

TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SOSYALLEŞTİRİLMESİ: 1961–2003

The Socialization of Health Services in Turkey: 1961–2003

A. Öner KURT¹, Tayyar ŞAŞMAZ²¹Assist. Prof., Mersin University Medical Faculty, Dept. of Public Health²Assoc. Prof., Mersin University Medical Faculty, Dept. of Public Health

ÖZET

Sağlık hizmetlerinin ve hekimliğin temel amacı, toplumları ve kişileri hastalıklardan korumaktır. Bunun için ülkede koruyucu sağlık hizmetlerini eşit ve bütün olarak sunabilecek birinci basamak sağlık hizmetlerinin olması gereklidir. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri 1961 yılına kadar dikey sağlık örgütleri ve hükümet tabipliği ile yürütülmüştür. 1961 yılında çıkarılan 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ile sağlık hizmetlerinin yatay bir örgütlenme modeliyle sosyalleştirilmesi amaçlanmıştır.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile “dar bölgede geniş tabanlı hizmet” modeli ön görülmüş, koruyucu sağlık hizmetlerine önem ve öncelik verilmiştir. Sağlık ocaklarında tam süre çalışan geniş bir ekip tarafından sunulan, toplumcu anlayış ile, eşit, sürekli, parasız, entegre ve basamaklandırılmış sağlık hizmeti Sosyalleştirilmenin temel ilkeleri olarak kabul edilmiştir. 1963 yılında Muş iliyle başlayan ilk uygulama, 1981 yılına kadar 45 ile yayılabilmiş ve 1983 yılında diğer illerin de sosyalleştirildiği ilan edilmiştir.

Sosyalleştirmeden sonraki yıllarda yayımlanan; “Alma Ata Bildirgesi” (1978), “2000 Yılı Herkes İçin Sağlık Hedefleri” (1984) ve “Sağlık 21 Hedefleri” (1998) gibi uluslararası düzeyde halk sağlığı politikalarını belirleyen üç belgenin sosyalleştirilmenin temel ilkelerini içermesi de bu sağlık sisteminin doğruluğunun göstergesidir.

Sosyalleştirme, daha hazırlıklarının yapıldığı günlerden itibaren çeşitli siyasal engellerle karşılaşmış ve hiç bir zaman tam olarak uygulanmamıştır. Merkezi hükümetler tarafından sosyalleştirme için gerekli bütçenin çıkarılmaması, sağlık ocaklarının yeterli donanım ve altyapıdan yoksun bırakılması, sosyalleştirilmenin gereksindiği insan gücü ve yönetici kadrosunun yetiştirilmemesi ve sevk sisteminin uygulanmaması sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesini engelleyen faktörlerin başında sayılabilir. Sosyalleştirmeye eşitlikçi özünü ortaya çıkarması ve kapsayıcılığını geliştirmesi için gereken destek verilmemiştir. Ülkemizde 1961 yılında yasal olarak başlayan sosyalleştirme, “Sağlıkta Dönüşüm Programıyla” 2003 yılında fiilen sona erdirilmiştir.

Sonuçta; sosyalleştirilmenin temel ilkeleri uluslararası düzeyde halen geçerliliğini korumaktadır. Bu ilkeler göz ardı edilerek, çağdaş sağlık hizmeti sunumunun olanaklı olmadığı kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: Sağlık hizmetleri; Sağlık örgütlenmesi; Sağlık politikaları; Sosyalleştirme

ABSTRACT

The main purpose of health care services and the science of medicine is to protect individuals and societies against illnesses. The presence of primary health care units that provide protective health services sufficiently and comprehensively is therefore crucial. In Turkey, primary health care services were carried out by vertical health institutions and state health centers until 1961. The Law No. 224 on the Socialization of Health Services passed in 1961 aimed to socialize health services by employing a horizontal organizational structure.

Along with the socialization of health services, a district-based model providing mass services was adopted, and the protective health services were prioritized. The main principle of the socialization of health services was to provide free, equal and permanent health services for all in health care centers where an extensive team of health care professionals worked full-time. This socialist change was also meant to ensure integration and gradation in health services. The implementation of this law started in 1963 in Muş. By 1981, 41 cities had socialized health services, and it was declared that the health services were socialized in all cities in 1983.

The fact that three international documents declared in the following years, namely “Alma Ata Declaration” (1978), “Health for all by the Year of 2000” (1984), and “Health 21 Targets” (1998) also included the basic principles of socialization is sign of how sound and fitting this law was.

There have always been political objections to the socialization of health services, and a complete socialization was never achieved. Among the factors that impeded the socialization of health services were the inadequate budget allocated by the central governments, lack of necessary equipment and infrastructure in the health care centers, absence of qualified human resources and managers required by the process of socialization and ineffective implementation of the referral system. The process of socialization never received the necessary support that would have made possible the egalitarian and comprehensive services that the concept of socialized health services implies. The process of socialization that started in 1961 virtually came to an end with the “Transformation in Health Program” instigated in 2003.

In conclusion, the main principles of socialization are still recognized internationally. Therefore, governments have to take these principles into account to be able to offer modern health services.

Keywords: Health Services, Organization of Health Services, Health Policies, Socialization

GİRİŞ

Türkiye’de Cumhuriyetin kurulduğu ilk yıllardan itibaren ülkenin ekonomik ve sosyal şartlarına uygun sağlık sistemi konusunda birçok uygulama, çalışma ve tartışma yapılmıştır. Sosyalleştirme ülkemizde sağlık hizmet sunumunda son elli yıldır uygulanan bir sistemdir. Sağlık hizmetlerinde sosyal devletçi bakış açısının değil piyasa kurallarının egemen olduğu 2011 Türkiye’sinde “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi” süreci artık “eski bir dönem” olarak anılmaktadır. Bu yazıda ülkemizde sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi; yasal, sosyal, ekonomik ve politik boyutlarıyla ele alınacaktır. “Sosyalleştirme”nin değerlendirmesine geçmeden önce bu alanda kullanılan bazı kavramlar okuyucu ile yorumsuz olarak tekrar paylaşılacaktır.

Sağlık: Sağlık, yalnız hastalık ve sakatlığın yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir¹.

Sağlık Hizmetleri: İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin etkisinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenekleri azalmış olanların işe alıştırılmaları için yapılan tıbbi faaliyetler sağlık hizmetidir¹. Sağlık çok etmenli bir sistem olduğundan kişilerin yaşamlarını sağlıklı olarak sürdürmelerini sağlamak için yapılacak hizmetler ve verilecek politik kararlar da çok yönlü olmak zorundadır. Yalnız hastaların tedavisi ve kişiye yönelik geliştirmeyi öngören programlar beklenen sonucu veremez².

