



Araştırma Makalesi • Research Article

“Gökte Allah, Yerde Sosyalizm’: ‘224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’ Kapsamında 1960’larda Muş’ta Hayata Geçirilen Uygulamalar*

Implementation of Law on Socialization of Health Services No. 224 in Muş province in the 1960’s

Tülay Gencer^{a,**}

^a Arş. Gör. Dr. Bitlis Eren Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Tarih Bölümü, Bitlis/Türkiye.
ORCID: 0000-0002-8194-4307

MAKALE BİLGİSİ

Makale Geçmişi:

Başvuru Tarihi: 26 Kasım 2020
Düzeltilme Tarihi: 16 Aralık 2020
Kabul Tarihi: 20 Aralık 2020

Anahtar Kelimeler:

Muş
Nusret Fişek
Sağlık Hizmetleri
Sosyalleştirme

ÖZ

Çalışmada 5 Ocak 1961 tarihinde Milli Birlik Komitesi’nce kabul edilen “224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleşmesi Hakkında Kanun”un uygulaması için pilot bölge seçilen Muş ili konu alınacaktır. 1961 Anayasası ile köklü sosyo-ekonomik reformların hayata geçirilmesi öngörülmüş, bireylerin temel hak ve özgürlükleri anayasada ayrıntılı bir biçimde ele alınmıştır. Bunlardan biri de sağlık hakkıdır ve anayasanın 49. Maddesi’nde yer bulmuştur. Bu bağlamda 15 Temmuz 1960 yılında Sağlık Bakanlığı Müsteşarı olarak göreve başlayan ve bu görevi 6 yıl boyunca sürdüren Doktor Nusret Fişek ayrıca zikredilmelidir. Keza kendisi 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun’un mimarıdır. Fişek, Muş’ta başlatılan çalışmaların sadece fikir babası olmamış, buradaki gelişmeleri de mümkün olduğunca yakından takip etmeye çalışmıştır. Çalışmada, 1960’lı yıllarda sağlık hizmetlerindeki sosyalleştirme uygulamalarının Muş ili özelinde incelenmesi amaçlanmıştır.

ARTICLE INFO

Article history:

Received 26 November 2020
Received in revised form 16 December 2020
Accepted 20 December 2020

Keywords:

Muş
Nusret Fişek
Health Services
Socialization

ABSTRACT

In the study, the city of Muş, which was chosen as the pilot region to realize the application of the “Law 224 on the Socialization of Health Services”, which was adopted by the National Unity Committee on January 5, 1961, will be discussed. 1961 Constitution, it was foreseen that profound socio-economic reforms would be implemented; and therefore, the fundamental rights and freedoms of individuals were discussed in a detailed manner in the constitution. One of them is the right of health, and was mentioned in the 49th Item of the constitution. In this context, Dr. Nusret Fişek, who took office on July 15, 1960 as the Undersecretary of the Ministry of Health, and who continued this duty for 6 years, should also be mentioned. He was also the architect of the Law 224 on the Socialization of Health Services. Fişek was not only the father of ideas of the works started in Muş, but also tried to follow the developments in this city as closely as possible. In the present study, the purpose was to examine socialization implementations in healthcare services in 1960s, particularly in the city of Muş.

1. Giriş

Sağlık; yalnız hastalıktan uzak olma hali değil aynı zamanda beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir. İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi, toplumun korunması, hastaların rehabilite ve tedavi edilmesi için yapılan tıbbi faaliyetler ise sağlık hizmetlerini oluşturur (Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi...,1961). Şu durumda sağlık hizmetleri

her bireyin en temel hakkı olmalı ve devlet bu hususta sorumluluk alarak üzerine düşeni yapmalıdır. Devletin bu bilince varması elbette bir değişim süreci içinde gerçekleşmiştir.

Osmanlı İmparatorluğu’nda kitlelere sunulacak sağlık ve sosyal hizmetler, devletin asli görevleri içinde sayılmamış, bu durumun değişmeye başlaması ancak 19. yüzyıl ile gerçekleşmiştir. Bu bağlamda 1839 yılında kurulan,

* Bu çalışma, 22-23 Ekim 2020 tarihleri arasında Muş Alparslan Üniversitesi’nde düzenlenen II. Uluslararası Muş Sempozyumu’na sunulan sözlü bildirin genişletilmiş halidir.

** Sorumlu yazar /Corresponding author
e-posta: tlygencer@gmail.com

“Beynelmilel Sıhhiye Meclisi” yaygın ve sivil kesimleri de kapsayan ilk sağlık örgütü olarak kabul edilmektedir. Devamında pek çok gelişme yaşanmıştır: 1849’da Hekimbaşı kurumu kaldırılarak, yetkileri 1850 yılında kurulan Tıbbiye Nezareti’ne devredilmiştir. 1862 yılında yayımlanan bir nizamname ile hekimlik yapmak, tıp okullarından mezun olma şartına bağlanmıştır. 1867 yılında yayımlanan, İdare-i Umumiye-i Vilayat Nizamnamesi’nde genel idari örgütlenme içinde sağlık örgütlenmesine de yer verilmiştir. 1870 yılında Mekteb-i Tıbbiye Nezareti’ne bağlı olarak, Nezareti Tıbbiye-i Mülkiye kurulmuş böylece kitlelere götürülecek sağlık hizmetleri ile ilgili ilk merkezi birim oluşturulmuştur. 1871 yılında ise, İdare-i Umumiye-i Tıbbiye-i Mülkiye Nizamnamesi ile Sıhhiye Müfettişlikleri ve Memleket Tabiplikleri kurularak yaygın örgütlenmenin hukuki yapısı oluşturulmuştur (Akdur, 2006: 24; Fişek, 1983: 157-158; Dirican, 1970: 184).

20. yüzyılda gelişmeler devam etmiştir: 1906 yılında kurulan Meclis-i Maarifi Sıhhiye 1908 yılında Meclis-i Umuru Tıbbiye-i Umumiye adını alarak günümüzdeki genel müdürlüğe eşdeğer bir statüye kavuşturulmuştur. 1914 yılında ise Dahiliye Nezaretine bağlanan genel müdürlük ile Dahiliye Nezareti’nin adı Dahiliye ve Sıhhiye Nezareti olarak değiştirilmiştir. Böylece yaygın kitlelere götürülen sağlık hizmetleri İçişleri Bakanlığı’na bağlı bir genel müdürlük gözetiminde yürütülen ikinci dereceden bir devlet görevi olma niteliğine kavuşmuştur (Akdur, 2006: 24; Fişek, 1983: 157-158).

Sağlık hizmetlerinin, birinci derecede bir devlet görevi olarak ele alınması yolunda ilk adım ise Türkiye Büyük Millet Meclisi Hükümeti’nin kuruluşuyla gerçekleşmiştir. Hükümet, 2 Mayıs 1920 tarihinde, 3 Sayılı Kanun ile, Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaleti’ni kurarak, tüm ülkedeki sağlık hizmetlerinin yürütülmesi görevini bu bakanlığa vermiştir. Böylece sağlık hizmetleri ayrı bir bakanlıkça yürütülen asli devlet görevlerinden birisi haline gelmiştir (Akdur, 2006: 24; Dirican, 1970: 185). Dr. Adnan (Adıvar) ve bir sağlık memurundan oluşan iki kişilik bir kadroya sahip olan bakanlık; savaş ortamında bulaşıcı hastalıklar, göçler ve nüfus yerleşim sorunlarıyla uğraşmıştır. (Aksakoğlu, 2008: 11; Fişek, 1983: 158).

