

Sosyalizasyon Nedir? Niçin Başarısızdır?

Dr. Recep AKDUR

Ankara ve İzmir Tabip Odaları Bülteni 1(9-10): 62-77 Ankara 1976

TARİHÇE

23 Nisan 1920'de Ankara'da kurulan TBMM Hükümeti sağlık hizmetlerini yürütmek üzere, 3 Mayıs 1920 de Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti'ni kurmuş ve ilk Sağlık Bakanı olarak Dr. Adnan Adıvar görevlendirilmiştir. O tarihlerde dünyada birkaç ülkede sağlık hizmetleri ayrı bir bakanlık tarafından yürütülmekteydi. Ülkemizde bu yönde bir girişimde bulunulması zamanın hükümetinin konuya verdiği önemi ve ileri görüşlülüğünü göstermektedir

Daha sonra Cumhuriyet ilan edilmiş ve Cumhuriyet hükümetinin ilk sağlık bakanı olarak, Dr. Refik Saydam görevlendirilmiştir. Dr. Refik Saydam Türkiye'de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde ve koruyucu hekimlik esaslarının yerleşmesinde büyük emek sarf etmiş ve bu nedenle de sağlık tarihimizde önemli bir yer edinmiştir.

O dönemlerde tedavi edici ve koruyucu hekimlik hizmetlerinin bir elden yürütülmesi henüz hiçbir ülkede düşünülmemiş ve uygulanmamıştı. Bu nedenle, koruyucu hekimliğe gereken önem veren, Dr. Refik Saydam bu iki hizmetin bütünleştirilmesi yönünden bir girişimde bulunamamıştır. Sağlık (tedavi) hizmetleri yönünden sadece belediyelere ve özel idarelere yol göstermekle yetinmiştir.

Refik Saydam koruyucu hekimlik hizmetlerine daima daha büyük bir önem vermiş, hatta tedavi hizmetlerini bir hükümet görevi olarak ele almamıştır. Bu konuda, daha ziyade mahalli idarelere, yol gösterici olmayı yeğlemiştir. Bu erekle Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır'da SSYB'na bağlı Numune Hastaneleri kurmakla yetinmiş, belediye ve özel idareleri hastane açmak için teşvik etmiştir.

Cumhuriyetten önce her il merkezinde Guraba Hastanesi adı altında bir hastane vardı. Buralarda hasta muayene ve tedavisi ücretsiz yapıldı. Cumhuriyet'ten sonra bu kuruluşların

yönetimi yine eskiden olduğu gibi il özel idarelerine ve belediyelere bırakılmıştır.

Refik Saydam döneminde, sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde, insan gücü politikasına önemli bir yer verilmiştir. Bu erekle 1924 yılında tıp fakülteleri mezunlarının tümünü kapsayan mecburi hizmet kanununun yanı sıra, yatılı tıp talebe yurtlarının açılması sağlanmıştır. Böylece, sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesi için gerekli olan, yeterli sayı ve nitelikte sağlık personelinin yetiştirme yolunda ilk adımlar atılmıştır. Kamu sektöründe çalışan sağlık personelinin idaresi tek elde toplanarak SSYB'na verilmiştir, özel idare ve belediyeler sadece yapı ve hizmetleri finanse eden kurumlar, haline getirilmiştir.

Refik Saydam'ın getirdiği yöntemlerden biri de hastanede çalışan hekimlere daha düşük ücret uygulamasıydı. Böylece parasal yönden, koruyucu hekimlik hizmetleri daha cazip hale getirilmeye çalışılmış ve hekimlerin bu yöne kaymaları sağlanmıştı.

1929 yılında Etimesgut'a İçtimai Hıfissıhha Dispanseri kurularak ufak bölgelerde koruyucu ve tedavi edici hizmetleri bir arada yürütme amacına yönelinmiştir. O tarihlerde Fransa'dan sonra ülkemizle birlikte Yugoslavya ve Rusya'da aynı türden uygulamalar ele alınmıştır. Sonradan aldı Etimesgut Numune Sağlık Merkezi'ne çevrilen bu kuruluş, bu hizmet şeklinin tüm ülkeye yayılması için örnek olarak düşünülmüştü.

1946 yılında toplanan Dokuzuncu Milli Tıp Kongresi'nde bir konuşma yapan, zamanın sağlık bakanı, Dr. Behçet Uz "ülkemizi kırk köylük gruplara ayırarak, her grup için, bir sağlık merkezi kurmayı düşünüyoruz" diyordu ve hazırlanmış olduğu planı açıklıyordu.

Bu plan koruyucu hekimlik hizmetlerini yaymak ve personelin tüm ülke yüzeyinde dağılımını sağlamak ereğini güdüyordu. Plan gereğince ülkemiz yedi sağlık bölgesine ayrılıyor ve kırk köy için (yaklaşık 20.000 nüfus) bir sağlık merkezi öngörülüyordu. Her sağlık merkezinde acil vakalar için on yatak, iki hekim ve eğitim hizmetleri ile koruyucu hizmetleri birlikte yürütmek üzere on bir sağlık personeli olacaktı. Ayrıca bölgeler kurulunca, her bölgeye bir tıp fakültesi açılacaktı.

Bu planda, modern sağlık idaresinin temel prensiplerinden olan, koruyucu ve sağıtıcı hizmetlerin aynı örgüte verilmesi ve hizmet ünitelerinin nüfus esasına göre kurulması prensibinin kabul edilmiş olduğunu görüyoruz. Böylece koruyucu hekimlik

İle sağıtıcı hekimlik hizmetleri bütnleştirilmek istenmiştir. Sadece bazı kentlerin yararlandığı hizmetlerden, kırsal bölgenin de yararlanması öngörülmüştür.