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi (Toplumsallaştırılması): Halkın tamamına gelir düzeylerinden bağımsız bir şekilde belli mal ve hizmetlerden yararlanabilmeleri için eşit fırsatın verilmesidir. Bu kapsama başta sağlık ve eğitim girmektedir ve özellikle koruyucu sağlık hizmetleri birçok ülkede sosyalleştirme kapsamında yer almaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri sosyalleştirildiğinde toplumsal sağlık sorunlarının azalması ve bu sayede sağlık harcamalarının azalması, tasarruf yapılması umulur³.

Ülkemizde 1960 Öncesi Sağlık Hizmetleri

Cumhuriyet hükümetleri toplumcu bir sağlık anlayışını benimsemiş, kişiye ve çevreye yönelik koruyucu sağlık önlemleri ve salgın hastalıklarla mücadeleyi her şeyin önünde tutmuştur. Bu dönemde ülkenin sağlık sorunlarının çözümü için büyük bütçeler ayrılmıştır. Ayrıca savaşların neden olduğu sosyoekonomik yıpranma da sağlık sorunlarının çözümünü zorlaştırmaktaydı. Hükümet koruyucu hekimlik hizmetlerini, özellikle salgın hastalıklar ile savaş için kurduğu örgütleri genel bütçeden finanse etmiştir. Bu dönemde bulaşıcı hastalıklara karşı dikey örgütlenme tarzında mücadele örgütleri (Verem savaş dispanseri, Sıtma savaş dispanseri vb) kurulmuş, bu örgütlerde tam zamanlı ve yüksek ücretli hekim ve diğer sağlık çalışanları istihdam edilmiştir. Ankara’da Hıfzıssıhha Enstitüsü kurularak bulaşıcı hastalıklar ile mücadele için laboratuvar hizmetleri, aşı ve serum üretilmesi sağlanmıştır. Toplum sağlığını korumayı devletin görevi sayan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu 1930 yılında çıkarılmıştır. Hastaneler tarafından sunulan tedavi edici hizmetlerinin yürütülmesi yerel idarelere bırakılmıştır. Sağlık Bakanlığı yol gösterme amacı ile beş Numune Hastanesi kurmuştur. Bu dönemde birinci basamak sağlık hizmeti örgütlenmemiştir. Bu hizmet; hekim muayenehanelerinde, hastane polikliniklerinde ve dispanserlerde sürdürülmüştür. Bu dönemde sağlık çalışanları halka hizmet felsefesiyle ülkenin her tarafına ulaşmıştır, ancak birinci basamak sağlık hizmeti tam olarak örgütlenemediği için sağlık alanında çok şey yapılmakla beraber herkes için sağlıklı yaşam amacına ulaşamamıştır^{2, 4-6}.

İkinci Dünya Savaşı sonrasındaki yıllarda, kırsal bölgede 20 köye birinci basamak koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti veren “sağlık merkezler”i kurulmasını öngören yeni bir sağlık planı hazırlanmıştır. Neyazık ki bu planın uygulanması ilçe merkezlerine sağlık merkezi adı ile 10–25 yataklı tedavi kurumları kurularak sürdürülmüştür. Bu dönemde yönetimin merkezileştirilmesi başta olmak üzere sağlık politikasında önemli değişiklikler olmuştur. Yerel idarelere bağlı olan hastaneler Sağlık Bakanlığı’na devredilmiş ve genel bütçeden finanse edilmesi ilkesi kabul edilmiştir. Genel Sağlık Sigortası kurulması için çalışmalar başlatılmıştır. Uzun çalışmalar sonunda bunun ülke düzeyinde uygulanmasının mümkün olmayacağına, ücret karşılığı çalışan işçiler için bir sağlık sigortası geliştirilebileceğine karar verilmiştir. Bu amaçla İşçi Sigorta Kurumu’na işçilere sağlık sigortası hizmeti sunması görevi verilmiştir. Sigorta Hastaneleri’nin kurulması sağlık alanında çok başlı hizmetin ilk uygulaması olarak değerlendirilmelidir^{2, 6}.

Türkiye'nin sağlık politikasının 1960'lı yıllara gelindiğinde giderek aşınmaya başladığı görülmektedir. Bunun temel nedeni halka hizmet sunma yerine siyasi kazançların ön plana alınmasıdır. Bugünden önceki sürecin sağlık örgütlenmesi modelinin temelini, büyüklüğü ne olursa olsun 'her ilçeye bir Hükümet Tabibi' ilkesiyle örgütlenen ve resmi belge damgalamaktan öte işi olduğu söylenemeyen bir kamusal yapılanma, ondan bağımsız çalışan çok az sayıdaki devlet hastaneleri ve özel hekimler oluşturmuştur⁴. Sağlık hizmetleri bütün vatandaşlara eşit olarak sunulamamış, koruyucu sağlık hizmetleri istenilen şekilde geliştirilememiştir. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin halka ulaştırılması için yapılan çalışmalar da il ve ilçe düzeyinin ötesine geçememiştir⁷. Doğu ve Batı, kır ve kent arasında ciddi eşitsizlikler oluşmuştur⁸. Ülkedeki bebek ve anne ölümleri, sıtma, trahom, frengi, lepra ve tüberküloz haricindeki bulaşıcı hastalıklara bağlı ölümler aynı hızda devam etmiştir⁷.