Fakat asıl radikal adım 1961 yılında atılmıştır. Bir darbe hükümeti, devrimci bir karar ile sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesini yasalaştırarak uygulamanın ülkenin tümüne yayılmasını amaçlamıştır. Elbette bu karar Türkiye’de uygulanan sağlık politikalarının bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır.

2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

Türkiye’de sağlık hizmetleri çok çeşitli dönemlendirmelerle incelenebilirse de bu çalışmada 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’un mimarı sayılan Dr. Nusret Fişek’in sınıflandırması esas alınmıştır. Fişek, Türkiye Cumhuriyeti Hükümetleri bağlamında sağlık politikalarındaki değişme ve gelişmeleri beş döneme ayırmaktadır. 1-Refik Saydam ve Sonraki CHP Hükümetleri Dönemi (1923- 1945), 2- Behçet Uz Dönemi (1946-1950), 3- Demokrat Parti Dönemi (1950-1960), 4) Milli Birlik Komitesi Hükümeti Dönemi (1960-1961), 5- 1962-1980 Arası Dönem (Fişek, 1991: 2).

2.1. Refik Saydam ve Sonraki CHP Hükümetleri Dönemi (1923- 1945)

1921-1937 yılları arası sağlıkta Dr. Refik Saydam Dönemi olarak bilinmektedir. Saydam’ın bakanlık döneminden bugüne uzanan en önemli eserlerinden biri 1928’de kurulan Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi’dir. Müessese; okul, laboratuvar ve aşı üretim hizmetlerinin yürütüldüğü bir Hıfzıssıhha Enstitüsü’nü içermektedir (Dedeoğlu, 2001: 468). Bu dönemin en ciddi problemi bulaşıcı hastalıklar olduğundan verem, sıtma, tifo, tifüs, dizanteri ve kolera, frengi, cüzzam, trahom vb. hastalıkları ivedilikle ortadan kaldırmak için özel, dikey birer örgütlenme yöntemi oluşturulmuştur. Saydam, koruyucu hekimlik hizmetine büyük önem vermiş ve bu konuda mahalli idarelere yol gösterici olmuştur. Bu dönemde bugünkü anlamda sağlık hizmet ve örgütü kurulmuş, tüm sağlık hizmetleri asli bir devlet görevi ve sorumluluğu olarak ele alınmış, devletin çeşitli organları arasındaki görev dağılımı ve bunların denetimi yetkisi Sağlık Bakanlığı’nda toplanarak hizmetler merkezileştirilmiştir (Aksakoğlu, 2008: 13; Dirican, 1970: 187; Fişek, 1983: 159).

İkinci Dünya Savaşı ile birlikte sağlık alanında büyük sorunlar baş göstermiş, büyük salgınlar ve beslenme yetersizliği ile ölümler artmıştır. Öyle ki 1945 yılında “Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu” çıkartılmak zorunda kalmıştır. Yine aynı yıl İşçi Sigortaları Kurumu kurulmuştur. Kurum, sigortalı işçiler için sağlık örgütü kurma, işletme ve sağlık personeli atama yetkisine sahip olsa da bütün bunlar 1952 yılında uygulanmaya başlanmıştır (Fişek, 1983: 161).

2.2. Behçet Uz Dönemi (1946-1950)

Dr. Behçet Uz, 1946-1950 yılları arasında sağlık bakanlığı yapmıştır. Uz, 1946 yılında toplanan Milli Tıp Kongresi’ne sunduğu Birinci On Yıllık Sağlık Planı ile ülkeyi yedi sağlık bölgesine ayırmayı ve her bölgenin örgütlenmesini kendine yeterli hale getirmeyi amaçlamıştır. Bununla çağdaş sağlık yönetiminin temel ilkelerinden biri olan koruyucu ve iyileştirici hizmetlerin bütünleştirilmesini ve hizmet ünitelerinin genel idareden ayrılarak nüfus esasına göre kurulmasını öngörmüştür. Uz, Saydam zamanında genellikle köylünün sınırlı ölçüde faydalanabildiği tedavi hizmetinin örgütlenmiş olarak köye götürülmesini öngörmüştür. Fakat Behçet Uz’dan sonra bu plan, her ilçeye bir sağlık merkezi kurmaya dönüşmüş ve bunlar maliyeti çok yüksek olan küçük birer hastane olmaktan öteye gidememiştir (Akdur, 2006: 27; Fişek, 1983: 162).

2.3. Demokrat Parti Dönemi (1950-1960)

1950-1960 arası Demokrat Parti’nin (DP) iktidarda olduğu yıllardır. 1953 yılında alınan bir kararla özel idare hastanelerinin devletleştirilmesi ve hasta tedavisinin bir devlet hizmeti olarak kabul edilmesi sağlanmıştır. Bu kararlar hastane hizmetleri tek elde toplanmış ve tamamen merkezi hükümet görevi ve sorumluluğu haline getirilmiştir. Böylece hasta tedavisi hizmet standardı yükselmiş ve her il halkı için eşit imkanlar yaratılmış, tedavi ve koruyucu hizmetlerin bir arada yürütülmesine olanak sağlanmıştır. Fakat bu durum aynı zamanda

Bakanlık Merkezi'ndeki sağlık politikasında önemin ve önceliğin hastane hizmetlerine kaymasına neden olmuş ve bu defa birinci basamak ile koruyucu hizmetler öncelikli durumunu kaybetmiş, ihmal edilmiştir. Ayrıca hastaneciliğin gelişmesine paralel olarak yeter sayıda hemşire, ebe, teknisyen vb. sağlık personeli yetiştirilmesi için gerekli çalışmaların yapılmaması da bir eksiklik yaratmıştır. Diğer taraftan yönetime hâkim olmaya başlayan liberal politikaların bir sonucu olarak sağlık alanında özel sektör desteklenmeye başlanmıştır. Bu durum yataklı tedavi kuruluşlarının Anadolu'ya yayılmasının hızını kestiği gibi, Sağlık Bakanlığı'nın tekel olmaktan çıkmasına ve çok başlılığa bağlı olarak sağlık hizmetlerinde koordinasyon eksikliği, kaynak kaybı ve kalite, denetim sorunlarının artmasına da neden olmuştur (Akdur, 1998: 3-4; Fişek, 1983: 163).

Kamusal sağlık hizmetleri yerine, özel sağlık hizmetlerinin desteklendiği bu dönemde 1955 yılında çıkartılan Hastaneler Yasası ile hastalardan ilk kez kamusal sağlık hizmeti için ücret alınmıştır (Akalin, 2011: 24). Bunun yanı sıra Türkiye'de 1950-1960 döneminde kaba doğum hızı en yüksek değerine ulaşmış ve beklenenin üzerinde gerçekleşen nüfus artışı mevcut sorunları daha da ağırlaştırmıştır. Ağırlaşan sorunlardan sağlık hizmetleri de payına düşeni almış ve bu alanda yeni bir örgütlenme modeline ihtiyaç duyulmuştur (Peker, 2009: 141-142).