Dr. Behçet Uz'dan sonra gelen bakanlar bu planı rafa kaldırmışlar ve giderek plan çok yanlış uygulanarak, her ilçeye bir sağlık merkezi inşa etmeye dönüştürülmüştür. Bugün ise bu kuruluşlar maliyeti çok yüksek küçük birer hastane olmaktan ileri gidememiştir.

Geçimini muayenehanesindeki çalışmasıyla sağlamak zorunda bırakılan sağlık merkezi hekimleri ise halk sağlığı hizmetleriyle hiç ilgilenemedikleri gibi, ücretsiz poliklinik ve tedavi bile yapamaz duruma gelmişlerdir.

3845 yılında kabul edilen 1702 sayılı SSK kanunuyla çalışan bir kısım halkın sağlığı sigorta edilmiştir. Ancak sadece sigortalıya yapılan sağlık hizmetini finanse eden bir kurum olması gereken. SSK'na, hizmet örgütleri kurmasına ve hastaneler açmasına, izin verilmesi ülke sağlığı açasından olumsuz ve hatalı olmuştur,

1950 yılında sağlık bakanı olan Dr. Ekrem Hayri Üstündağ, Behçet Uz'un hazırladığı planı tekrar ele almış ve daha da geliştirerek bakanlar kuruluna sunmak üzere iken, kabine dışı bırakılmıştır. Aynı şekilde 1954 yılında tekrar sağlık bakanı olan Dr. Behçet Uz'un ise, bu plandan hiç söz etmemesi çok anlamlıdır. Bu durum, tüm bu gelişimlerin tesadüfi olmadığını aksine, genel politikanın sağlık politikamıza yansımalarının bir neticesi olduğunu açık bir şekilde göstermektedir.

1953 yılında özel idare hastaneleri devletleştirilmiş ve hastane tedavisi bir devlet hizmeti olarak kabul edilmiştir. Bu karar her il halkının devlet olanaklarından yararlanması ve tıbbi bakım niteliğinin yükselmesine, tedavi ve koruyucu hizmetlerin bir arada yürütülmesine ortam hazırlaması yönünden ileri bir atılım olmuştur. Ne var ki, bu kararın uygulanabilmesi yeter sayıda hekim ve yardımcı sağlık personeli sağlanması ve tam gün çalışmayı sağlayabilecek bir ücret politikasına bağlı idi. Bu iki konuya gereken önem verilmediğinden, tıbbi bakımın niteliğinde, göze batar derecede, bir gelişme olmadığı gibi, devlet girişimlerinin tamamen hastaneciliğe yönelmesi nedeniyle, halk sağlığı hizmetlerinin de ihmal edilmesi sonucunu doğurmuştur.

Bu ileri atılım dışında, 1950-1960 döneminde, hastaneciliğın gelişmesine büyük önem verilerek, koruyucu hekimlik hizmetleri tamamen geri plana itilmiştir.

1960'lara gelindiğinde, kırsal bölgelerde her gün artan sağlık hizmeti talebini, geçici önlemlerle karşılamak olanaksız hale gelmişti. Bu nedenle, yönetimi ele alan 1960 Devrim Hükümeti, ilk beş yıllık planda sağlık hizmetlerine önemli bir yer vermiştir.

Birinci beş yıllık kalkınma planında, sağlık idaresinin temel ilkesinin, halkın sağlık seviyesini yükseltmek olduğu ve bunun içinde halk sağlığı hizmetlerine öncelik verilmesi gerektiği belirtilmişti. Bu ereğe ulaşmak için tedavi edici hizmetler, koruyucu hekimlik çalışmalarını tamamlayan bir öge olarak ele alınmıştır. Sağlık hizmetlerinde, az sayıda nüfusun faydalandığı ve pahalı bir hizmet olan, hastanecilik yerine, evde ve ayakta tedaviyi sağlayan ve küçük topluluklara kadar yayılan bir sağlık örgütünün kurulması öngörülmüştür.

Bu planda halk sağlığı hizmetleri şöyle özetleniyordu; sağlık idaresi, çevre sağlığı şartlarının düzeltilmesi, halkın sağlık konusunda eğitilmesi, bulaşıcı hastalıkların yok edilmesi, beslenme şartlarının düzeltilmesi, nüfus planlaması, ana çocuk sağlığı v.s.

Bu ilkeler ışığında, Anayasamızın 49. maddesinin ve hazırlanan plan hedefleri yönünde sağlık hizmetlerinin yeniden örgütlenmesi gereği ortaya çıkmıştır. Bu amaçla 5 Ocak 1961 tarihinde 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun kabul edilmiştir. Böylece 1963 yılından bu yana sosyalleştirme programı uygulanmaya başlanmıştır.

Programın tüm Türkiye'ye yaygınlaşması gerçekleştiğinde, sağlık hizmetlerinin belirli bir sistemden yoksun olarak, değişik kurumlarca yürütülmesinin doğurduğu sakıncaların giderilmesi düşünülmüştü. Böylece hizmetin verimliliği sağlanacak ve mevcut kaynakların tam değerlendirilmesi mümkün olacaktı. Bu erekle 1963 yılında doğudan başlayan sosyalizasyonun, 1977'de tüm ülkeye yayılması, 1982'de ise 5.000 kişiye bir sağlık ocağı örgütlenmesinin tamamlanması planlanmıştır.