Sosyalleştirme Hazırlıkları ve İlkeleri: 1960–1963 Dönemi

Ülkemizde 1961 yılında kabul edilen yeni anayasa ile devlet, vatandaşlarına karşı sorumlulukları olan bir "sosyal devlet" olarak tanımlanmış, sağlıklı halk için bir hak ve sağlık hizmetlerini de devlet için bir ödev olarak kabul etmiştir⁹. Sosyal devlet ilkesinin öncelendiği toplumsal ve siyasal bir ortamda ülkenin sağlık hizmetlerinde de köklü değişiklikler olması kaçınılmazdı. Bu yaklaşımın sağlık alanındaki yansımaları "sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi" olmuştur⁴. Ülkemizde 1960'a kadar planlı bir biçimde ele alınmayan sağlık hizmetlerinde bugünden sonra planlı döneme girildiğinden, bir plan dâhilinde sunulması kararlaştırılmıştır^{2, 7}. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi 1960 sonrasında oluşan devletçiliğin ön plana alındığı bütüncül bir toplum kalkınması programının bir parçası olarak düşünülmüştür⁸. Hatta Milli Birlik Grubu adına Ocak 1971 tarihinde TBMM'de konuşan Vehbi Ersü "sosyalleştirme tatbikatı halka ve köylüye yalnız sağlık hizmeti götürecektir değildir. Onları, cehaletin karanlıklarından, kaderciliğinden, çıkarıcının da zulüm ve sömürsünden kurtaracağına artık inanmanızı istiyoruz" cümlesi ile sosyalleştirmenin bir toplumsal kalkınma programı olduğunu belirtmiştir¹⁰. Devlet Planlama Teşkilatı, 1960'lı yıllarda sağlığın sosyal refaha olumlu etkisinin olduğunu ve sağlık alanında yapılacak kamu giderlerinin adil bir gelir dağılımına ve benzeri sosyal amaçların gerçekleşmesine yardım edeceğini, bunun yanında ekonomik verimliliği artırıcı etkileriyle de kalkınmanın ekonomik amaçlarına ulaşılmasına yardım edebileceğini belirterek sağlığın bir harcama kalemi değil bir yatırım alanı olarak görülmesi gerektiğini belirtmektedir⁸. Bunun en güzel örneği 1963 yılı DPT raporunda "sağlık için yapılan yatırımlar" kavramının kullanılmasıdır⁸. Ancak sonraki yıllarda sağlığın piyasalaştırılma yaklaşımının etkisiyle 2003 yılı raporunda "sağlık giderleri, sağlık harcamaları" kavramları öne çıkmıştır¹¹.

Milli Birlik Komitesi (MBK) tarafından yeni bir sağlık sistemi kurma hazırlıkları yapması için Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Prof. Dr. Nusret Fişek görevlendirilir⁴. Sağlık Bakanlığı müsteşarı yeni kanunu hazırlarken ve uygulanmasına refakat ederken Devlet Planlama Teşkilatı ile birlikte çalışır². Başka ülkelerin sağlık sistemlerini inceleyen Fişek, birinci basamağa ağırlık veren evrensel ve kapsayıcı bir sağlık sistemi önerir. Nusret Fişek bu konuda üç öneri hazırlar. MBK üç seçenekten "en iyisinin hazırlanması" talimatını verir. Seçimi Nusret Fişek yapar ve sosyalleştirmeye yoğunlaşarak modelin ayrıntıları üzerinde çalışır. Hazırladığı ilk sağlık birimine Sağlık Ünitesi adını verir. Fişek'in babası; "kırsal alanda insanların sığındıkları, ısındıkları, karınlarının doyduğu yere 'ocak' derler; 'asker ocağı' sözü de oradan gelir", diyerek "Sağlık Ocağı" ismini önerir. Kırsal bölgedeki yapılanma için de "Sağlık İstasyonu" yerine; "köy yerinde halk ebenin kaldığı binayı kendi evi gibi görmeli" sözleriyle, ona da "Sağlık Evi" ismini önerir. Hazırlıkları yapılan Sosyalleştirme Kanunu 5 Ocak 1961 günü MBK yönetimi sivil idareye devretmeden birkaç saat önce genel kurulda kabul edilir⁴. Kabul edilen "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun" 12 Ocakta Resmi Gazete'de yayımlanır ve 15 yıl içinde (1978'e kadar) bütün Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi planlanır¹.

Sosyalleştirme ile bütün ülkede halkın sağlık seviyesini yükseltmek amaçlanmış ve bu amaçla halk sağlığı (koruyucu hekimlik) hizmetlerinin geliştirilmesine öncelik verilmiştir. Tedavi hekimliği hizmetleri ise koruyucu hekimlik çalışmalarını tamamlayan bir unsur olarak ve bu ölçüde ele alınmıştır. Hasta bakımı 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 kurulmasına öncelik verilmiştir⁸.

Sosyalleştirme evrensel düzeyde kabul edilebilir ve uygulanabilir ilkeleri içermektedir. Sosyalleştirme uygulaması ve yaygınlaştırılmasında ana ilkeler şunlardır^{1, 2, 4, 6, 12-14}:

1. Türkiye’de tüm sağlık hizmetleri bir devlet görevidir ve sağlık hizmeti, kamu hizmeti anlayışı ile sunulacaktır.
2. Sağlık hizmetinden herkes eşit şekilde yararlanacaktır.
3. Sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti örgütü, köyden merkeze kadar birçok birimden oluşturulmuştur. Bu birimler; “-sağlık evleri, -sağlık ocakları, -sağlık merkezleri ile hastaneler, -çeşitli koruyucu hekimlik teşekkülleri, -sağlık hizmeti hususiyet arzeden yerler için kurulmuş sağlık teşekkülleri, -sağlık müdürlükleri, -bölge hastaneleri, -bölge laboratuvarları, -sağlık personeli yetiştiren eğitim müesseseleri, -Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı merkez teşkilâtı, -diğer bakanlık ve kurumlarda Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ile işbirliği yapmak üzere kurulmuş olan daireler” olarak belirlenmiştir.
4. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği yerlerdeki her ilçede en az bir sağlık ocağı bulunacaktır.
5. Kent ve köylerde birinci basamak sağlık hizmetini sağlık ocakları sunacaktır. Bu ocaklar hastaneler ile işbirliği yaparak hasta tedavi hizmetlerini de yürütecektir.
6. Nüfusa göre örgütlenme: Yaklaşık 5–10 bin kişinin yaşadığı bölgeye bir sağlık ocağı hizmet verecektir. Her sağlık biriminin hizmet götürmekle yükümlü olduğu coğrafi bölgenin il içinde idari sınırlara uyması gerekmektedir.
7. Ekip hizmeti: Bir sağlık ocağının hizmeti en az bir hekim ve yeter sayıda diğer sağlık personelinden oluşan bir ekip tarafından yürütülecektir. Köylerde bu ekibe yardımcı olarak sağlık evlerinde ebeler görev yapacaktır.
8. Her ekibe ihtiyacı olan ulaşım aracı (*motorlu veya gerekirse canlı nakil vasıtası*), malzeme ve lojman tahsis edilecektir.
9. Entegre sağlık hizmeti (koruma ve tedavi): Sağlık ocakları ve evleri her türlü koruyucu hekimlik hizmetlerini, hastaların muayene ve tedavisini dar bölgede çok yönlü hizmet (yatay örgütlenme) yaklaşımıyla sunacaktır.
10. Herkese, sürekli hizmet: Sağlık hizmetleri, nerede yaşarlarsa yaşasınlar, kişilerin kolayca ulaşabilecekleri kadar yakınlarında ve ihtiyaç duydukları her zaman erişebilecekleri biçimde örgütlenecektir.
11. Kademeli hizmet: Sağlık hizmetlerinden faydalanmak isteyen, acil vakalar hariç, öncelikle sağlık evine veya sağlık ocağına başvuracaktır.
12. Ücretsiz hizmet: Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde hasta muayene ve tedavisi ile bazı ilaçların bedelleri sevk zincirine uyulduğu sürece parasız olacaktır.
13. Sağlık hizmetlerine ilişkin kayıt ve istatistikler düzenli olarak tutulacaktır.
14. Hekimler kamu hizmetinde veya serbest olarak mesleklerini uygulamada özgür olmakla birlikte kamuda görev yapan bir hekim, özel olarak hekimlik yapamayacaktır.
15. Tek elden yönetim: Kamu sağlık kuruluşları tek elden idare edilecektir: Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde, Millî Savunma Bakanlığı’na bağlı sağlık kurumları dışında bütün kamu kurumlarına ait sağlık hizmetleri Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından yürütülecektir.
16. Bir bölgede sağlık hizmetlerinin iyi bir şekilde yürütülmesi için gereken tesisler, lojmanlar, malzeme, araçlar ve personel sağlanmadan o bölgede sosyalleştirme planı uygulanmayacaktır.
17. Personel ve finansman sıkıntısı nedeni ile yasanın tüm ülkede uygulanması, aşamalı olarak 15 yılda tamamlanacaktır.
18. Toplumun katılımı: Sağlık örgütü ile halk arasındaki ilişkiyi oluşturmak amacıyla sağlık ocaklarında,