2.4. Milli Birlik Komitesi Hükümeti Dönemi (1960-1961)

Mevcut uygulamalar, halkın artan taleplerini karşılayamadığı gibi, başta kırsal kesim olmak üzere tedavi edici ve koruyucu hizmetlerde çağın gerisinde kalınmasına neden olmuştur. 27 Mayıs 1960 darbesinin gerçekleştiği günlerde, sağlık örgütü ve hizmetlerinin durumu şöyledir: dağınık ve koordinesiz bir örgütlenme, sağlık personelinin ülke genelinde eşitsiz dağılımı, hekimlerin toplumsal bir görüşten uzak olması, evde tedavi örgütünün planlanmaması, ana ve çocuk sağlığı gibi en önemli sağlık hizmetlerinin köylere kadar götürülebilmesi ve hizmetin merkezi yönetim sistemi yüzünden çok aksamaması. Nitekim 1961 Anayasası'nda sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri devlete asli ve anayasal bir görev olarak verilmiş (Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları-I, 1963; Akdur, 1998: 5) ve anayasasının sağlık konulu üçüncü bölüm VII. kısımda 49. Madde'de şöyle ifade edilmiştir: "*Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır*" (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası 1961..., 1961).

Sağlık hizmetlerinin bu anlayışla ve yeniden düzenlenmesi/örgütlenmesi amacıyla, zamanın Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Dr. Nusret Fişek'in öncülüğünde hazırlanan, 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 5 Ocak 1961 yılında kabul edilmiştir. Kanun, "*İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde bir hak olarak tanıyan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak maksadıyla tababet ve tababetle ilgili hizmetler bu kanun çerçevesinde hazırlanacak bir program dahilinde sosyalleştirilecektir*" ilkesinden hareket etmektedir (Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi...,

1961). Böylece, sağlık hizmetleri tarihinde "Sosyalleştirme Dönemi" olarak adlandırılan dönem başlamıştır (Akdur, 1998: 5).

Sosyalleştirme, "sosyalist dünya görüşüne" dayalı bir sağlık hizmet modeli olarak algılandığı için yönetimde olan askerlerin adeta bir oldu bittisi ile Maliye Bakanı'nın itirazına rağmen Milli Birlik Komitesi'nin son yetki gününde çıkarılabildiği. Bu algı ve bu oldu bittiden ötürü olsa gerek yasa sonraki iktidarlar tarafından sürekli hedefte olmuş ve kaldırılmamış olsa da tam olarak uygulanmamıştır (Aksakoğlu, 2008: 24; Aytekin, 2011: 79).

Yasa; dönemin "sosyal refah" atmosferini yansıtan geniş kapsamlı sağlık tanımı, ücretsiz hizmet, eşit dağılım, toplum katılımı, ekip hizmeti, koruyucu hekimlik ve ilk basamak hekimliğe ağırlık verme gibi insancıl ve çağdaş ilkeler içermektedir (Dedeoğlu, 1994: 59).

2.5. 1962-1980 Arası Dönem

Bu dönem sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinin Türkiye geneline yayıldığı dönemdir. Aşağıda bir kısmı Muş örneği ile anlatılmıştır. Muş ilinden sonra 1964 yılında Ağrı, Bitlis, Hakkâri, Kars, Van; 1965'de Diyarbakır, Erzincan, Erzurum, Mardin, Siirt, Urfa; 1967'de Adıyaman, Bingöl, Elazığ, Malatya, Tunceli; 1968'de Artvin, Giresun, Rize, Trabzon; 1969'da Maraş, Edirne ve 1970'de Nevşehir ili sosyalizasyona dahil edilmiştir. Bunun yanı sıra 1964'te Ankara Etimesgut, 1967'de Ankara Abidinpaşa ve 1968'de İzmir Selçuk-Torbali ve diğerleri, 1975'te Ankara-Çubuk Eğitim ve Araştırma Bölgeleri hizmete girmiştir. Nihayetinde Muş'ta başlatılan sosyalleştirmenin 1977'de tüm ülkeye yaygınlaştırılması planlanmıştır. Böylece 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 şekilde kullanılması sağlanacaktır. Fakat Türkiye'yi kapsamı ve "hükümet tabipliği" sisteminin sona ermesi ancak 1983 yılı sonunda "kâğıt üzerinde" gerçekleştirilebilmiştir (Akın, 2011: 95-96; Akdur, 1998: 5).

1970'li yıllar dünyada neoliberal anlayışın ve politikaların yaygınlık kazandığı yıllardır. Bu yıllarda Türkiye'deki iktidar da sosyal devlet anlayışından uzaktır ve nihayetinde bunun izdüşümünü Türkiye'de 24 Ocak 1980 Kararları ile görmek mümkündür. Resmi politika; sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini piyasanın arz ve talep kuralları içinde ve kişilerin toplumsal fırsatları oranında yararlandığı hizmetler olarak kabul etmiştir. Böylece, sağlık hizmetlerinde bir "özelleştirme dönemi" başlamış ve anayasa bu yönde yeniden düzenlenmiştir. 1961 Anayasası'nda yer alan "insan haklarına dayalı devlet" tanımı 1982 Anayasası'nda "insan haklarına saygılı devlet" şekline dönüştürülmüştür. Özetle Cumhuriyet'in başından 1960'ların ortalarına dek izlenen resmi sağlık politikası; hizmetlerin kamu eliyle götürülmesiyle, 1970'lerden sonra sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi görüşü benimsenmiş ve 1982 Anayasası ile bu görüş resmi politika haline gelerek aktif özelleştirme programlarının izlendiği yeni bir döneme geçilmiştir. 12 Eylül 1980 darbesi ulusal ve uluslararası sermayeye hizmet sürecine girmiş, sosyalleştirmenin de sonu başlamıştır. Önce Tam Süre Yasası kaldırılarak çalışanların almakta oldukları gelir yarıya indirilmiş,

ardından “kamu çalışanları serbest meslek uygulayamazlar” koşulu kaldırılarak sosyalleştirmenin belkemiği kırılmıştır (Akdu, 1998: 6; Akdu, 2006, 31; Aksakoğlu, 2011:106-107; Dedeoğlu, 1994:59).

Yasanın bu kadar uzun süre uygulanması ise bir alternatifin olmaması ve Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) uzmanlarının kararlı ve ısrarcı tavrı ile ilgilidir. Nitekim Fişek'in DPT uzmanlarından dinlediğine göre; 1967'de İkinci Beş Yıllık Plan hazırlanırken Sağlık Bakanı Edip Somuncuoğlu, DPT'den sosyalleştirme kelimesinin çıkarılmasını isteyip, uygulamaya son verilmesini söylemiştir. Buna karşılık uzmanlar değişiklik yapılmamasını savunmuş, bu isteğe karşı çıkmışlardır. Edip Bey'e bu uygulamanın alternatifini soran Süleyman Demirel ise kendisinden bir yanıt alamayınca "Uygulandığı kadar uygularsınız. Bu mesele halledilmiştir", diyerek son noktayı koymuştur (Fişek, 1983: 166; Nusret Fişek ile Söyleşi, 1963).

3. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi

224 Sayılı Yasa tasarısının hazırlanması üç ay kadar sürmüştür. Fikir önce Sağlık Bakanı ve Müsteşarı Nusret Fişek ile konuşulmuş ve daha sonra bu iş için bir heyet teşkil edilmiştir. Ayrıca bir de Sağlık Şûrası toplanarak onların da fikri alınmıştır. Tıp Kongresi'nin de onayını alan tasarıda, yabancı memleketlerin tecrübelerinden de faydalanılmıştır. Buna göre; 3 seneliğine seçilecek bir bölgede uygulamaya geçilecek ve uygulama kademeli olarak memleketin en hayati bölgelerinden başlanmak üzere 15 senede bütün Türkiye'ye yayılacaktır. Ayrıca planın uygulanabilmesi için İngiltere ile de temasa geçilmiştir. İngiltere, Türkiye'ye hem doktorluğun sosyalleştirilmesinde çalışmış olan Sör Ceymis'i hem mali kaynakları, plânları vb. hazırlamak için uzmanlar göndermeyi kabul etmiştir. İngiliz Hükümeti ayrıca koruyucu hekimlik için 80 bin liralık yardım da yapacaktır. Bunun yanı sıra malzeme yardımı olarak ICA¹ Amerikan ordusunun muhtelif yerlerdeki fazla maddelerini Türkiye'ye ücretsiz vermeyi kabul etmiştir (MMTD, C. 5, B. 71: 17).² Nitekim yasanın geçmesinden sonra kapsamlı bir plan hazırlama sürecinde, teknik destek sağlamak için İngiltere Sağlık Bakanlığı Eski Müsteşarı Sir John A. Charles, Şubat 1961'de Türkiye'ye gelerek planın hazırlanmasında Türk uzmanlara katkı sunmuştur (Üner, Fişek, 1961: 19).

Sir John A. Charles konuya dair hazırladığı raporda sağlık hizmetinin sosyalleştirilmesini önemsemiş ve kademeli olarak uygulanması durumunda başarıya ulaşacağını düşünmüştür. Ona göre kanunun uygulanmasını hızlandıracak bazı hususlar vardır. Buna göre; bakanlık merkez teşkilatında icra ve değerlendirme, planlama ve

araştırma, eğitim ve mesleki denetleme dairesi şeklinde üç daire kurulabilir. Ayrıca sağlık personelinin ülkedeki dağılımının dengeli olması, sağlık hizmeti veren personele bazı özel konularda eğitim verilmesi, köy sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi, uzun vadeli hastane hizmetinin planlanması, sağlık merkezleri ile sağlık evlerinde yatak sayılarının artırılması ve pilot bölgeler kurulması vb. hususlar da önemlidir (Aktaran Üner, Fişek, 1961: 119-134).

Nusret Fişek için zor olan planın hazırlanmasından ziyade uygulanmaya konulmasıdır. Çünkü kendisi, tasarının bir emir komuta ile geçtiğinin farkındadır ve yeni dönemde bürokrasiye takılacağını öngörmüştür. Bu nedenle plancılarla ilişkisini önemsemiş ve nihayet DPT ile anlaşarak sağlık hizmetlerinin Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda “yatırım” olarak tanımlanmasını sağlamıştır. Böylece parasal sorunları çözerek işin programlı ilerlemesinin de önünü açmaya çalışmıştır³ (Nusret Fişek ile Söyleşi, 1963; AYTEKİN, 2011: 79).

Planda, Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin seviyesini yükseltmek amaçlanmıştır. Bu doğrultuda halk sağlık konusunda eğitilecek, beslenme şartları düzeltilecek, aile plânlanması ve bulaşıcı hastalıkların ortadan kaldırılması için uğraşılacaktır. Hastanecilik yerine evde ve ayakta tedaviyi sağlayan bir sistem kurulacak ve 15 yıl içinde yüksek seviyede sağlık personeli sayısı mevcudun 2,5 katına, yardımcı sağlık personeli sayısı ise mevcudun 6 katına çıkarılacaktır. Sağlık programlarının gerçekleştirilmesi için yapılacak olan adam başına sağlık harcamaları ise 15 yılda 2 katına çıkmış olacaktır (Birinci Beş Yıllık..., 1962).

4. Uygulamada Pilot Bölge: Muş

Kanunun uygulanması için önerilen pilot bölgeler arasında en düşük maliyet 60 milyon civarında olup Batı'da Tekirdağ, İç Anadolu'da Çankırı, Doğu'da Elâzığ'ı kapsamaktadır. Pilot bölge uygulaması için ülkenin doğusu ya da batısı arasında bir fark görülmesi de bu dönemde Doğu'nun planlanması gündemdir ve Doğu'daki en mühim hizmetin sağlık olduğu konusunda tüm bakanlıklar hemfikirdir. İnsanların kalbini kazanmanın, onlara tesir etmenin en kolay yolunun sağlık hizmetleri olduğu düşünülmektedir (MMTD, C.5, B. 71: 17).

1946 yılında başlayan liberal iktisat politikaları, fakir doğu bölgeleri ile zengin batı bölgeleri arasındaki eşitsizliği daha da genişletmiştir. Doğu'da bir iki devlet fabrikasının dışında imalat sanayi tesisi mevcut değildir. Doğu Bank'ın doğuda hiçbir şubesi yoktur. Sağlık ve eğitim durumu diğer bölgelere kıyasla kötüdür. Bölgedeki üç köyden ikisi susuzdur. Bu tabloya siyasi sebepler de eklenince doğu için ayrıca bir kalkınma planını gerekli kılmaktadır. Nitekim MBK da Doğu'nun kalkınması meselesine dair raporlar hazırlatmıştır (Yön, 1962, s. 5). Sonuç olarak yasada Muş'un ismi geçmemesine rağmen (bütçe yetersizliği nedeniyle gerekenin üçte biri kadar bir parayla) yalnızca Muş'ta başlatılmasının kararlaştırılmasında “sosyal barışıklık ile sağlık” arasındaki ilişkinin keşfedilmesinin de

¹ 1948 yılında kurulan ICA (Uluslararası İşbirliği Yönetimi), ABD'de devlet kararıyla kurulan ilk örgüttür. Amaç; az gelişmiş ülkelere başta tarım olmak üzere eğitim, işletmecilik, kamu yönetimi vb. alanlarda teknisyen ve personel gönderilmesidir (Özbalkan, 1970; akt. Akbaş, 2006: 87).

² 1964 yılında Birleşmiş Milletler ve Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Teşkilatı tarafından Dünya Gıda Programı çerçevesinde finanse edilmek üzere “Muş ili köy yolları projesi” dahilinde imzalan yardım anlaşması da 224 Sayılı Kanun'un 1. Maddesine göredir (BCA, 30-18-1-2 / 176-11-20).