SOSYALİZASYON BİR SAĞLIK HİZMETİ SİSTEMİDİR

Sosyalizasyon özet olarak; sağlık idaresi, tüm toplumun sağlık ve demografik hareketlerinin devamlı gözlenmesi ve değerlendirilmesi, koruyucu hekimlik ve bu diziden olmak üzere, çevre sağlığı şartlarının düzeltilmesi, beslenme şartlarının düzeltilmesi ve geliştirilmesi, bulaşıcı hastalıkların yok edilmesi, halkın sağlık konusunda eğitilmesi, ayrıca tedavi edici hizmetler, adli tabiplik hizmetleri, ana çocuk sağlığı ve nüfus planlaması gibi tüm çağdaş sağlık hizmetlerini içeren bir sistemdir.

Erek (amaç) tüm bu hizmetleri en ücra ve ufak ünitelere kadar götürmek ve halkın sağlık düzeyini yükseltmektir. Bu amaçla sosyalizasyon örgütlenmesinde kırsal kesim esas olarak ele alınmıştır Nüfusa göre hizmet dağılımı ilkesi kabul edilerek hizmetin tüm ülkeye yayılması amaçlanmıştır.

Vali
Sağlık Müdürü
Sağlık Ocağı
Sağlık Evi

- Okul
- Hastane
- Halk Sağlığı Laboratuvarı
- A.Ç.S. Başkanlığı
- Verem Savaş Başkanlığı.
- Trahom Savaş Başkanlığı.
- Lepra Ve Frengi Savaş. Başkanlığı.
- Sıtma Eradikasyon Başkanlığı.
- Sağlık Eğitimsi
- İstatistik Bölümü

Hizmette Sağlık Ocağı temel ünite olarak ele alınmıştır. Her 5.000-10.000 kişiye bir sağlık ocağı ve her ocakta bir hekim, sağlık memuru, hemşire ve 2-4 köy ebesi ile diğer hizmetlilerden (tıbbi sekreter, şoför, hizmetliler v.s) kurulu uç ekiplerle hizmetin çevreden merkeze örgütlenmesi öngörülmüştür.

224 SAYILI KANUNUN İÇERİĞİ NEDİR?

Bunu anlatmanın en iyi yolu kanun maddelerini gözden geçirmektir. Bu nedenle, teknik maddeler hariç, kanun maddeleri ne şöyle bir bakalım.

Madde 1: İnsan Hakları Beyannamesi'nde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın, sosyal adalete uygun bir şekilde, ifasını sağlamak amacıyla tababet ve tababetle ilgili hizmetler, bu kanun çerçevesinde hazırlanacak bir program dahilinde, sosyalleştirilecektir.

Madde 2: Bu kanunda kullanılan terimlerin delalet ettiği manalar aşağıda gösterilmiştir

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

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

SOSYALLEŞTİRME: Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi, vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile amme sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat karşılığı, her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendine yapılan masrafın bir kısmına iştirak suretiyle, eşit şekilde faydalanmalarıdır.

SAĞLIK OCAĞI: Takriben 5,000—10,000 kişilik köyler grubu veya bir kasaba veya şehirdeki mahalle grupları bir sağlık ocağını teşkil ederler. Bunların il içinde idari taksimata uyması icap etmez.

Madde 9 : Sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti teşkilatı - Sağlık evleri, sağlık ocakları, sağlık merkezleri ile hastaneleri, çeşitli koruyucu hekimlik teşekkülleri, sağlık hizmetleri hususiyet arz eden yerler için kurulmuş sağlık teşekkülleri, sağlık müdürlükleri, bölge hastaneleri, bölge laboratuvarları, sağlık personeli yetiştiren eğitim müesseseleri ile SSYB merkez teşkilatı ve diğer bakanlık ve kurumlarla işbirliği yapmak üzere kurulmuş olan, dairelerden teşekkül eder.

Madde 12 : Hastaneler sağlık ocaklarından ve sağlık merkezlerinden veya diğer hastanelerden gönderilen veya durumları acil müdahaleyi gerektiren veya 13. madde hükümlerine göre müracaat eden (hasta şevkiyle ilgili madde) hastalan ayakta veya yatarak tedavi etmek ve uhdelerine verilen koruyucu ve sosyal sağlık hizmetlerini yapmakla mükelleftirler. Hastanelerdeki sağlık personeli, sağlık ocağı ve sağlık merkezi personelinin mesleki tekamülüne yardım ederler.

Madde 13: Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinden yararlanmak: isteyenler acil vakalar hariç, evvela sağlık evlerine veya ocaklarına başvururlar. Köylük bölgelerde SO hekimleri tedavi edemedikleri vakaları, güç olması muhakkak doğumları sağlık merkezine, hastaneye şevki gereken vakaları hastaneye yollarlar.

Sağlık Ocaklarında hekim bulunmadığı hallerde yardımcı sağlık personeli hastalan, kendi yetenekleri dahilinde olan müdahaleleri müteakip, gerekirse, sağlık merkezi veya hastaneye sevk edebilir. Sağlık merkezinde tedavisi mümkün olmayan hastalar veya müteahhas müdahalesini gerektiren doğumlar hastaneler veya doğum evlerine sevk edilir.

Madde 16: Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri gören teşekküller tarafından, ödenerek alınacak ilaç ve tedavi vasıtalarının listeleri, her yılın ilk ayında SSYB tarafından ilan edilir, liste harici ilaç ve tedavi araçları bedeli tarafından ödenmek suretiyle alınır.

Madde 17: Bir bölgede sağlık hizmetlerinin iyi bir şekilde yürütülmesi için gereken tesisler, lojmanlar, malzemeler, araçlar ve personel temin edilmeden, o bölgede sosyalleştirme planı tatbik edilemez.

