**TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ**

CUMHURİYET DONEMİ SAĞLIK HİZMETLERİ (DEVAM)

**Üçüncü dönem (1938-1960):**

Cumhuriyet tarihinde sosyal amaçlı önemli kamu kuruluşlarının kurulması bu dönemde gerçekleşmiş ve sağlık alanına da önemli yansımaları olmuştur. Bunlardan ilki 1945 yılında yasası çıkarılan ve 1952 yılında aktif hale gelen Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) ile 1953 yılında kurulan Emekli Sandığıdır. Böylelikle hem işçiler hem de memurlar devlet güvencesindeki sosyal sigortaları bağlamında sağlık hizmeti almaya başlamışlardır. SSK’nın kurulması ve İş Güvenliği Yasasının yürürlüğe girmesi ile Türkiye’de emekçilerin sosyal ve sağlık hakları yasal güvenceye kavuşmuştur. Ayrıca 1954 yılında Sağlık Bakanlığının, yerel yönetimlere /belediyelere bağlı hastaneleri de kendine bağlaması ile sağlık hizmetlerinde devletin denetim alanı daha da genişlemiştir. Aslında devlet SSK, MSB (Milli Savunma Bakanlığı)ve üniversite hastaneleri dışındaki tüm hastaneleri denetler konuma gelmiştir.

Bu döneme damgasını vuran temel özelliklerin ilki, yataklı tedavi kuruluşu olan hastanelerin önem kazanması ve bunun karşılığında birinci basamak koruyucu hekimlik hizmetlerinin ikinci plana itilmesidir. Çünkü Demokrat Parti (DP) iktidarı Ankara ve İstanbul gibi büyük kentlerdeki hastanelere yığılımı önlemek ve halka ihtiyacı olan hizmeti daha yakınında sunabilmek için tüm kentlerde ve büyük ilçelerde hastane açma politikası izlemiştir. İkinci temel özellik ise, 1950 yılında iktidara gelen DP’nin daha liberal politikalar izlemesi sonucunda sağlık alanında da özel sektörün gelişiminin teşvikidir. Bunun kaçınılmaz sonucu, bir yandan kamu bir yandan özel sektörün sağlık alanındaki faaliyetlerinin yarattığı belirsizlik ve hatta çok başlılık olmuştur. Örneğin bu dönemde SSK üyelerine daha iyi sağlık hizmeti sunmak üzere Sağlık Bakanlığına bağlı olmayan hastaneler kurmaya başlamıştır. Örneğin İlk olarak 1951 de İstanbul SSK hastanesi kurulmuştur. Ülkede 1946 yılı rakamlarına göre 16.100 yatak ve sadece 5500 civarındaki hekim ile Sağlık Bakanlığının çalışanlara yeterli sağlık hizmeti sağlayamaması SSK yı kendi hastanelerini kurmaya yöneltmiştir. Bu ise Sağlık Bakanlığının tekel olmaktan çıkması ve dolayısıyla sağlık hizmetlerinde çok başlılığa bağlı olarak ortaya çıkan koordinasyon/eşgüdüm eksikliği ve kaynak kaybı başta olmak üzere kalite ve denetim sorunlarının artmasına yol açmıştır. Bu dönemde Türk Tabipler Birliği (1953); Eczacılar ve Eczaneler (1953) ve Türk Eczacılar Birliği (1956) ve Hemşirelik (1954) yasaları çıkarılmış olması da önemli adımlar olmuştur (Dirican,1970).

**d)Dördüncü dönem (1960-1980):**

1950 yılında Türkiye tek partili dönemden çok partili dönem geçmiştir. Demokrat Partinin 10 yıl süren iktidarının son yıllarına doğru giderek yükselen muhalefet ise, 1960 askeri müdahalesi ile sonuçlanmıştır. Bu dönemin en önemli özelliği merkezi bir planlama teşkilatı olan Devlet Planlama Teşkilatının (DPT)kurulması ve ülkenin beşer yıllık planlar yapılarak yönetilmesidir. 1960 askeri darbesini takiben DPT aracılığıyla sağlık, eğitim başta olmak üzere ülke kalkınmasına yönelik olarak tüm sektörler arasında eşgüdüm sağlanmaya çalışılmış ve entegre projeler yapılmıştır. Askeri yönetim tarafından hazırlanan 1960 Anayasasında sağlık ve sosyal güvenlik 48 ve 49 maddelerde devletin temel görevi olarak tanımlanmıştır. Devletin bu görevlerini yerine getirebilmesi için aynı zamanda Hacettepe Üniversitesi öğretim üyesi olan Sağlık Bakanlığı müsteşarı Dr. Nusret Fişek’in Milli Birlik Komitesi üyelerinin de desteğini alarak hazırladığı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun” 1961 yılında yürürlüğe girmiştir ( Fişek, 1983). En az gelişmiş yörelerden başlatılan hizmeti “Gökte Allah yerde Sosyalizm “ şeklinde tanımlayan Muş a bağlı köylerden bir vatandaşın sözleri döneme damgasını vurmuştur. Bu yasanın temel hükümleri şunlardır:

1. Sağlık hizmetlerinin programa bağlanması. Diğer bir ifade ile planın gerekli koşullar sağlanmadan uygulamaya geçilmemesidir.
2. Herkesin sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlanması. Köylü ve kentliler, Doğu ve Batı illerinde yaşayan vatandaşlar eşit derecede sağlık hizmeti alacaktır.
3. Sağlık örgütünün il içindeki yönetsel iş-bölümüne uymaması. Genel idare yerine sağlık personeli kendi amirlerine bağlı olarak çalışacaktır.
4. Sağlık örgütünün temelinin sağlık ocakları olması. Sağlık ocakları kurulan yerlerde hükümet tabiplikleri kaldırılacaktır. Sağlık Ocakları 5-10.000 ; Sağlık evleri de 2-3.000 kişiye etkili hizmet verecektir. Nüfusa göre örgütlenme sistemin an belirgin özelliğidir. Ev halkı Tespit Fişleri (ETF) ile ebeler tarafından hanelerin tek tek dolaşılarak bölge nüfusu hakkında temel bilgilerin planlama yapmak üzere toplanması ön görülmüştür.
5. Sağlık örgütünde çalışan personelin serbest meslek icra edemeyeceği. Hükümet sağlık personelini sözleşme ile çalıştırırken ücret belirlemede serbest olacaktır. Hatta teşvik amaçlı olarak hekimlere yüksek ücret ödenecektir.
6. Kamu sektöründen hizmet almak istemeyen kişilerin, ücretini ödeyerek serbest meslek icra eden hekimlere gidebilmesi. Hastanın hekim seçme özgürlüğüne saygı esastır.
7. Sağlık örgütlenmesinde birkaç ilden oluşan bölgelerin kurulması. Merkezi yönetim yerine bölgelere yetki devredilmelidir.
8. Halkla sağlık örgütü arasında ilişkilerin geliştirilmesi. Sağlık örgütlerinin halk tarafından benimsenmesine çalışılacaktır.
9. Yönetime, ülkenin bir bölümünde önceden deneme amaçlı inceleme yapma olanağı sağlanması. Böylelikle yüksek maliyeti olan hataların yapılması önlenecektir.
10. Türkiye’deki sağlık hizmet kuruluşlarının tek elde toplanması ve Sağlık Bakanlığına bunları denetleme yetkisi verilmesi. Her devlet kuruluşunun örneğin SSK veya DDY (Devlet Demir Yolları), PTT (Posta ve Telgraf Teşkilat) veya devlet bankalarının ayrı sağlık örgütünün olması ekonomik kayıplara yol açmaktadır. Sağlık hizmetlerinin tek çatı altında toplanması hedefi 45 yıl sonra gerçeklemiştir.
11. Sağlık hizmetlerinin kademeli olarak sosyalleştirilebilmesi için gerekli personelin eğitimine öncelik tanınması. Koruyucu hizmetlerin maliyetini düşürmek için uygulama bölgeleri dışındaki personel de devlete bağlanacaktır.
12. Hastalara parasız olarak hangi ilaçların verileceğini belirleme yetkisinin Sağlık Bakanlığında olması. İlaç israfını önlemek sağlık bütçesini dengelemek için zorunludur.
13. Belediyelerin sağlık alanındaki sorumluluklarının bütçe olanakları göz önünde bulundurularak azaltılması ve sadece çevre sağlığı hizmetleri ile sınırlanması.
14. Tedavi ve koruyucu hizmet kuruluşları birbirini tamamlar biçimde ele alınması. Hatta tedavi kuruluşlarını modern ülkelerde olduğu gibi koruyucu hekimlik hizmetlerini destekleme sorumluluğu verilmiştir.
15. Hastaların sağlık kuruluşlarına başvurma şekilleri ve ücretsiz hizmetten yararlanma olanaklarının bir düzene bağlanması. Tıbbi hizmetler dışında yemek ve yatak ücreti alınabileceği kararlaştırılmıştır.