³ DPT, anayasadaki planlı ekonomi anlayışı çerçevesinde planlamayı koordine etmek üzere kurulmuştur (Eğilmez, 2018: 144)

etkisi olmuştur (G. Fişek, 2001). Doğu'da küçük bir il olan Muş ili esas olarak politik nedenlerle seçilmiş olsa da "eğer orada başarabilirsek, her yerde başarabiliriz" görüşü de belirleyici olmuştur. (Goodman, 1963). Muş; Türkiye'nin doğusunda, Dicle ve Fırat nehirleri arasında, Ankara'dan 715 mil uzaklıkta, 167.000 nüfuslu (kent içi nüfus 13.000), 3811 mil yüzölçümüne sahip, uzun kış mevsimlerinde caddelerinde kurtların görüldüğü, oldukça yoksul ve sağlık hizmetlerinden yoksun bir ildir (Goodman, 1963).

Uygulamanın 1 Mart 1962'de başlatılması planlanmış fakat bunun kararı 5 Nisan 1962'de verilebilmiş ve uygulamaya ancak 1963 yılında geçilebilmiştir (BCA, 30-18-1-2/ 164-13-15). Uygulamanın başlamasıyla işlerin istediği hızla yürümediğini gören Nusret Fişek, bu tempoya ve yeni hizmet anlayışına, tanıdık bildik bir kadro ile devam etmek istemiş, Dr. Doğan Benli ve Dr. İrfan Özer'i Muş'a aldırarak işleri rayına sokabilmiştir (Aytekin, 2011: 80). Doğan Benli, Sıtma Savaş Başkanı, İrfan Özer ise Tüberküloz Dispanser ekibindedir. Fişek, yine bu süreçte Abdurrahman Soyaslan'ın Sosyalleştirme Genel Müdürü yapılmasını sağlayarak inşaatın kısa sürede bitmesini sağlamıştır. Fakat en zoru sağlık müdürü bulmaktır ve Cahit Öney⁴ adlı bir doktor da buna talip olmuştur (Nusret Fişek ile Söyleşi, 1963). Bu ekip 1964 Haziran'ına dek orada kalacak ve sonra Öney; Ağrı Sağlık Müdürlüğü'ne, Özer; Muş Sağlık Müdürlüğü'ne, Benli ise; Van Sağlık Müdürlüğü'ne atanacaktır (BCA, 30-11-1-0 / 305-22-2).

Fişek için Muş her şeyden önce bir deneyim ve gözlem yeri olmuştur. Üstelik sadece Türkiye için değil. Öyle ki Muş'taki uygulamaları yakından incelemek adına 1963 yılında İngiltere'nin eski Milli Sağlık Müsteşar Muavini Dr. Neville Goodman gelmiş ve bu projeyi yakından görebilen ilk yabancı doktor olmaktan dolayı duyduğu minnettarlığı da dile getirmiştir (BCA, 30-1-0-0 / 77-484-7). Goodman, Muş'taki gözlemlerini daha sonra resmi bir rapor halinde sunmuştur.

Sosyalleştirme öncesinde Muş'ta merkezde 70 yataklı, büyük bir köy olan Bulanık'ta ise 15 yataklı olmak üzere iki hastane vardır. Uygulamayla birlikte merkezdeki hastane 200 yataklı olacak şekilde genişletilmektedirken Bulanık'taki 15 yatağın ise niteliği artırılmaktadır. Muş'a 15 uzman atanmıştır ve 13'ü aktif olarak çalışmaktadır. Acil durumlar hariç hastalar önce sağlık ocağı doktorları tarafından görülmektedir. Uzmanlar içinde bir nörolog/psikiyatrist, bir pediatrist, bir radyolog, bir bakteriyolog ve bir diş hekimi bulunmaktadır. Doktorların ön bilgileri farklılıklar göstermekle birlikte geri kalan tüm personel Ankara Hıfzıssıhha Okulu'nda koruyucu sağlık hizmetlerinin önemini vurgulandığı iki aylık bir "uyum kursu"ndan geçirilmiştir. Hemşirelerin bazıları ve ebelerin büyük çoğunluğu kısa bir eğitim almış olsa da Muş ilindeki 20 ekibin tümünün kadrosu hemen hemen tamamdır. Ayrıca Muş'ta "pratik" ebe yetiştirilmesi için 14 yaşına gelen

⁴ Cahit Öney, kendisine bu görev uygun görüldüğünü söylemekte ve "talip olmak" kelimesinden duyduğu rahatsızlığı ayrıca dile getirmektedir. Hatta Fişek'in bunu kasıtlı olarak, kendisini değersizleştirmek için kullandığını düşünmekte ve hakkının teslim edilmediğini söylemektedir. Bu sebeple 1961 Aralık- 1964 Haziran arasında Muş İli Sağlık Müdürü olarak sahada tek yetkili ve sorumlu kişinin kendisi olduğunun altını ayrıca çizmiştir (Öney, 2017)

öğrencilere üç yıllık eğitim veren bir okul da vardır (Goodman, 1963; Nusret Fişek ile Söyleşi, 1963).

Muş'taki durum böyleyken ne yazık ki Doğu'nun vaziyeti perişandır. Hatta Nusret Fişek'i bir gün Bitlis Valisi Abdullah İğneciler aramış ve şunları söylemiştir: "Hastaneden son hekim de gitti. Anahtarını kime teslim edeyim? Kapıcıya mı". Fakat Bitlis'teki bu kötü tablo da değişecek ve 1964 senesinde Bitlis Hastanesi'ne 12 kişi gidecektir. Hatta devamında Ağrı'ya ve Van'a gidecek personel de çıkacaktır. Üstelik hekimler bir zorlama olmadan kendi isteğiyle gitmektedirler. Elbette bunda belirleyici bazı etkenler olmuştur. Bunlardan ilki alınan yüksek ücrettir. İkincisi Sosyalleştirme Kanunu'na koyulan adil rotasyon hükmüdür. Personel için üç senelik mukavele sonrası hangi iller sosyalleştiriliyor ise oralara öncelikle atanma hakkı vardır ve planda hangi yılda hangi ilin sosyalleştirileceği de bellidir (Nusret Fişek ile Söyleşi, 1963).

Nusret Fişek hekimlere en az 3.000-4.000 TL tutarında bir maaş sağlamayı başarmış, bu sayede gerek sağlık ocaklarında gerekse hastanelerde hekim sayısını önemli ölçüde arttırmıştır. 224 Sayılı Yasa, sağlık hizmetini tam bir ekip hizmeti olarak gördüğü için hekim dışı sağlık personelinin maaşları da benzer ölçüde arttırılmıştır. 1967 yılında Elazığ Karakoçan'da çalışan Dr. Hamdi Aytekin kendisinin 2.498 TL maaş aldığını buna karşılık 10 yıllık bir kaymakamın ise 1.500 TL maaş aldığını belirtmektedir. Fakat Aytekin'e göre orada bulunmasında para tek başına belirleyici olmamıştır. Dönemin fikri atmosferinin de sosyalleştirme projesine dahil olmada etkisi büyüktür. Nitekim kendisinden önceki hekim, Elazığ sosyalleştirilince maaşını beğenmeyip görevden ayrılmıştır. Çünkü o zamanın Türkiye'sinde serbest çalışıp devletin verdiği paradan daha fazlasını kazanmak da mümkündür (Aytekin, 2011: 80-81).