sağlık merkezlerinde ve illerde, sağlık kurulları kurulacaktır.

19. Hekimler ve diğer sağlık personeli kamu kesiminde sözleşmeli olarak çalışacaktır. Sözleşme süresi üç yıldır. İstifa etmeyen sağlık personelinin hizmet süresi üçer yıllık devreler için uzatılmış sayılacaktır.
20. Sözleşme ile çalışan sağlık personeline ödenecek ücret, bu meslek mensuplarından serbest çalışanların kazançları düzeyinde olacaktır.
21. Bakanlar Kurulu tarafından tespit edilecek olan kılavuz bölgelerde sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi için hazırlıklara 1 Mart 1962'de başlanacaktır.
22. Sosyalleştirme (kılavuz bölgelerde elde edilen neticeler göz önüne alınarak) en geç 1 Mart 1964'den itibaren kademeli yaygınlaştırılacaktır.

Kanun tasarısının ilk halinde sosyalleştirilen bölgelerde yaşayan halktan prim toplanması öngörülmekle birlikte, Maliye Bakanlığı ülkenin gelir düzeyinin düşüklüğünü ve prim toplamanın zorluğunu gerekçe göstererek bunu kanundan çıkarttır¹⁵. Böylelikle sosyalleştirme ile ilgili tüm masraflar genel bütçeden karşılanır hale gelir. Zaten sosyal devlet ilkesi çerçevesinde yapılması gereken de sağlık harcamalarının genel bütçeden karşılanmasıdır. Bu kapsamda sağlığa ayrılan bütçe 1959 yılında 25.0 milyon lira iken sosyalleştirme sonrasında 1962 yılında iki kattan fazla artırılarak 58.3 milyon liraya çıkarılmıştır⁸.

“Sosyalleştirme”nin Başlaması ve İlk Uygulamalar: 1963–1980 Dönemi

Kanun görüşmeleri sırasında pilot uygulamanın batıda Tekirdağ, orta Anadolu'da Çankırı ve doğuda Elazığ ilinin yapılması düşünülmüşse de bu konu daha sonra “Bakanlar Kurulu'nun karar vermesi” şeklinde karara bağlanmıştır¹⁵. Sonrasında 1962 yılında Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sağlık alanında, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki yasanın ilkeleri esas olarak kabul edilmiş ve sosyalleştirme 1963 yılında Muş ilinde uygulanmaya başlanmıştır⁶. Muş ilinde sadece sağlık alanında değil milli eğitim, tarım ve bayındırlık alanında örnek bölge oluşturulması hedeflenmiştir⁸. Ülkenin gelişiminde sektörler arası işbirliğinin gerekli olduğunu göstermesi açısından bu örnek alınacak bir girişimdir. Muş ilinden sonra 1964'de Ağrı, Bitlis, Hakkâri, Kars, Van; 1965'de Diyarbakır, Erzincan, Erzurum, Mardin, Siirt, Şanlıurfa; 1967'de Adıyaman, Bingöl, Elazığ, Malatya, Tunceli; 1968'de Artvin, Trabzon, Giresun, Rize; 1969'de Maraş, Edirne ve 1970'de Nevşehir illeri sosyalleştirme kapsamına alınmıştır⁷.

Sağlık Bakanlığı, sosyalleştirmede çalışacak personelin ve tıp öğrencilerinin yetiştirilmesi için sağlık eğitim araştırma bölgeleri (SEAB) kurulmasını desteklemiş ve alt yapılarını oluşturmuştur¹⁶. İlk SEAB 1964 yılında imzalanan bir protokol ile “Etimesgut Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesi” adıyla kurulmuştur. Sonra sırasıyla 1967'de Erzurum'da, 1968'de Torbalı-İzmir'de, 1969'da Diyarbakır'da, 1971'de Abidinpaşa- Ankara'da ve 1974'te Çubuk ve Silivri'de altı SEAB daha açılmıştır. 1979 ve 1980 yıllarında Halkalı/Avcılar, Gemlik, Doğankent, Ulaş, Bornova ve Gölbaşı SEAB'leri; 1981–1985 yıllarında Dokuz Eylül, Osmangazi, Erciyes ve Gazi Üniversiteleri'nde SEAB'leri oluşturulmuştur. Böylece yaklaşık 20 yıllık dönemde 17 SEAB açılmış, 1986'dan sonra bunlara Ümraniye SEAB eklenmiştir¹⁷. Ancak ilerleyen yıllarda Bakanlık bu bölgelere desteğini çekmiş, hatta önemli bir kısmında üniversiteler ile ilişkisini kesmiştir¹⁶. Gerek Etimesgut gerekse Çubuk SEA bölgelerinde uygulanan “sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri” modeli ile Türkiye'nin olanaklarından çok da farklı olmayan olanaklarla son derece başarılı olmuştur. Buradaki kilit faktör gerek grup başkanlığı, hastane yönetimi ve gerekse sağlık ocakları düzeyindeki “başarılı yönetim”dir⁷.