Madde 20: Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi 1982 yılına kadar tüm memlekete teşmil edilecektir.

Madde 26: Sosyalleştirilmiş bölgede sağlık personeline mukavele ile verilecek ücret, bu meslek mensuplarının umumi serbest kazanç seviyeleri hizmet süreleri ve ihtisasları, işgal ettikleri mevkiin önemi, yaptıkları vazifenin ağırlığı göz önüne alınarak SSYB'nın teklifi ve devlet personel dairesinin tespiti ile Bakanlar Kurulunca tayin olunur.

Kanun maddelerini olduğu gibi buraya almamız, yeterince bilinmeyen bu konuya, yeteri kadar açıklık getirmek amacıyla dır. Sosyalleştirmenin içeriğini kanun maddelerinden daha iyi açıklamak olanaksızdır.

SAĞLIK HİZMETLERİ BİR BÜTÜNDÜR

Kişinin doğumundan ölümüne dek tüm yaşamı bir bütündür ve kişinin sağlıklı dönemi ile hastalıklı dönemleri, birbirinden soyutlanamaz ve ayrı düşünülemez. Aynı şekilde sağlık hizmetlerinde eğitiminden, koruyucu hizmetler ve tedavi hizmetlerine dek, hepsi bir bütündür ve birbirinden soyutlanamaz.

Sağlık hizmetlerini koruyucu hizmetler, tedavi edici hizmetler ve sosyal tıp gibi parçalara bölmek kesinlikle yanlıştır. Çağdaş bir sağlık sistemi, tüm bu hizmetleri, bir bütün içinde içermeli ve tek elden yürütmelidir. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine baktığımız zaman bu ilkeye, kısmen de olsa, uyulmuş olduğunu görürüz.

SOSYALİZASYON: GERİ KALMIŞ BÖLGELERE SAĞLIK HİZMETİ GÖTÜRME ŞEKLİ DEĞİLDİR

224 sayılı kanunun kabulünden sonra, uygulama için pilot bölge olarak Muş ili seçilmiş ve sonra 25 doğu ilinde uygulamaya geçilmiştir. Bu pratikte sosyalizasyonun, sanki ülkenin geri kalmış bölgelerine hizmet götürme şekli imiş gibi anlaşılmasına yol açmıştır. Oysa sosyalizasyon bir sağlık sistemidir. Bir ülkede ya uygulanır, ya da uygulanmaz. Ülkeyi, sağlık hizmetleri yönünden, sosyalize ve sosyalize olmayan bölgeler şeklinde parçalamanın bir anlamı yoktur. Bu durum sosyalizasyon ve sağlık hizmetleri yönünden olumsuz neticeler doğurmuştur.

Uygulamaya geri kalmış bölgelerden başlanması, kanununun 17. maddesinde öngörülen, şartların sağlanamamasına neden olmuştur. Böylece sosyalizasyon göz göre göre başarısızlığa terk edilmiştir. Sağlık hizmetlerimin ve sosyalizasyonun başarılı olabilmesi için, sosyalizasyon en kısa zamanda tüm ülkede uygulanmalıdır.

SOSYALİZASYON SADECE KORUYUCU HEKİMLİK HİZMETLERİNİ KAPSAMAZ

Türkiye'mize şöyle bir baktığımız zaman, ülkemizi^ geri bıraktırmış bir ülkedir. Bugünkü koşullarımız koruyucu hekimlik hizmetlerine ağırlık verilmesini zorunlu kılmaktadır. Bu nedenle sosyalizasyonda, koruyucu hekimlik hizmetleri ağırlık kazanmıştır ve öyle de olması gerekir. Ama bu sosyalizasyonun salt koruyucu hekimlik hizmetlerini kapsadığı ve diğer sağlık hizmetleri sahasını boş bıraktığı anlamına gelmez.

Bugüne dek sosyalizasyonun tedavi hizmetlerini kapsamadığı empoze edilmeye çalışılarak, birçok engelleyici girişimlerde bulunulmuştur. Bu dizeden olmak üzere günümüzde GSS kanun tasarısı hazırlanmış ve oynanmak istenen oyunlara, yeni bir tanesi eklenmiştir. Oysa sosyalizasyon tedavi edici hizmetleri de bünyesinde içermektedir. Ayrıca onu koruyucu hekimliği bütünleyen bir öge olarak ele almaktadır. Sosyalizasyon kanununun 2., 12., 13. ve 16. maddeleri ve sosyalizasyonda kullanılan 019'nolu form bu konuya yeterince açıklık getirmektedir.

Ünivalan	S.O	Bölge veya
Dispanserler	S.E.	Grup hastanesi
Ünivalan	Devlet veya	
Hastaneler	İl hastanesi	

Şemada sosyalizasyonda hasta şevki ve tedavi hizmetlerinin nasıl işlediği görülmektedir

Tüm bunlar göstermektedir ki; sosyalizasyon tedavi hizmetlerini içermekle kalmamakta ilaçlarda dahil, tüm bu hizmetlerin ücretsiz olarak verilmesini öngörmektedir. Zaten sağlıklı ve hastalıklı dönemlerin bütünlüğü gibi, bu iki hizmette, bir bütündür ve tedavi edici hizmetlerle koruyucu hizmetler ayrı düşünülemez. Sosyalizasyonun tedavi sahasını boş bıraktığı iddiasıyla yeni ve birbirinden soyut önlemler ve örgütlere yönelinmesi gereksizdir.