Muş ili baz alındığında köydeki binaların en büyüğü sağlık ocağıdır. Sağlık ocağında beş oda, bekleme odası, tuvalet-lavabolar, depo, jeep için garaj ve elektrik jeneratörü vardır. Ayrıca doktorun muayene odası, tedavi odası ve klinik laboratuvar; ebe muayene odası, doğum odası ve tek döşemesi birkaç renkli kilim olan sağlık eğitimi odası vardır. Malzemeler ve ilaçlar oldukça bol olup genellikle Alman malıdır. Doktor; banyo ve mutfaklı, üç odalı bir lojmana; diğer personel ise iki odalı lojmanlara sahiptir. Lojmanların tümü tek katlıdır. İçinde bir radyo da olmak üzere donanımları sağlanmıştır. Daha uzaktaki ebelerin yerleri veya "sağlık evleri" ise çalışma yeri ve lojman olarak ikiye bölünmüştür. Çalışma yeri giriş, tuvalet, bekleme salonu, muayene odası ve doğum odası; lojman ise bir oturma odası, yatak odası, mutfak, banyo, tuvalet ve antre içermektedir. Fakat lojmanlarda henüz su yoktur. Üstelik yapımı bitmeyen binalar nedeniyle köy evlerinde çok kötü koşullarda yaşayan ebe ve doktorlar da vardır (Goodman, 1963).

Bu da göstermektedir ki, sağlık personelinin orada tutan tek şey dolgun maaş değildir. Maddi doyumun yanı sıra destekleyici bir yönetim ve ahenkli bir ekip çalışması içinde bulunmak da manevi doyumunu sağlamaktadır (Akın, 2011: 97). Sağlık hizmetlerinin toplumsallaştırılması çalışmalarını tanımak fırsatını ilk kez 1963 yılında Muş'ta düzenlenen bir toplum kalkınması seminerinde bulan Dr. Cevat Geray sonradan toplum hekimliği alanında akademiye seçen o

günkü Muş ili Sağlık Müdürü'nün⁵, sağlık görevlilerinin toplum kalkınmasına yapabilecekleri katkıları şöyle özetlediğini söylemektedir: “*Kuşkusuz, toplum kalkınmasına ilişkin çalışmalarda sağlık görevlilerinin çok etkin bir konumları vardı. Çünkü, sağlık görevlileri yalnızca önüne gelen hastanın sağlığını bozan bedensel, ruhsal etmenlerle ilgilenmekten öte, hastanın içinde yaşadığı toplumsal, ekonomik, kültürel koşulları da incelemek, yüz yüze ilişkiler kurduklarından onlarda güven duygusu yaratarak onları toplum kalkınmasına yöneltmek, öbür kamu görevlilerinin sorunlara eğilmelerini sağlamak gibi bir işlev yüklenmeleri olanaktı.*” (Geray, 1996).

Nitekim sağlık ocağı ve sağlık evlerinin yalnızca halka sağlık hizmeti sunmakla yetinmesi düşünülmemiştir. Bunlar aynı zamanda kırsal kalkınma odakları olarak işlev göreceğinden Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Milli Eğitim ve Tarım Bakanlıklarıyla birlikte üçlü bir protokol yapılmıştır. Buna göre; sağlık hizmetinin sunulacağı köylerde sağlık yapıları yanında okul ve kurslar, tarım ve veteriner çalışmaları için binalar, görevliler için lojman yapılacak ve köye yönelik hizmetler buradan yürütülecektir. Böylece, kırsal gelişmenin üç sacayağını oluşturan eğitim, sağlık ve tarım hizmetleri aynı odaktan halka sunulacaktır. Bu, etkin biçimde ve eşgüdüm içinde çalışmayı doğuracak aynı zamanda köylerin kalkınmasına katkıda bulunmaları için gerekli ortamı da yaratacaktır. Ayrıca köylünün karşılaştığı sorunlar pek çok boyutuyla ele alınabilecek ve hemen çözüm bulacaktır (Geray, 1996).

Bu uygulamanın bir diğer çıktısı da nüfusun büyük çoğunluğu için kişisel sağlık kartlarının oluşturulmasıyla istatistiksel kayıtların tutuluyor olmasıdır. Sağlık ocağı tabipleri, ev halkı tespit fişleri ve kişisel sağlık fişleri için köylerin krokilerini yapıp evlere numara koymuşlardır (Öney, 2017).

Örneğin o dönemde Muş ilinde ruh hastalıkları ve lepra olgusu yaklaşık 500'dür ve bir hastane desteği yoktur. Tüberküloz sayısı ordunun sağlık yöneticilerine sormaksızın askerleri evlerine göndermeleri ile artmaktadır ve bu hastalığın tedavisi için birkaç genel yatak ayrılmıştır. Sıtma tümü iyi huylu olmak üzere 1000 olgu dolaylarındadır. Trahom ve bağırsak parazitleri oldukça yaygındır. Tifo tek tük olarak, kanser ve diyabet ise az sıklıkta görülmektedir. Beslenme çoğunlukla zayıftır ve çocuklarda protein eksikliği, kadınlarda anemi görülmektedir. Travmalar oldukça yaygın olup hastanedeki cerrahi yatakların yarısından fazlası silah yaralanması, kavgalar, kocası tarafından dövülmüş kadınlar ve kuduz aşısı olmak için uzak köylerden gelen köylülerle dolmaktadır. Femur boyun kırığı oldukça azdır. Doğumlarda özel bir sorun görülmemektedir. Koruyucu Aşılar Bağışıklama çalışmaları, çevre sağlığı ve sağlık eğitimiyle beraber sağlık memurunun baş sorumluluğudur. Her yaş için tifo aşısı, çocuklar için ise difteri, boğmaca ve çiçek aşısı düzenli olarak yapılmakta olup çoğunda da başarıya ulaşılmıştır (Goodman, 1963). Formları iyi bir şekilde kullanan bu doktorlar; genç, dinamik ve hizmet aşkı

⁵ O günkü Muş ili Sağlık Müdürü Cahit Öney, söz konusu Muş Toplum Kalkınması Semineri'nin Ocak 1964'de toplandığını ve kastedilenin aslında kendisi değil, Dr. Doğan Benli olduğunu söylemektedir (Öney, 2017).

ile dolu olanlardır. Bunun yanı sıra hizmeti; ruhsuz, inancsız olarak yürütmek isteyen personel de vardır. Örneğin bir doktor bölgesinin sadece bir köyünde 300'den fazla kızamık vakası çıktığı halde 27 vaka ihbar etmiş ve sadece bir köyde 87 çocuk kızamıktan öldüğü halde aylık raporlarında 2 ölümden bahsetmiştir. Bunun gibi örnekler ilerleyen zamanda formların güvenilirliğini azaltsa da formların sağlıklı şekilde tutulmamasının başka sebepleri de vardır. Bunlar; formların acele ile hazırlanması ve yeterli eğitim görmemiş, acele tedarik edilmiş personel tarafından kullanılması ile komitece alınan kararların sahada tatbik edilememiş olmasıdır (Dirican, 1999: 383).