Sosyalleştirmenin 1963 yılında başlamasının hemen ardından 1965 yılında TBMM'de kabul edilen Devlet Personel Kanunu ile hekimlerin ve diğer sağlık personelinin sözleşme ile çalıştırılması ilkesi yürürlükten kaldırılmıştır. Bunun sonucu olarak da tam süre çalışma ilkesi uygulanamamıştır. Bu, yasanın başarı ile uygulanamamasının ilk önemli nedenidir². Devlet Planlama Teşkilatı 1963 raporunda kamu sektörüne ait sağlık hizmetlerinin “Milli Savunma Bakanlığı'nın özel mahiyetteki bazı hizmetleri hariç” bir elden yürütüleceği kararını almasına karşın uzun yıllar bu gerçekleşmemiştir⁸. 1965'ten bugüne kadar siyasi iktidarlar sağlık hizmetinde birinci basamağın önemini anlamamışlar

ve sağlık ocakları, hastane ve sağlık merkezlerinin yanında nitelsiz hizmet veren kurumlar olarak kalmışlardır. Uzun yıllar ocakların çoğuna hekim atanmamıştır. Kanun gereği sağlanması zorunlu olduğu halde ilaç, araç, gereç, lojman, bina gibi gereksinimler eksik bırakılmıştır². TBMM'de 1971 tarihinde konuşan Milletvekili Vehbi Ersü, iktidar partilerinin başlangıcından bu yana sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulamalarını ağırlaştırdığını, hatta üç yıldan beri de durdurduğunu ve sonuçta siyasi iktidarın sosyalleştirmeyi reddettiği kanısının kuvvet kazandığını belirtmektedir¹⁰. 1973 yılında yayınlanan "Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl" kitabında sosyalleştirme programı için şöyle denilmektedir: "... sağlık hizmetlerinin tek elde toplanmasının gecikmesi, buna bağlı olarak tüm ülkeyi kapsayan bir sağlık personeli ücret politikasının uygulanmaması ve sosyalleştirme bölgelerinin maddi yönden çekiciliğini kaybetmesi nedenleriyle yavaşlama ortamına girmiştir. ... koordinasyon eksikliği, programsızlık gibi uygulama aksaklıklarının düzeltilmesi ile sistemin geliştirilmesi ve en iyi uygulama yolunun bulunması gerekliliğini göstermektedir"⁷.

"Sosyalleştirme"de Sona Doğru: 1980 ve Sonrası

Dünyada 1980'lerden sonra başlayan "neo liberal" politikaların rüzgârı hızla Türkiye'yi de içine almıştır. Bu politikaların ön gördüğü ve sağlığı alınan, satılan meta olarak gören bakış açısına göre, sağlığı bir insan hakkı olarak gören sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi sistemi, ortadan kaldırılması gereken bir sistemdir⁷. En önemli küresel kamu malı özelliğine sahip olan sağlık ve sağlık hizmetleri, küresel gelişmeler etkisi ile Birleşmiş Milletler, Dünya Bankası ve IMF gibi küresel kuruluşların başta gelen ilgi alanını oluşturmuştur³. Nitekim Dünya Bankası ülkemizde 1980 sonrasında sağlığın özelleştirilmesi için planlarını uygulamaya başlamıştır. Öncelikle sağlık sistemine yönelik sektör analizi yaptırılarak "sağlık hizmetlerinin sunulmasında sorunlar olduğu ve bunların düzeltilmesi için girişimler yapılması gerektiği" belirtilmiştir. Sorunların çözümü için Dünya Bankası ülkemize uzun vadeli ve düşük faizli krediler vermiştir. Sonraki aşamada Dünya Bankası sağlık alt yapısının güçlendirilmesi için sağlık sisteminin değiştirilmesi görüşünü ileri sürmüştür. Sonuç olarak, Asya'dan Avrupa'ya Afrika'dan Güney Amerika'daki birçok ülkede sağlık sistemlerinde reform çalışmaları bir "salgın" halini almıştır. Hiçbir ülke bu salgının dışında kalamamıştır¹³.

Ülkemizde 1982 yılında Anayasa yeniden değiştirilmiş ve devletin sosyal boyutu 1961 Anayasası'ndan farklı bir şekilde biçimlendirilmiştir. Sağlık hizmetleri, 1961 Anayasa'sında olduğu gibi devletçe sağlanan temel sosyal ve ekonomik bir hak olmaktan çok, devletçe planlanan ve denetlenen bir hizmete dönüşmüştür. 1982 Anayasa'sının 56, 58 ve 61'nci maddelerinde yer alan hükümlerle devletin sağlık hizmetlerini denetleyen, bunun yanında da tüm toplum için planlayan otorite olduğu vurgulanmıştır. Bu anlayışın uygulamadaki izdüşümü ise, sağlık hizmetlerinin üretimi, sunumu ve tüketiminin piyasa ekonomisi koşullarında daha ağırlıklı olarak yer alması ve rekabetçi bir ortamın yaratılarak hizmetlerin etkinliğinin ve kalitesinin artırılmasının hedeflenmesi olmuştur³.

Sosyalleştirme 1961 yılında kabul edildiğinde 15 yıl içinde bütün ülkeye yayılması planlanmasına rağmen bu sürenin bitiminde yalnızca 47 il sosyalleştirilebilmiştir¹. Böyle olunca, kanunun bu hükmü beş yıl ertelenmiştir. Buna göre sosyalleştirmenin 1981 yılı sonuna kadar yaygınlaştırılması gerekiyordu, ama bu da gerçekleştirilememiştir. Bu uzatmanın bittiği 1981 yılında ise kanunun uzatılması yapılmamıştır. O tarihe kadar sosyalleştirilmeyen 20 il, 1983 yılında planlaması ve hazırlıkları tamamlanmadan bir gecede sosyalleştirilerek bütün ülkede sağlık hizmetleri sosyalleştirilmiştir!

Bir gecede sosyalleştirilen iller, başta üç büyük kenti kapsayan ülkenin çok nüfuslu, çoğu ileri derecede kentleşmiş ve gecekondulaşmış yöreleriydi. Bu illerde yeni ve standart kent tipi sağlık ocakları yapılması yerine çoğunlukla apartman daireleri kiralanarak iş çözülmeye çalışmış, sosyalleştirme modelinin düzeni ve ilkeleri artık yok edilmeye başlanmıştır. Bu dönemde Hükümet Tabipliği döneminden bile daha geriye düşülmüştür; çünkü amaç başka bir düzen kurmak bile değil, sosyalleştirmeyi ortadan kaldırıp karmaşa yaratmaktır^{4, 13}. Ülkemizde 1984 yılında yapılan genel seçimler sonrası hükümet kuran siyasi iktidarlar, dünyadaki özelleştirme rüzgârını arkasına alarak sağlık hizmetlerinin hastalar tarafından satın alınan hizmet olması gereğini savunmuştur. 1987 yılında sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi yasasını yürürlükten kaldırmamakla beraber onun yerine geçecek olan sağlık hizmetleri temel yasasını kabul etmişlerdir. Bu yasaya göre sağlık teşkilatı artık kendi kendini finanse eden kuruluşlar olacaktır². Sonraki yıllarda siyasi iktidarlar sağlık hizmetlerini

piyasalaştırmaya yönelik girişimlerde bulunsalar da, süreç sağlık hizmetlerinin daha olumsuz hale getirilmesinden öteye gitmemiştir.