KORUYUCU HEKİMLİK İ SALT BULAŞICI HASTALIKLARLA MÜCADELE DEMEK DEĞİLDİR

Bugüne dek koruyucu hekimlik, sadece bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesi şeklinde empoze edilmeye çalışılmış ve anlaşıla gelmiştir. Koruyucu hekimlik salt bulaşıcı hastalıklarla mücadele anlamına gelmez. Tüm hastalıklarla, kişi ve dolayısıyla toplum sağlığına etki eden faktörlerle mücadeleyi içerir, örneğin hastalık olmayan, fakat toplum sağlığına etki eden, trafik kazaları ve hava kirliliği gibi zararlı etkenlerle savaş, koruyucu hekimliğin görevlerindendir. Aynı şekilde, dejeneratif hastalıklardan olan kalp hastalıkları ve romatizmal afetler, koruyucu hekimlik çerçevesinde, okul çağı döneminde alınacak etkin tedbirlerle, büyük oranda önlenmektedir.

Toplumdan bulaşıcı hastalıklar eradike edildikçe ve toplum yaşlandıkça dejeneratif hastalıklar yaygınlaşacak ve bunlarla savaşta birtakım önlemler ağırlık kazanacaktır. Bu tedbirler yine koruyucu hekimlik sahasının görevi olacaktır. Toplumda bugün yaygın olan problemler yok edildikçe, yerine yeni problemler gelecek ve bunlarla mücadelede yine koruyucu hekimliğe büyük görevler düşecektir.

TIP EĞİTİMİ -SOSYALİZASYON BÜTÜNLEŞTİRİLMELİDİR

Tüm sağlık hizmetleri bir bütündür ve tıp eğitimi de bu bütün içinde değerlendirilmeli ve planlanmalıdır.

9. Milli Tıp Kongresinde sunulan planda, sosyalizasyon çerçevesinde, tıp eğitimine de yer verilmiştir. Ülke sağlık yönünden yedi bölgeye ayrılmış ve her bölge için bir tıp fakültesi öngörülerek eğitimle diğer hizmetlerin bütünleştirilmesi düşünülmüştür. Diğer konular olduğu gibi, bu konuda hasıraltı edilmiştir.

Her ne kadar son zamanlarda, diğer bazı illerimize de tıp fakülteleri açılmış ise de, bu bir plan ve örgütlenme bütünü içinde yapılmamıştır. Bunlar dışında, tıp eğitimi, özellikle üç büyük kentte toplanmıştır. Bu ise hem sağlık hizmeti yönünden hem de tıp eğitimi yönünden çok sakıncalı neticeler doğurmuştur.

Tıp fakülteleri sadece tedavi edici hekimliğe ve ihtisasa yönelik bir eğitim, uygulamaktadır. Bu eğitimle üretilen hekim, sosyalizasyondan bihaberdir. Sosyalize bölgeye gitmekten adeta çekinmektedir. Gitse bile, böyle bir eğitimle, başarısızlığa mahkum edilmiştir.

Tıp fakülteleri tamamen sosyalizasyon içinde örgütlenmeli ve eğitim bu yönde yoğunlaştırılarak, sosyalizasyonla bütünleştirilmelidir. Eğitim zinciri yönünden, sosyalizasyonun en üst halkası tıp fakülteleri tarafından oluşturulmalı ve personelin mezuniyet sonrası eğitimini de üstlenmelidir. Dokuzuncu milli kongrede öngörüldüğü gibi, kent veya bölge gelişmişliği göz önünde tutulmaksızın, bölge esasına göre tıp fakülteleri açılmalıdır. Bu bölge fakültelerinde öğretim üyesi sağlanması yönünden gerekli yükümlülükler getirilmelidir.

SOSYALİZASYON NİÇİN BAŞARIYA ULAŞAMAMIŞTIR?

1961 yılında yasalaşan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu, tüm sağlık gereksinmelerine cevap verecek bir örgütlenme modeli ve sağlık hizmeti sistemi getirmektedir. Bugün uygulamanın başarısızlığı sisteme mal edilerek, sistemin iyi olmadığı kanaati yaratılmaya çalışılmaktadır.

Kanun gerekleri yerine getirilmeden uygulamaya geçilmiştir. 17. maddenin öngördüğü zorunluluğa rağmen, tam tersi bir uygulama ile, sistem başarısızlığa sürüklenmiştir. Neticede yönetici ve uygulayıcılar değil de sistem suçlanmaya başlanmıştır. Bugün sosyalizasyonun hangi koşullarda uygulandığını ve niçin başarısız olduğunu sergilemeye çalışalım.

Personel: Devlet Planlama Teşkilatı verilerine göre 1971'de sosyalizasyon bölgelerinde mevcut kadroların durumu şöyledir. Hekim kadrolarının % 65'i, hemşire kadrolarının % 71'i, yardımcı personelim % 20'si, sağlık memuru kadrolarının % 26'sı ve ebe kadrolarının ise % 3'ü boştur.

1974'de yapılan özel bir çalışmaya göre, bazı sosyalize illerimizin, durumu ise şöyledir :

İl adı	İl nüfusu	Sağlık O. Sayısı	Hekim bulunan ocak sayısı
Van	266,000	28	10
Bitlis	154,069	13	4
Siirt	264,069	27	5
Diyarbakır	475,916	47	23
Mardin	397,880	47	16

Belirtilen hekim sayısı, aktif olarak görev yapan hekim olmayıp, kadrosu dolu olanlardır.

Bu tablo konuyu sadece personel yönüyle sergilemektedir. Diğer araç, gereç ve koşulların ne durumda olduğu herkesçe ma-lumdur.