Muş'ta hastalar, sağlık ocağı hekiminin verdiği hizmetler için para ödememektedirler. Buna temel ilaçlar dışındaki ilaçlar ve acil durumlar ile çalışma saatleri dışındaki hekim muayeneleri dahil değildir. Yine eğer hasta hastaneye sağlık ocağı hekimi tarafından gönderilmemiş ve doğrudan hastaneye baş vurmuşsa ödeme yapmaktadır. Aslında bu ödeme bile kâğıt üzerinde kalmaktadır. Çünkü hastanın köy muhtarından aldığı yoksulluk belgesi bunun için yeterlidir ve muhtar hemen herkese bu belgeyi vermektedir. Bunun yanı sıra gözlük, diş protezleri ve diğer protezler devletçe ödenmemektedir. Sonuç olarak mevcut sorunlara rağmen Muş'taki uygulama bir başarıdır. Sağlık ocaklarına günde ortalama 25-50 kişi gelmekte ve bu şekilde hastaların hastaneye doğrudan başvuruları azalmaktadır (Goodman, 1963).

Nitekim Fişek, halkın uygulamayı desteklediğini belirtmektedir. O yıllarda Muş'ta yapılan bir röportajda köylü uygulamadan duyduğu memnuniyeti “Gökte Allah, Yerde Sosyalizo” şeklinde dile getirmiştir.⁶ Elbette başka tepkiler de vardır. Örneğin Muş'un bir köyündeki sağlık ocağına köylünün yanında gelerek doktora hastayı takdim eden köy ağası, doktor tarafından “dışarı çık” denilerek kovulmuştur ve bu hazmedilecek bir şey değildir. Çünkü Doğu'da alışlagelen düzende hükümetle olan her işe ağa ile beraber gidilmektedir. Fişek, Muş'ta eşrafın dışında herkesin memnun olduğunu gözlemlemiştir. Eşraftan biri bir gün kendisine “*Müsteşar Bey bu ne biçim hizmet. Eskiden 10 TL verirdik, doktor evimize gelirdi. Şimdi elin köylüsüyle birlikte sağlık ocağında sıra bekliyoruz*” demiştir. Fişek'e göre sosyalleştirme, toplumsal ve politik düzeni değiştirmektedir ve bu gibi şikayetler sosyalleştirmenin gelişmesini engellemiştir (Nusret Fişek ile Söyleşi, 1963). Bu noktada bakanlıkça, görev alan sağlık personeline hizmetin sunumu ve “halkın coşkusunu ve barışıklık duygusunu geliştirme” açısından “dil” öğretilmesinin de Başbakanlık düzeyinde önlenmiş olduğu belirtilmelidir (Çiner, 2010).

Muş'taki uygulamalarda başarılı olunmasına rağmen sosyalleşmenin istenilen hızla gerçekleşmemesinin elbette başka sebepleri de vardır. Fişek'e göre bunun en önemli sebebi 1965 yılında kabul edilen Devlet Personel Kanunu'nun, hekimlerin ve diğer sağlık personelinin sözleşme ile çalıştırılması ilkesini yürürlükten kaldırmasıdır. Bu, tam süre çalışma ilkesinin uygulanamamasına neden olmuştur. Dolayısıyla 1965'ten

⁶ Fişek, bu ifadenin Milliyet Gazetesi'nde ilgili röportajda başlık olarak kullanıldığını söylemiş olsa da yapılan basın taramasında bu röportaja ulaşılamamıştır. Fakat uygulamaya dair tüm anlatılarda bu anekdot kullanılmaktadır.

İtibaren sağlık hizmetinde birinci basamağın önemi idrak edilememiş ve sağlık ocakları, niteliksiz hizmet veren kurumlar olarak kalmışlardır. Ayrıca Maliye Bakanlığı'nın koyduğu kısıtlamalar nedeniyle finansman sorununun çözülememesi, mukavele ile istihdamın ortadan kalkmasıyla devlet memuru maaşıyla hekim çalıştırmanın mümkün olmaması ve rotasyon konusunda bakanlığın personeline gerekli güvenceyi vermemesi de etkili olmuştur. Örneğin Diyarbakır'da hekimlerin hem muayenehane hem devlet hizmetini korumak istemesi zorluk çıkarmıştır ve Sağlık Bakanı Faruk Sükan, muayenehanelerini kapatmak istemeyen bu hekimlere “Kanunun ne kadar yaşayacağı belli değil. Kapatmayın”, demiştir. (Fişek, 1991: 4; Fişek, 1983: 166; Nusret Fişek ile Söyleşi, 1963).

Bununla birlikte sağlık yönetimi kadrosunun oluşmaması da hesaba katılmalıdır. Muş; herkesin üzerine titredığı, gidip geldiği, sorunları yerinde saptadığı ve herkesin sistemi anlayarak uygulamaya başladığı bir yerdir. Öyle ki 10-17 Mayıs 1964 tarihinde bir doktor (Rahmi Dirican) Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Sosyalleştirme Dairesi Başkanlığı'na Muş bölgesinde tetkikler yapmak ve bir rapor hazırlamakla görevlendirilmiştir (Dirican, 1999: 379-383). Sonraki 4 ile de aynı ilgi gösterilmiş ve oralara Muş'tan pek çok hekim öncü olarak gitmiştir. Fakat il sayısı arttığında sağlık hizmetlerinde sosyalleştirilmede nasıl çalışması gerektiğini bilen bir yönetim kadrosu yoktur. Fişek'e göre bir örgüt ya da kurum, hekim tarafından yönetiliyorsa muhakkak meslekten gelen ve işi bilen bir yönetici olması gerekmektedir. Oysa o dönemde sağlık yöneticiliği maalesef işi masa görevi olarak yapan insanların elinde kalmıştır (Fişek, 1991: 4; Nusret Fişek ile Söyleşi, 1963).

5. Sonuç

Nusret Fişek'in bizzat kaleme aldığı ve 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun", 22 yıl Türkiye'nin resmi sağlık politikasını oluşturmuştur. Bu kanun, sağlığı temel bir hak olarak görmüş ve bu hizmetin sosyal adalete uygun bir şekilde uygulanmasını amaçlamıştır. Bu hususta hem pilot bölge seçilen Muş ilinde hem diğer illerde sağlık ocağı ve sağlık ocağı hekimliğinin önemini göstermiş, sağlık hizmetlerinde birinci basamağın önemine vurgu yapmıştır. Sağlık ocakları ve sağlık evleri sadece hastanelerdeki yığılmaları azaltmamış, aynı zamanda en ücra yerdeki yurttaşın bile sağlık hizmetinden eşit pay almasını sağlamıştır. Bir başka deyişle 224 Sayılı Yasa, sağlık hizmetini halkın ayağına götürmüştür. Üstelik bu kuruluşlar salt sağlıkla sınırlı kalmamış aynı zamanda kırsal kalkınma merkezleri olmaya da çalışmıştır. Bu açıdan köy enstitülerinin ruhunu taşıdığı da söylenebilir. Nitekim mevcut sosyo-ekonomik düzene müdahale etmesi nedeniyle enstitülerle aynı kaderi paylaşmıştır. Muş ili örneğinde halk aldığı hizmetten memnun kalmış, sağlık personeli ile halk arasında bir diyalog oluşmuş fakat bu durum eşrafta rahatsızlık yaratmıştır. Eğer 1960'ların sosyal adalet içinde planlı kalkınma anlayışı devam etse muhtemelen ülkenin doğusu ile batısı arasında hem belli bir eşitlik yaratılmış hem de bölgesel kalkınma sağlanmış olacaktır. Bu noktada yasanın başarısızlığındaki(!) en önemli unsurun Türkiye gibi kalkınmayı gerçekleştirememiş bir ülkede kapitalist politikalara öncelik verilmesi olduğu rahatlıkla söylenebilir.