Sağlıkta sosyalizasyon dönemi 1963 yılında Muş ilinden başlamış ve 1983’de tüm ülkeye yayılmıştır. Geniş bölgede tek yönlü hizmet anlayışı terk edilerek dar bölgede çok yönlü hizmet anlayışı getirilmiştir. Sağlık Ocaklarının sistemin bel kemiğini oluşturduğu sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde verilebilmesi için ocak hekimlerin özel muayenehane açmasına izin verilmemiştir. Ancak uygulamalarda bu her zaman sağlanamamış ve sistem giderek aşınmaya başlamıştır. Sistemi desteklemek amacıyla hazırlanan Genel Sağlık Sigortası yasası ikinci beş yıllık planda yer almasına rağmen yasalaşamamıştır. Buna karşılık 1978 de kamuda çalışan hekimlerin tam gün çalışması için özel muayenehane açması yasayla yasaklanmıştır. Daha sonra ise, 1980 askeri darbesi ile gelen hükümet hekimlere muayenehane açma serbestisi getiren düzenlemeler yapmıştır. Tüm bunlar sağlığın kamusal bir hizmet olarak sunumunda devlet politikalarındaki tutarsız kesintiler ya da süreksizlikler olarak tarihe geçmiştir. Çünkü 1960 askeri müdahalesi ve arkasından gelen 1961 Anayasası ülkede sosyal haklar ve iş barışı açısından önemli iyileşmeler sağlamışken; 1980 müdahalesi ve 1982 Anayasası hak ve özgürlüklerin kısıtlanması, başta Yüksek Öğretim Kanunu olmak üzere tüm alanlarda geriye adımlarla sonuçlanmıştır.

Sağlıkta sosyalleşme İngiltere’de uygulanan ulusal sağlık hizmetleri gibi (nationalized health services) temelde “Toplum Hekimliği” (Community Medicine) anlayışına dayanır. Fişek (1985) bu anlayışın temellerinin başında koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerin bütünsel (holistic) bir biçimde sunulmasının geldiğini belirtir. Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından önemle altı çizilen sağlığın bedensel, zihinsel ve sosyal yönden bir bütün olduğu toplum hekimliğinin de kabul ettiği temel bir ilkedir. Sağlık hizmetinin sadece hekimlik değil bir ekip işi olması, herkese sağlık hizmeti götürülmesi ve son olarak sağlığın sosyo-ekonomik kalkınmanın bir parçası olduğunun kabulü toplum hekimliği yaklaşımının temel ilkeleridir.

Çok önemli bir adım olarak tarihe geçen sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hedeflerine ulaşmadaki engeller modelin mimarı Fişek(1983) tarafından değerlendirilirken en başta bütçeden sağlığa ayrılan payın yeterli olmadığı ve dolayısıyla taşıttan, ilaçtan, personelden yoksun kalınarak en ücra köşelere en başta kırsal kesime verimli hizmet sağlanamadığı belirtilmiştir. Ayrıca hastaneler ile sağlık ocakları arasındaki bağ yeterli sayıda hekim atanamaması yüzünden kurulamamıştır. Hekimlerin sağlık ocaklarında çalışmalarını teşvik edecek ücretlerin ödenememesi kadar daha sonra muayenehane açmalarına izin verilmesi de sistemi işlemez hale getirmiştir.

1960 lı yıllarda sağlığın sosyalleştirilmesi onun metalaşmasını büyük ölçüde engellediği gibi sağlık çalışanlarının da haklarını alabilmelerine için örgütlenerek güçlenmelerini de sağlamıştır. Örneğin 1961 de “Türkiye Sağlık İşçileri ve Müstahdemleri Sendikası” 1962 yılında “Türkiye Sağlık İşçileri ve Personeli Sendikası” kurulmuştur. Ancak işçi-memur ayrımından kaynaklı dayanışma yetersizliği örgütlü mücadeleyi her zaman zayıflatmıştır. Bununla birlikte 1971 Askeri müdahalesi sırasında 657 sayılı yasa ile hak kayıplarına uğrayan sendikalar Türk Tabipler Birliği (TTB) önderliğinde kurulan “Türk Sağlık Hizmetleri Güçbirliği” platformunda bir araya gelmişlerdir. Bu birliktelikte TTB, Türkiye Hekimler ve Eczacılar Sendikası, SSK Hekim ve Eczacıları Sendikası, Türkiye Hekim Sendikaları Federasyonu, Türkiye Sağlık memurları sendikası, Türkiye Hemşireler Sendikası, Türkiye Ebeler Sendikası, SSK Hemşire ,Laborant ce Sağlık Memurları Sendikası katılmıştır. Veteriner Hekimleri Sendikası ile Türk Eczacılar Sendikası da destek vermiştir (Fişek,1997). Sendika sayısının çokluğu ilk bakışta sivil toplumun gelişmişliği adına umut kaynağıdır. Çünkü 1971 de Ankara ve İstanbul’da 20 hastanede acil vaka dışında hasta bakılmayan ihtar direnişlerine yüzde yüz katılım sağlanması meslekler arasında istendiğinde dayanışma sağlanarak hakların alınacağına iyi bir örnek oluşturmuştur. Öte yandan SSK hastanelerinde meslek hastalıkları kliniklerinin 1976 da kurulması da önemli bir adım olmuştur.