Sağlık hizmetlerinin gelişmesinde ve sosyalizasyonun başarıya ulaşmasında, özellikle geri kalmış bölgelerde, personel sağlanması en önemli sorunlardan biridir. Sağlık hizmetlerinin tek elden idare edilmemesi, etkin bir istihdam ve ücret politikası uygulanmaması, sağlık eğitimi ile istihdam arasındaki çelişkilerin giderilmemesi bu başarısızlığın başlıca nedenleridir.

Yukarıdaki sorunların önlemlerinin alınmaması, hekimlerin kırsal bölgelere gitmeyerek, büyük kentlerde toplanması neticesini doğurmuştur. Böylece nüfusu 100.000'nin üstünde olan yerleşim birimlerinde bir hekime 600 kişi düşerken, 10.000'nin altında olan yerlerde ise 23 bin kişi düşmektedir. Buna karşılık hekimlerimiz % 70'i üç büyük kentte toplanmış bulunmaktadır.

	ANKARA	İSTANBUL	İZMİR	TOPLAM	TÜRKİYE
Uzman	2616	4754	1234	8607 (% 69)	12394 (% 59,2)
Pratisyen	2209	2743	1054	6011 (% 70,9)	8474 (% 40,8)
A	4825	7500	2288	14618	20868 (% 100)
TOPLAM%	23,1	35,9	11	70	10

Aynı çizelgeden anlaşılacağı üzere, mevcut hekimlerden yararlanmayı güçleştiren diğer bir faktör de, aşırı uzmanlaşma eğilimidir. Pratisyen hekimliği çekici kılan önlemlerin alınmaması nedeniyle, bu eğilim gittikçe artmaktadır. Türkiye'de 20868 hekimden 12394'ü uzman, 8474 ise pratisyendir. Ayrıca pratisyenlerin büyük bir kısmını ihtisas yapmakta olan asistanlar teşkil etmekte ve pratisyenlerin %70,9'u büyük kentte toplanmış bulunmaktadır. Buna karşılık 1974 D.İ.E. yıllığı verilerine göre doğu illerimizden 19'unda sadece 808 hekim bulunmaktadır. Aynı verilere göre üç büyük kentimizde, diğer sağlık personelinin dağılımı şöyledir:

		TÜRKİYE	ANKARA	İSTANBUL	İZMİR	Toplam
HEMŞİRE	A	12641	2138	1428	831	4397
	%	100	17,7	11,3	6,5	35,5
S. MEMURU	A	8479	1326	942	461	2729
	%	100	15,7	11,1	5,4	32,2
EBE	A	12228	799	563	553	1815
	%	100	6,5	4,6	4,5	15,6
TOPLAM	A	33348	4263	2933	1845	9041
	%	100	12,8	8,8	5,5	27,1

Çizelgede görülmektedir ki, diğer sağlık personelinin de %27,1 gibi büyük bir kısmı üç büyük kentte toplanmış bulunmaktadır. Ayrıca 20868 hekime karşılık, 33348 sağlık personeli bulunmaktadır. Bu hekim başına 1,57 sağlık personeli düşüyor demektir. Sağlık personelinin dağılımı eşit olmadığı gibi, nicelik yönünden de yeterli değildir. Oysa sosyalizasyon bir ekip işidir.

Tüm bu veriler göstermektedir ki, şu andaki personel yönüyle sosyalizasyondan başarı beklemek, en azından haksızlık olacaktır.

Çevre sağlığı: Belediyelere bırakılmış olan çevre sağlığı hizmetleri belediyelerin mali kaynak, personel ve tesis yetersizliği nedeniyle çok, çok yetersizdir. Belediyelerin mali kaynak, personel ve tesis yetersizliği nedeniyle çok, çok yetersizdir. Belediye-siz bölgelerde ise bu hizmet yoktur.

Ülkemizde çevre sağlığı hizmetlerini yürütecek olan sağlık mühendisliği henüz yoktur. Çevre sağlığı teknisyenleri ise hem nicelik hem de nitelikçe çok yetersizdir. Bu nedenle, bu hizmetlerde, hekimlere yüklenmektedir. Zaten işi çok yüklü olan hekimden, kariyeri dışındaki, bu alanda ne derecede başarı beklenebilir.

Beslenme: Ülkemizde yetersiz ve dengesiz beslenme, önemli bir halk sağlığı sorunu olarak, ağırlığını korumaktadır. Bebeklik ve okul öncesi dönemleri ile, gebe ve emzikli annelerde protein ve kalori yetersizliği nedeniyle oluşan hastalıklara oldukça sık rastlanmaktadır.

Yetersiz ve dengesiz beslenmenin başlıca nedeni, gelir dağılımındaki eşitsizliktir. Ayrıca gıdaların nitelik ve nicelik yönünden eksik üretimi, gıda dağılımındaki bölgesel dengesizlikler, üretimin pazarlanması ve tüketiciye ulaştırılmasındaki yetersizlik ve beslenme konusundaki eğitim noksanlığı gibi nedenlerde buna eklenince, bugünkü tablo ortaya çıkmaktadır.

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'na göre, SSYB ve belediyelere verilen gıda kontrol hizmeti yapılamamaktadır. Çünkü bu kanundan önce veya sonra, ticari gayeyle çıkan, diğer kanunların bazı hükümleri buna engeldir. Bütün kanunlar konuya diğer bazı bakanlık ve kurumların müdahalelerine yol açarak, sıhate aykırı besin üretim ve dağıtımının engellenmesini olanaksız kılmaktadırlar.