“Sosyalleştirme”nin Fiilen Sonlandırılması

Siyasi iktidar 16 Kasım 2002 tarihinde Acil Eylem Planında, “Herkesin Sağlık” başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedefleri açıklamıştır. Acil Eylem Planı’nın belirlenmesinden hemen sonra, 2003 yılı başında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” (SDP) hazırlanmış ve uygulamaya konulmuştur. SDP ile sağlık hizmetlerindeki bazı sorun alanlarının (*sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması, anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi, koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması, kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi*) çözümüne yönelik hedefler belirlenmiştir. Bu genel doğruların yanında sağlığın piyasalaştırılmasının alt yapısını oluşturan (*planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı, özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi, tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri, hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması, aile hekimliği uygulamasına geçilmesi, idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri*) değişiklikler uygulamaya başlanmıştır¹⁸. Siyasi iktidar Sağlıkta Dönüşüm Programı ismi verilen sağlığın özelleştirilmesi çalışmalarını “*kamuoyundan yapılacak telkin ve yönlendirmelerle, yapacağımız araştırma ve tartışmalarla geliştireceğimiz, uygulamaya geçmek için gereksiz detaylarla zaman geçirmeden, mükemmeli aramak adına iyiye ulaşmayı ertelemeden*” söylemiyle başlatmıştır¹⁹. Sağlık hizmetlerinde planlanan bir değişikliğin konunun tarafları ile paylaşılmasına gerek olmadan, yöntemi belirlenmeden ve acil olarak yürürlüğe konulması gecikmiş bir hesabın kapatılması izlenimini yaratmaktadır.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumunda sorunlar olduğu bir gerçektir. Bu sorunların çözümünde mevcut sistemin rehabilite edilmesi veya mevcut sistem yerine yeni bir model oluşturma seçenekleri vardı. Mevcut hükümet ikinci yolu seçerek “sağlıkta dönüşüm” adı altında bir programı uygulamaya koymuştur²⁰. Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanan bu ilkeler irdelendiğinde; “Sağlıkta Dönüşüm”ün temel yaklaşımının sağlık finansmanının bir sigorta sistemi ile sağlanması, Bakanlığın sağlık hizmeti sunumundan çekilmesi ve sağlık hizmetlerinin özel sağlık sektörü tarafından sunulması olduğu anlaşılmaktadır¹⁴. 1980’ler sonrasında Sağlık Reformu adı ile yapılan çalışmalar iki binli yıllarda “Sağlıkta Dönüşüm” takma adını alsa da ilkeler ve öğeler aynıdır: Sağlık hizmetleri prime dayalı yapılandırılacak, hastaneler işletmeleştirilecek, aile hekimliği sistemine geçilecek, sağlık çalışanları sözleşmeli olarak çalışacaktır⁴.

Devlet Planlama Teşkilatı 2002 yılında dönemin ekonomi politikalarına uygun olarak artık “hastanelerin gelir kayıplarının önlenmesi ve profesyonel yönetim ve işletmecilik anlayışıyla yönetilmesi, döner sermaye gelirlerinin etkin kullanımı ile ilgili esasların yeniden belirlenmesi ihtiyacına” vurgu yapmaktadır. Personel yetersizliği nedeniyle sağlık ocaklarında hizmet verilemediği, hasta yataklarının hizmet dışı kalması sağlık alanındaki sorunlar olarak görülmektedir. Hizmet açığının giderilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı’na bağlı bazı hastanelerde başlatılan vardiya uygulamasının yaygınlaştırılması gerektiği belirtilerek yapılması planlanan dönüşüm gerekçelendirilmektedir¹¹. Önceki yıllarda sağlığı toplumsal bir yatırım alanı olarak göre DPT, 2003 yılı raporunda, “*sağlık hizmetlerinin maliyet etkili sunulması, sağlık alanında hizmet veren kuruluşların yeniden örgütlenmesi, sistemin finansman boyutuyla yeniden yapılandırılması*” başlıklarıyla Sağlıkta Dönüşüm Projesi çalışmaları başlatıldığını duyurmakta bir sakınca görmemektedir¹¹. Sağlığın piyasalaştırılması sürecinde “mevcut kaynakların rasyonel tahsisi ve sağlıkta önceliklerin belirlenmesi amacıyla kriterler geliştirmeyi hedefleyen” ulusal hastalık yükü ve maliyet etkililik çalışmasının yapılması artık sağlık hizmetlerinin bir yatırım alanı değil sermaye için bir yük, boşa yapılan bir harcama olduğu bakış açısını göstermesi açısından önemlidir⁸.

Sosyalleştirme Uygulamaları Türkiye’de Başarılı Oldu mu?

Bu soruya ne tümüyle evet ne de tümüyle hayır demek olası değildir. Yanıt olarak, “Evet, hedeflerinin birçoğuna ulaştı” ya da “Hayır, hedeflerinin birçoğuna ulaşamadı” da diyebiliriz. Her iki yanıtta da aslında aynı yorumu yapmış oluruz. Bu durumda yanıtımız; “*sosyalleştirme ülkemizde daha başarılı olabilirdi*” olacaktır⁷. Küreselleşmenin etkisindeki siyasi iktidarlar sağlık hizmetlerini piyasalaştırmak

için, sosyalleştirmeyi hiçbir bilimsel temele dayanmadan “başarısız” olarak suçlamaktadırlar⁴. Sosyalleştirmenin; kendinden sonra yayımlanan ve halk sağlığı politikalarını belirleyen Alma Ata Bildirgesi–1978”, “2000 Yılı Herkes İçin Sağlık Hedefleri–1984” ve “Sağlık 21 Hedefleri–1998” gibi uluslararası belgelerin ilkelerini fazlasıyla içermesi, “başarısızlığın” sistemden değil, sosyalleştirme projesinin engellendiğinden kaynaklandığının bir göstergesidir²¹⁻²³.