Kaynakça

- Akalın, M.A. (2012). Sosyalleştirmenin İdeolojisi. Füsün Sayek TTB Raporları/Kitapları 2011 Türkiye'de Sosyalleştirmenin 50 Yılı içinde (19-29). Ankara: Türk Tabipleri Birliği.
- Akbaş, O. (2006). Amerikan Gönüllü Kuruluşları: Barış Gönüllülerinin Dünyada ve Türkiye'deki Çalışmaları. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 4(1), 85-99.
- Akdur, R. (1998). Türkiye'de Sağlık Politika ve Hizmetleri. *Yeni Türkiye* 4(23-24), 1984-1995. <https://www.recepakdur.com/media/1445/36-akdur-tu-rkiyede-sag-lik-politika-ve-hizmetleri-yeni-turkiye-4-23-24-1984-1995-eylu-l-aralik-1998.pdf>
- Akdur, R. (2006). *Sağlık Sektörü “Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu”*, Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Akın, A. (2012). Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Uygulamalarından Örnekler, İzlenimler. Füsün Sayek TTB Raporları/Kitapları 2011 Türkiye'de Sosyalleştirmenin 50 Yılı içinde (ss.95-105). Ankara: Türk Tabipleri Birliği.
- Aksakoğlu, G. (2008). Sağlıkta Sosyalleştirmenin Öyküsü. *Memleket Siyaset Yönetim*, 3(8), 7-62.
- Aksakoğlu, G. (2012). Seksen Sonrası: “Sosyalleştirme”ye Darbe. Füsün Sayek TTB Raporları/Kitapları 2011 Türkiye'de Sosyalleştirmenin 50 Yılı içinde (ss. 105-117). Ankara: Türk Tabipleri Birliği.
- Aytekin, A. (2012). Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Muş Deneyi. Füsün Sayek TTB Raporları/Kitapları 2011 Türkiye'de Sosyalleştirmenin 50 Yılı içinde (ss. 79-83). Ankara: Türk Tabipleri Birliği.
- BCA (1962). Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hususundaki Planın Tatbikatına Rehber Olmak Üzere Muş İlinin Klavuz Bölge Olarak Tespiti. (30-18-1-2 / 164-13-15).
- BCA (1963). Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesinde Pilot Bölge Seçilen Muş İlinde Tetkiklerde Bulunan Dr. Neville Goadman'ın Raporu. (30-1-0-0 / 77-484-7).
- BCA (1964). Ağrı, Bitlis, Van ve Muş Sağlık ve Sosyal Yardım Müdürlüklerine Yapılan Tayinler. (30-11-1-0 / 305-22-2).
- BCA (1964). Birleşmiş Milletler Teşkilatı ve Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Teşkilatı FAO'nun Muş İli köy yolları Projesi için yapılacak yardım anlaşmasını imzaya Genel Sekreter Kamran Gürün'ün yetkili kılınması. (30-18-1-2 / 176 - 11 - 20)
- Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1963-1967. (1962). T.C. Resmî Gazete (11272, 3 Aralık 1962).
- Charles, J. A. (1961). Türkiye'de Sağlık Hizmetinin Sosyalleştirilmesine Ait Müşahade ve Tavsiyeler.

- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Uygulama Planı Üzerinde Çalışmalar içinde (ss. 119-134). Ankara: TC. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı.
- Çiner, C. U. (2010). Sağlıkta Sosyalleştirme: “Genel” İle “Yerel”in Önemi. (Erişim:05.09. 2020) <https://sosyalpolitika.fisek.org.tr/sagliktasosyallestirme-“genel”-ile-“yerel”in-onemi/>
- Dedeoğlu, N. (1994). Bir Yasanın Hikayesi, *Toplum ve Hekim*, 9 (60), 59-60.
- Dedeoğlu, N. (2001). Hızlısıhha Okulu: Tarihçesi, Önemi. *Toplum ve Hekim*, 16(6), 468-469.
- Dirican, M. R. (1970). Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinin Kısa Tarihçesi. *Eurasian J Med*, 2, 184-193.
- Dirican, R. (1999). Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Muş İline Yapılan Gezi Hakkında Rapor, *Toplum ve Hekim*, (14)5, 379-383.
- Eğilmez, M. (2018). *Değişim Sürecinde Türkiye*, İstanbul: Remzi.
- Fişek, A. G. (2001). Sosyal Barışıklığın Tutkalı: Sağlık. *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 312-320. <https://gurhan.fisek.net/sosyal-barisikligin-tutkali-saglik/>
- Fişek, N. (1963). Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları-I, Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Üzerinde Çalışmalar. (Erişim:05.09. 2020), https://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/20.html
- Fişek, N. (1963). Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları-I, Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Sağlık Politikaları.(Erişim:05.09.2020),https://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/13.html
- Fişek, N. (1963). Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları-III, Nusret Fişek ile Söyleşi. (Erişim:05.09. 2020), https://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_3/38.html
- Fişek, N. (1983). *Halk Sağlığına Giriş*, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi.
- Fişek, N. (1991). Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Sağlık Politikaları. *Toplum ve Hekim*, 48, 2-4.
- Geray, C. (1996). Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Toplum Kalkınması. *Çalışma Ortamı*, 29. (Erişim:05.09.2020),https://calismaortami.fisek.org.tr/wp-content/uploads/calisma_ortami29.pdf
- Goodman, N. (1994). Tıbbın Sosyalleştirilmesinde Türkiye'nin Deneyi. *Çalışma Ortamı*, 12.
- Milli Birlik Komitesi Genel Kurul Toplantı Tutanağı, C. 5, O. 2, B. 71. (05.01.1961).
- Öney, C. (2017). Muş’da Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi 1961-1964. (Erişim:05.09. 2020), <http://cahitoney.com/category/hatiralar-arasinda/musda-saglik-hizmetlerinin-sosyallestirilmesi-1961-64/>
- Peker, M. (2009). Türkiye’de Nüfusbilimin Kurumsallaşması ve Bu Süreçte Prof. Dr. Nusret H. Fişek’in Yeri. *Memleket Siyaset Yönetim*, 4(11), 132-162.
- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. (1961). T.C. Resmî Gazete (10859, 20 Temmuz 1961).
- Üner, R., Fişek, N. (1961). *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Uygulama Planı Üzerinde Çalışmalar*, Ankara: TC. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı.
- Yön, 3 Ocak 1962, Sayı: 3, s.5.
- 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. (1961). *T.C. Resmî Gazete* (10705, 5 Ocak 1961).