A.Ç.S. ve Nüfus Planlaması: Ama çocuk sağlığı ve nüfus planlaması sosyalizasyonun önemli bir bölümüdür. Ancak birbi-

rini tamamlayan bu iki hizmet için bile, sosyalizasyon dışında, iki ayrı örgüt kurulmuştur. Ama uygulamada görev sosyalizasyon örgütlerine verilmiştir. Aynı hizmetin üç ayrı örgütle yürütülemeyeceği tartışma götürmez.

İşçi sağlığı : İşçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetlerinin de sosyalizasyon bünyesinde olması gerekirdi. Bu konu tamamen hasır altı edilmiştir. Sahip çıktığını iddia eden kurumlarda ise, hizmetler diğer hizmetlerden farklı durumda değildir.

Umum bu veriler sosyalizasyonun, her yönüyle, ne denli ihmal edildiğini, çok açık bir şekilde açıklamaktadır. Bugünkü anlayıştan başkası da beklenemezdi zaten. Çünkü sosyalizasyon tıp ticareti ve sömürsünü engelleyecek bir sistemdir. Onun başarılı kılınmasını, çıkarıcılardan beklemek en azından saflık olurdu.

Yukarıdaki tablonun ve anlayışın aksine, sosyalizasyonun personel araç, gereç ve işbirliği gibi asgari şartlarının yerine getirildiği, kuruluş ve örgütlenmesinin tamamlanmış olduğu eğitim bölgelerinde çok başarılı olduğu ispatlanmıştır. Bu bölgelerde halk sağlığı üzerinde oldukça olumlu etkilerde bulunduğu ve halkın sağlık düzeyinin yükseldiği gösterilmiştir. Yine aynı bölgelerde aşı ile korunulabilen hastalıklar en az düzeye inmiştir. A.Ç.S. ve aile planlaması hizmetleri ile tedavi hizmetleri büyük ölçüde gelişerek, bebek ölüm hızı ve beş yaşından küçüklerdeki ölüm hızı, azalarak yaşama süresi uzamıştır.

Sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu ne denli ihmal edilirse edilsin, yinede sistemin gücünden gelen bir olguyla, sağlık hizmetlerinde çok değerli hizmetler vermektedir.

ÜLKEMİZ GERİ KALMIŞ BİR ÜLKEDİR -KORUYUCU HEKİMLİĞE YÖNELMELİDİR

Dünya ülkelerinin bazılarında, sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ve geliştirilmesinde, özellikle tedavi edici hizmet kurumlarına ağırlık verilerek, insan gücü ve işletme bakımından pahalı bir sistem seçilmiştir. Ancak diğer bir kısmı ise, özellikle sosyalist ülkeler, daha ucuz ve kolay olan koruyucu hekimliğe yönelmişlerdir. Son yıllarda, birinci grupta olan ülkelerin de, pahalı ve verimsiz olan bu sistemi terk ederek bu yola yöneldikleri görülmektedir.

Türkiye'mize şöyle bir baktığımızda nüfusun genç olduğu, yetersiz ve dengesiz beslenme ve buna bağlı hastalıkların yaygın olduğu, bulaşıcı hastalıkların hala önemini koruduğu ve çevre

sağlığı şartlarının bozuk olduğu görülür. Bunların doğal bir neticesi olarak ta ülkemizde, sağlık hizmetlerinin halka götürülmesinin en belirgin göstergesi olan, bebek ölüm hızı, doktor ve yatak başına düşen nüfus oranlarının, gelişmiş ülkeler verileriyle karşılaştırdığımızda, ülkemizin oldukça geri olduğu görülür.

ÜLKE	YATAK BAŞINA KİŞİ	DOKTOR BAŞINA KİŞİ	BEBEK ÖLÜM HIZI %0
F. Almanya	90	580	23,5
A.B.D	120	650	21,8
Belçika	130	640	21,7
Fransa	150	770	15,1
İtalya	100	560	29,2
Yunanistan	170	640	31,8
İspanya	220	770	27,8
Meksika	510	1810	62,9
S.S.C.B	107	433	26,4
Bulgaristan	90	560	30,5
TÜRKİYE (1971)	398	2316	153

Tüm bunlar göstermektedir ki, diğer konularda olduğu gibi, sağlık yönünden de geri kalmış bir ülkedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin koruyucu hekimliğe yönelik olması zorunludur.

ÜLKEMİZDE YATAK SAYISI YETERLİDİR, KULLANMA ORANI YÜKSELTİLMELİDİR

Ülkemizde koruyucu hekimlik ile sağıtıcı hizmetleri birbirinden soyutlayan ve liberal bir anlayışla hizmetleri örgütleyen anlayış, giderekten tedavi kuruluşlarına, koruyucu hekimlik aleyhine, ağırlık verilmesi sonucunu doğurmuştur. Bu durum sosyalizasyonu olumsuz yönde etkileyen diğer önemli bir öge olmuştur.

Bu düşüncenin doğal bir neticesi olarak, durmadan yataklı tedavi kurumları açılmış, hatta bu konuda plan hedefleri bile aşılmıştır. Yataklı tedavi kurumlarındaki bu hızlı gelişme, belirli nüfus guruplarına, Türkiye ortalamasının üstünde bir standartta hizmet verilmesi sonucunu doğurmuştur. Yataklı tedavi kurumlarındaki bu durum olumlu bir gelişme gibi gösterilmeye çalışılmıştır. Oysa yatakların iller arasındaki dağılımı incelendiğinde, bu durumun, iller arasındaki dengesizliğin giderekten daha da arttırarak, devam etmesine yol açtığı görülmektedir.