Başlangıcından itibaren tam olarak uygulama olanağı sağlanmayan sosyalleştirmenin ülkemiz sağlık ortamına yaptığı birçok katkı göz ardı edilmemelidir. Sosyalleştirme özellikle sağlık hizmetlerinin temel amacı olan toplumun sağlık düzeyini yükseltmede etkili olmuş ve Türkiye’nin sağlık göstergeleri iyileşmiştir. Sadece sağlık alanında değil yaşamın birçok alanında halkın gelişimine katkısı olmuştur. Aile planlaması hizmetleri, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesini izleyen yıllarda (1965) yasallaşmış ve uygulamaya konulan, köylere kadar götürülen bu hizmet modeli ile yıllar içinde kontraseptif yöntem kullanımı giderek artmıştır. Eğitim Araştırma Bölgeleri’ndeki çalışmalar ülkemizin olanakları ile halka daha yüksek düzeyde hizmet götürmenin mümkün olduğunu göstermiştir⁷.

Bir yandan desteklenmeyerek ve uygulanmayarak çökertilen, diğer yandan da kıyasıya eleştirilen, yetersiz olduğu öne sürülen 224 sayılı yasa; aslında Türkiye’nin sağlık alanındaki temel gereksinimlerini karşılamak açısından oldukça iyi tasarlanmış bir yasadır¹⁴. Tekirdağ Milletvekili Enis Tütüncü’nün TBMM konuşmasında belirttiği üzere Türkiye’de 1963’te uygulamaya sokulan sosyalleştirme modelinin başlangıçtaki bir iki yıl dışında bütün Cumhuriyet Hükümetleri tarafından uygulanmaması için büyük çaba içinde olmaları sosyalleştirmenin uygulanmamasında en önemli görünür nedendir²³. Siyasi iktidarların sağlığı kamusal alandan çıkarıp piyasalaştırmalarının asıl nedeni; küreselleşmenin bir parçası olan sağlığın özelleştirilmesi uygulamalarına “gerekçe” yaratmaktır⁷. Bir diğer yorumla; hükümet programlarının temelinde yer alan kapitalist politikalar⁴.

Sosyalleştirmenin tam olarak neden başarılı olamadığına ilişkin ayrıntılar üzerine konunun taraflarınca birçok şey yazılmıştır. Bunlar^{4, 13, 24, 25}:

1. Kanun tasarısı kamuda tartışılmadan hızla hazırlanıp kabul edildi.
2. Siyasi iktidar tarafından sağlık kamusal sorumluluk alanı olarak görülmedi.
3. Yöneticiler sosyalleştirmeyi kavrayamadı ve sosyalleştirme uygulamasının “sağlık ocakları” ile sınırlı olduğu sanılarak hastaneler ayrı tutuldu.
4. Muş ili uygulamaları değerlendirilemedi.
5. Sosyalleştirme uygulaması uzun süre Doğu Anadolu illerinde kaldı, ülkenin daha fazla gelişmiş olan bölgelere yayılması gecikti. Halk ve bazı sağlık personeli sosyalleştirmenin geri ve kırsal bölgeler için olduğunu sandı.
6. DPT’den gerekli yatırım öncelikleri sağlanamadı, dolayısıyla sistemin yaygınlaştırılması gecikti.
7. SEAB’de sosyalleştirmenin başarılı olduğu ve bölgedeki halkın sağlık düzeyinin yükseldiği kanıtlanmasına rağmen sistemin etkililiği ülke geneli için kanıtlanamadı.
8. Halkın katılımı sağlanamadığı için halk sisteme sahip çıkmadı.
9. Sağlık personeli sistemle ilgili uyum eğitimi görmeden göreve atandığı için uygulamalarda yanlışlıklar kaçınılmaz oldu.
10. Yeterli ve hizmetlerin iyileştirilmesine uyarıcı etki edecek denetimler yapılamadı.
11. Zamanla kentsel bölgelerde, kentin sağlık sorunlarına uygun bir yapılanma ve çalışma biçimi sağlanamadı.
12. Dikey örgütlenme kaldırılmadığı için dar bölgede çok amaçlı hizmet uygulanamadı.
13. Sağlık hizmetlerinde tek başlılık sağlanamadı.
14. Tam süre çalışma ilkesi uygulanamadı.

15. Sağlık hizmetleri il içinde bir bütündür, ilkesine uyulamadı.
16. Personel eksiklikleri ile altyapı ve fiziksel yetersizlikler giderilemedi.
17. Sağlık evi inşaatları tamamlanamadığı için ebeler köylülerle yaşadı ve halka örnek olma niteliklerini sürdüremediler.
18. Belirli bir personel istihdam politikasının olmayışı personelin dengesiz dağılımına neden oldu.
19. Sağlık ocaklarında hizmet kapsamı istenen genişliği sağlayamadı.
20. Sağlık ocağı ekibi genişletilemedi.
21. Sağlık örgütlenme ve uygulamalarına yönelik olumsuz politik müdahaleler yapıldı.
22. Sistemin kurumsallaşması için sağlık yönetiminde görev alacak halk sağlığı uzmanı, halk sağlığı yüksek lisansı vb. personel yetiştirmede yetersiz kalındı.
23. Bilimsel bir sağlık yönetim anlayışı kurumsallaşamadı.
24. Üniversite, tıp fakülteleri, hemşirelik yüksekokulları vb. akademik yapılarla birbirini geliştiren bir çalışma anlayışı sağlanamadı.

SONUÇ

Sonuç olarak; 1960 öncesinde sağlık merkezlerinin, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini bütünleşmiş olarak sunmak amacıyla kurulması, koruyucu sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlamak bakımından doğru bir yaklaşım olmasına rağmen uygulamada tedavi edici sağlık hizmetlerine ağırlık verilmiş ve koruyucu hizmetler göz ardı edilmiştir. Bu dönemde hastalardan para alınması ve işçilerden sağlıkları için ayrıca prim adı altında para alınması, sağlığın piyasalaştırılmasının ilk adımları olarak değerlendirilebilir. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi sadece sağlık hizmetlerine yönelik değil, toplumsal bir çağdaşlık projesi olarak başlatılmıştır. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu'nun yürürlüğe konulması sonrasında Sağlık Bakanlığı hastanelerinin yanında Sosyal Sigortalar Kurumu ile üniversite hastanelerinin yaygınlaşmasıyla çok başlı sağlık hizmet sunumu ortaya çıkmış ve siyasi iktidarlar sosyalleştirmenin ilkelerinden uzaklaşmaya başlamıştır. 1980 sonrası küresel özelleştirme rüzgârına, özel sektörün yayılmasına karşın, içleri boşaltılmış olsa da kamu sağlık kurumları varlıklarını korumuşlardır. Her şeye rağmen sağlık ocakları açık kalmıştır. Sağlıkta eşitsizlikler, altyapı sorunları ve parası olmayana kalitesiz hizmet, bu dönemin temel nitelikleri olarak öne çıkmıştır. Kamu kaynakları tedavi edici hizmetlere aktarılmış ve koruyucu hizmetler ihmal edilmiştir. Devlet bütçesinde sağlığın payı azaltılmış ve hastaneler kendi kaynaklarını bulmaya zorlanmıştır. Ülkenin sağlık sistemi felç edilerek, halka ve sağlık çalışanlarına mevcut sistemden "kurtulmaları" gerekçelendirilmiştir. Yaklaşık son elli yılda halkın bütününe koruyucu sağlık hizmetlerini önceleyen, entegre, basamaklandırılmış, genel bütçeden finanse edilen, herkese eşit, ulaşılabilir, nitelikli ve ücretsiz sağlık hizmeti sunmayı hedefleyen ve bunda büyük başarılar elde eden sosyalleştirme anlayışından geri dönmüştür.

