacaktır.

Günümüzden 1923 Türkiye'size bakıldığında, yaygın kitlelere sağlık hizmeti sunmak üzere, bir kamu örgütü olmayan toplumdaki dünyanın, nicel olarak, en büyük sağlık örgütlerinden birine sahip bir Türkiye yaratılmış olduğu görülür. Yok denecek düzeyde olan kamu sağlık harcamasından ulusal gelirin %2.6'sını kamu eliyle sağlığa harcayan bir ülke haline gelmiştir. Sağlık hizmetlerinin veya toplumun sağlık düzeyinin

göstergesi olan, hangi ölçüye bakılırsa bakılsın Cumhuriyetten günümüze, büyük ilerlemeler kaydedilmiştir(bakınız çizelge:!)

Çizelge : 1 Türkiye'de 1923 ve 1998 Yıllarında Bazı Ölçütler

	1923	1998
Hekim Sayısı	554	73350
Hemşire Sayısı	4	60 000
Eczacı Sayısı	69	19265
Hasta Yatağı	6437	161522
10000 Kişiye Düşen Yatak	5.1	25.7
Beklenen Ömür	43.6	68.7
Bebek Ölüm Hızı	%0200	%050
Anne Ölüm Hızı	96000200	9600080

1923'ten günümüze büyük gelişmeler kaydedilmiş olmasına karşılık, günümüzde çok başlı, koordinasyonsuz ve karmaşık bir sağlık sektörü ile karşılaşmaktadır. Bundan daha da kötüsü, günümüz Türkiye'sini, sağlık hizmetleri ve sağlık düzeyi açısından, gelişmiş ülkeler ile karşılaştırıldığında iyimserlik yerini karamsarlığa bırakmaktadır.

Çizelge 2: Türkiye ve OECD Ülkelerinde Bazı Ölçütler (1998)
(Yaklaşık ve ortalama rakamlar verilmiştir)

	Türkiye	OECD D (ortalama)
Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Payı	%3.7	%7-8
Kişi Başına Sağlık Harcaması (\$)	108	1800-2000
Sağlık Harcamasında Kamu Payı	%71	%75- 80
Bir Hekime Düşen Nüfus	900	200-300
10000 Kişiye Düşen Yatak	26	100-200
Beklenen Ömür	68	78
Bebek Ölüm Hızı	%050	%03-5
Anne Ölüm Hızı	%00080	%0007-15

Yukarıdaki çizelgeden de görüleceği üzere, Türkiye'de sağlık hizmetleri ve toplumun sağlık düzeyi gelişmiş ülkelerin çok gerisindedir. Bu gerilik Türkiye'nin kendi sosyo ekonomik gelişmişliğin de gerisinde kalmaktadır.

Cumhuriyetten günümüze izlenen sağlık politikası anlamında esas tartışılması gereken nokta; doğru ve istikrarlı bir sağlık politikası izlense idi, Türkiye, sağlık açısından daha iyi bir düzeye ulaşılabilir miydi? Çağı ya da gelişmiş ülkeler düzeyini yakalayabilir miydi? Bundan sonra hangi politika izlenmelidir? Bu soruların yanıtlan şöyle sıralanabilir: Türkiye'de, Cumhuriyetin başında benimsenen sağlık politikası ya da bu yazıda birinci seçenek olarak tanımlanan politika, kararlı ve istikrarlı bir biçimde izlense ve sağlık yönetiminin bu yönde yapılanmasına izin verilse idi, Türkiye sağlık hizmetleri ve toplumun sağlık düzeyi ölçülerinde gelişmiş ülkeler standardını yakalayabilirdi. En azından bugünkü durumundan çok daha iyi bir durumda olurdu. Her türlü ikircikli yapı ve düşünce terk edilerek. Cumhuriyetin başında benimsenen politikada ısrarlı ve kararlı olunur ise daha hızlı yol alınacaktır.

Kaynaklar

1. Akyay N.: Osmanlı İmparatorluğunda Sağlık Örgütleri ve Sosyal kuruluşlar, H.Ü. Toplum Hekimliği Bölümü Yayını no: 20 Ankara, 1982
2. Dirican M.R.: Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinin Kısa Tarihçesi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Bülteni cilt:2 sayı:7 (ayrı baskı) Erzurum 1970
3. Fişek N.H.: Halk sağlığına Giriş, Hacettepe Üniversitesi- Dünya Sağlık Örgütü Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi yayını no:2 Ankara, 1983
4. Öztekin Z.: Nusret Fişek İle Söyleşi, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Tisemat Basım Sanayi, Ankara, 1992
5. Dr. Refik Saydam 1881-1942 Ölümünün 40. Yılı Anısına, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları no:495, Ankara, 1982
6. Türkiye Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje, T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara, 1992.

SAĞLIK POLİTİKALARI

SEÇENEK 1	SEÇENEK 2
TOPLUMSAL OLGU/OLAY	BİREYSEL OLGU/OLAY
TEMEL İNSANLIK HAKKI	
TOPLUMSAL GÖREV ve SORUMLULUK	BİREYSEL SORUMLULUK
YARARLANMADA EŞİTLİK	FIRSATLAR ve PİYASA KURALLARI
HİZMETLER DAYANIŞMA ARACI	HİZMETLER KAR ARACIDIR

FINANSMAN

GENEL BÜTÇE KAMU SİGORTASI	ÖZEL SİGORTA	CEPTEN ÖDEME
----------------------------	--------------	--------------

i

ÖRGÜTLENM ve HİZMET SUNUMU

KAMU SEKTÖRÜ	ÖZEL SEKTÖR
--------------	-------------

İNSANGÜCÜ UYGULAMALARI

KAMU (Eğitimde, İstihdamda)	ÖZEL (Eğitimde, İstihdamda)
-----------------------------	-----------------------------

TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKASI UYGULAMALARI

OSMANLI DÖNEMİ

CUMHURİYET DÖNEMİ

Dr. REFİK SAYDAM (1923 -

Dr. BEHÇETUZ (1946-

DEMOKRAT PARTİ (1950-)

SOSYALLEŞTİRME (1960 -

NEO LİBERAL GEÇİŞ (1970 -)

AKTİF ÖZELLEŞTİRME (1980