HASTANE YATAK NÜFUS YATAK BAŞINA KİŞİ

Ankara	49	9715	2.041.858	210
İstanbul	93	21654	3.019.032	139
İzmir	36	5325	1.427.173	268
Üç kent toplamı	178	36698	6.488.063	177
Bingöl	4	120	177.951	1483
Bitlis	4	145	185.473	1279
Gümüşhane	5	165	282.238	1710
Hakkari	2	60	102.312	1705
Kars	10	500	660.018	1325
Muş	3	210	234.250	1115
Siirt	6	310	325.684	1034
Tunceli	7	175	157.293	899
Van	5	280	171.232	6^2
Dokuz kent toplamı	41	1965	2.291,453	1167

Ülkemizin yataklı tedavi kurumları yönünden sorunu, yatak azlığı olmayıp, mevcut yatakların bölgesinde ve yeterince kullanılmaması sorunudur. Ülkemizde ortalama yatak kullanım oranı % 58'dir (bazılarında % 2-3, bazılarının ise %100'den fazla). Kırsal alanlarda personel yokluğu, yataklı tedavi kurumlarının tek elden idare edilmemesi ve kuruluşlar arasında işbirliğinin olmaması nedeniyle yataklardan tam olarak faydalanılamamaktadır. Finansman, malzeme ve yapı standardizasyonunun olmaması, modern işletmecilik anlayışının yerleşmemiş olması, mevcut kapasiteden, yeterince yararlanamamanın diğer nedenleridir. Böylece bazı kentlerimizde habire yatak sayısının artırılması neticesinde, tedavi kurumlarında, plan hedefleri aşılmıştır. Bu ise yatırım ve insan gücü açısından koruyucu hekimlik hizmetlerinin aleyhine gelişmektedir.

Hekim ve yardımcı sağlık personelinin gelişmiş kentlerde toplanması, buralarda hastane kadrolarının kolayca doldurulabilmesine yol açmıştır. Yörelere yeterli tedavi edici hizmeti bulamayan, diğer illerdeki hastalar gelişmiş kentlere akmaktadır. Bu durum buralardaki talebi arttırmakta, bunun neticesinde de, hastane yatırımları buralarda yoğunlaşmaktadır. Üniversite ve SSK hastanelerinin de bu illerde yapılmasıyla mevcut dengesizlik daha da artarak, sağlık hizmetlerinin, hem koruyucu hekimlik aleyhine hem de bölgeler arasındaki dengesizlik lehine, çarpıklaşmasına yol açmaktadır.

Tüm bu kısır döngüyü kırmak için sağlık hizmetlerinin tümü sosyalleştirilmeli ve yataklı tedavi kurumları da sosyalleştirme bünyesinde ele alınmalıdır. Ülkemizde yatak artışları sınırlı tutularak yurt çapında genel bir standarda ulaşılmalıdır.

Yeni yatak kapasitesi yaratmaktan çok, düşük verimle çalışan kırsal kesim hastanelerinin verimliliğini arttırmak için gerekli tedbirler alınmalıdır. Kırsal kesimde, yataklı tedavi kurumlarına, personel bulunduğu, yeterli finansman, araç ve gereç temin edildiği takdirde yatakların kullanma oranı artacaktır. Böylece bugünkü şartlarda yeni yatak kapasitesi yaratmaya gerek kalmayacaktır. Ayrıca hastalar yörelerinde tedavi edilerek gelişmiş kentlerdeki birikim önlenecek, her iki kesimde de hizmet kalitesi yükselecektir.

Sosyalizasyondaki uygulamalar göstermiştir ki, ilk müracaatlar ocağa yapıldığı takdirde, hastaların büyük bir kısmı, ayakta ve evde tedavi edilebilmektedir. Çok az bir kısmının ise hastaneye şevki gerekmektedir (Eğitim bölgelerinde hasta sevk oranı %6'yı geçmemektedir). Böylece ekonomik kayıpların önüne geçilebilecek ve hizmet kalitesi yükseltilebilecektir.

SONUÇ

Ülkemizde tıp hizmetlerinin yürütülmesi yönünde, birçok dönemlerde birçok ileri atılımlarda bulunulmuştur. Ancak bu ileri atılımlar egemen çevrelerin çıkarlarıyla çatıştığından hasır altı edilmiştir.

Sosyalizasyon tüm sağlık hizmetlerini kapsayan bir sistemdir ve sosyalizasyon örgütlenme modeli ülkemiz koşullarına uygundur. Ne var ki, sosyalizasyonun başarısı, tıp sömürsünü engellediğinden, belli bir azınlığın çıkarlarına ters düşmektedir ve bu nedenle engellenmektedir. Başarısızlığın en önemli nedeni sistemin gereklerinin yerine getirilmemesidir.

Ülkemiz geri kalmış bir ülkedir, bu nedenle, sağlık hizmetlerinde koruyucu hekimliğe yönelinmesi zorunludur. Ekonomik olmayan hastanecilik terk edilerek, sağıtıcı hizmetler sosyalizasyon bütünü içinde yürütülmelidir.

ÖNERİLER VE ÇÖZÜM

- Sosyalizasyon en kısa zamanda tüm ülkede yaygınlaştırılmalıdır.
- Personel açığının en kısa sürede kapatılması için gerekli önlemler alınmalı ve kırsal kesimde personel bulma sorunu halledilmelidir.
- Tıp eğitimi sosyalizasyonla bütünleştirilmeli ve sosyalizasyon örgütlenmesi içinde olmalıdır.
- Tedavi edici hizmetler sosyalizasyon bünyesinde yürütülmeli ve onu bütünleyen bir öge olarak değerlendirilmelidir.
- Sağlık hizmetleri devletin görevi olmalı ve hizmetler ücretsiz olmalıdır.