Bu alandaki sorunun çözümü olarak 2003 yılında yapılan Halk Sağlığı Kongresi'nin sonuç bildirgesinde; sağlık hizmetlerinin devletin anayasal görevi olduğu hatırlatılarak, bu alandaki özelleştirmeye son verilmesi ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası'nın özü korunarak uygulanması gerektiği vurgulanmıştır²⁶.

Sözü son olarak sosyalleştirmenin mimarı Nusret Fişek'e bırakıyoruz: "Ülkemizde politikacılar ve hükümetler sağlık hizmetlerinin genel bütçeden finansmanını, birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine öncelik verilmesini ve nitelikli sağlık yöneticileri kadrosu oluşturulmasını kabul etmeden ve inançla uygulamadan sağlık hizmetlerinde beklenen ve gereken gelişme sağlanamaz"².

BİLGİ: Bu yazı, 11-14 Mayıs 2011 tarihinde Mersin'de yapılan "VII. Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Günleri" Sempozyumunda poster bildiri olarak sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. TC Resmi Gazete (1961) Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında kanun. 12 Ocak 1961. Sayı: 10705, s: 3076–9.
2. Fişek N. Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Sağlık Politikaları. Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları – I Sağlık Yönetimi. TTB Yayınları Ankara 1991.
3. Altay A. Sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni açılımlar ve Türkiye açısından değerlendirilmesi. Sayıştay Dergisi. 2007;64: 33-58.
4. Aksakoğlu G. Sağlıkta sosyalleştirmenin öyküsü. Memleket Siyaset Yönetim Dergisi. 2008;8: 7–62.
5. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu. Resmi Gazete Tarihi: 06.05.1930, Resmi Gazete Sayısı: 1489. Erişim tarihi: 27 Şubat 2011. Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/1489.pdf&main=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/1489.pdf>
6. Eren N, Tanrıtanır N. Cumhuriyet ve Sağlık. TTB Yayınları. Ankara: 1998. s: 6-22.
7. Akın A. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulamalarının ilk döneminde yönetim (1963–1980) başarılı oldu mu? Sağlık reformlarının sağlık yönetimine etkileri sempozyumu. Sempozyum Kitabı; 2009 19–21 Kasım Bursa s: 4–11.
8. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1963–1967. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı. Ocak 1963.
9. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (1961). Kanunun Resmi Gazete ile İlanı: 20/7/1961, Sayı: 10859. Erişim tarihi: 21 Şubat 2011. Erişim adresi: <http://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa61.htm>
10. Milli Birlik Grubu adına Vehbi ERSÜ'nün konuşma metni. Cumhuriyet Senatosu Tutanak Dergisi. Cilt: 63 Toplantı: 10, 33ncü Birleşim 31.01.1971 s: 578–9.
11. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001–2005. 2003 Yılı Programı. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı.
12. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge (154 sayılı yönerge). T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Tarih: 20.12.2001, Sayı: 8597.
13. Öztekin Z. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde 1980 sonrası yönetim anlayışı. Sağlık reformlarının sağlık yönetimine etkileri sempozyumu. Sempozyum Kitabı; 2009 19–21 Kasım Bursa s: 12–8.
14. Pala K. Türkiye için nasıl bir sağlık reformu? Bursa 2007. Erişim tarihi: 20 Şubat 2011. Erişim adresi: http://www.nilufer.bel.tr/alt/pdf_doc/saglik_reformu.pdf
15. T.C. Milli Birlik Komitesi Genel Kurul Toplantısı Görüşme Tutanakları. Yetmiş birinci Birleşim. 5/1/1961 Perşembe. Cilt 5 Sayfa: 15-41. Erişim tarihi: 13 Mart 2011. Erişim tarihi: 20 Şubat 2011. Erişim adresi: http://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/TUTANAK/MBK_/d00/c005/mbk_00005071.pdf
16. Aytekin AH. 224 ve Sağlık yönetimi. Sağlık reformlarının sağlık yönetimine etkileri sempozyumu. Sempozyum Kitabı; 2009 19–21 Kasım Bursa s: 2–3.
17. Kılıç B, Aksakoğlu G. Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölgeleri (1964–2005). Toplum Hekimliği Bülteni. 2006;25(3):7-14.
18. T.C. Sağlık Bakanlığı stratejik plan 2010-2014. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 788. s: 20.
19. Sağlıkta Dönüşüm. T.C. Sağlık Bakanlığı. Aralık 2003. s: 8.
20. Öztekin Z. Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği. Toplum Hekimliği Bülteni. 2006;25(2):1-6.
21. Öztekin Z. Temel sağlık hizmetleri. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı yayını. İkinci Baskı. Ankara: Meteksan AŞ; 1992.
22. Öztekin Z, ve ark. Herkese Sağlık, Türkiye'nin hedef ve stratejileri (Sağlık 21). Sağlık Bakanlığı Yayınları. Ankara: Barok Matbaacılık; 2001.
23. Tütüncü E. Tekirdağ Milletvekili Meclis Genel Kurul Konuşması. Türkiye Büyük Millet Meclisi Genel Kurul Tutanakları 23. Dönem 2. Yasama Yılı 11. Birleşim 24/Ekim/2007. s: 29. Erişim tarihi: 01 Mart 2011. Erişim adresi: http://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/tutanak_sd.birlesim_baslangic?P4=19981&P5=B&page1=29&page2=29&web_user_id=9033202
24. Kentlerde sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi: Çok sektörlü yaklaşım. TTB Yayınları. İkinci Baskı. Ankara: Birikim Matbaacılık; Ekim 2007. s: 37-42.
25. Sağlık hizmetlerinde piyasalaştırma değil kamucu, eşitlikçi sosyalleştirme. Türk Tabipleri Birliği Raporu 12 Ocak 2011. Erişim tarihi: 27 Şubat 2011. Erişim adresi: <http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/sosyallestirme-2370.html>
26. 8. Ulusal Halk Sağlığı Günleri Sonuç Bildirgesi, Sivas 2003. C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi Özel Eki 2003;25(4).