

# SAĞLIK SOSYOLOJİSİ AÇISINDAN TÜRKİYE'DE SAĞLIK PLANLAMASI

Doç. Dr. M.Sait DOĞAN  
Sakarya Üniversitesi  
Fen Edebiyat Fakültesi  
Sosyoloji Bölümü

## GİRİŞ

Gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetleri organik olarak büyümektedir. Bu şekilde bir büyüme günlük ihtiyaçlara cevap verme zorunluluğu sebebiyle planlı bir gelişme seyri göstermemekte, bunun sonucunda ise belli bir zaman sonra büyüyen sağlık hizmetleri karmaşık bir yapı oluşturmaktadır. Bugün Türkiye şartlarında sağlık hizmetlerinin halka sunulmasında planlı bir gelişmeye ihtiyaç duyulmaktadır.

Bir ülkenin sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi ve planlanmasına pek çok ekonomik, sosyal, kültürel ve politik faktörler etki etmektedir. Yaradandan ötürü yaratılmışları herhangi bir ayırıma tabi tutmadan seven bir anlayışa sahip olan kültür değerlerimiz hasta insana sahip çıkmayı insanlığın, sosyal devletin, sosyal adalet ve ahlakın bir gereği olarak görmeyi emredecektir. Bu sebeple, sağlık hizmetlerine politikanın karışmaması gerekir. Özellikle uygulamada politik tercihlerin yapılması çeşitli hatalara sebep olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin verilmesinde belli sistemler oturtulmalı, hastanelerde görevli bütün sağlık personelinin görev analizleri yapılarak güvenli ve emniyetli çalışma ortamı sağlanmalıdır.

Türkiye'nin son iki yüz yıl içerisinde bilhassa yarım yüzyıldan beri bariz bir sosyal değişme geçirdiği hepimizce malumdur. Bir toplumda değişme ileri derecede yaygın ve derin olabiliyorsa bu toplumun hayat tarzlarında, kurduğu veya kuracağı müesseseler üzerinde de önemli değişimler meydana getirir. Sağlık alanındaki hızlı değişimler sonucu hastalık yükünü ve ileri yaş gruplarına, hasta bakımı hastanelerden evlere ve toplum ihtimamına kaydırmıştır. Değişim hızlı olduğundan, en çok faydayı sağlayacak ve en iyinin yapılmasına imkan verecek yeni ve esnek planların hazırlanabilmesi için sağlık alanına ve topluma ait yeni bilgilere ihtiyaç vardır.

## A. SAĞLIK HİZMETLERİNİN PLANLANMASI

Sağlık hizmetleri ihtiyacının belirlenmesi sağlık hizmetleri sistemimizin gelişmesinde artan bir şekilde rol oynamaktadır. Sağlık problemi, gelişen teknoloji sonucu çok geniş alana özgü disiplinler arası bir şekle dönüşmüş ve rasyonel planlamayı zorunlu kılmıştır.

Dünya Sağlık Teşkilatı'na göre sağlık planlaması; belirli bir zaman içinde sağlık seviyesini yükseltmek için gerekli olan kıt kaynakların optimum kullanılması şeklinde tarif edilmektedir<sup>1</sup>.

Sağlık planlaması için genelde gerekli olan bilgileri şu şekilde sıralayabiliriz: Ülkenin coğrafi ve jeolojik özellikleri, toplumun yaşama şartları, sağlık personelinin mevcut sayısı, meslekî alışkanlıkları ve tıbbî bakım ve tedavi kaynakları, devletin sağlık politikası, organize mevcut sağlık hizmetlerinin incelenmesi, sağlık hizmeti imkanlarından yararlanmanın değerlendirilmesi, sağlık

hizmeti kaynaklarının ve tasarlanan ihtiyaçların değerlendirilmesi, sağlık hizmetlerindeki yenilikler, sağlık hizmetlerinin maliyetleri, hastanelerdeki hasta yatakları sayısı, toplumun kültürel, hukukî kaynakları vb.

Her planda olduğu gibi sağlık planlamasında da planlamanın yapılabilmesi için tespit edilmiş standartlara ihtiyaç vardır. Standartların tespit edilebilmesi için ise iş analizine, iş ölçümlerine vb. teknik çalışmalara ihtiyaç vardır.

Planlamanın doğru ve güvenilir temellere oturtulabilmesi için standartların çok iyi tespit edilmesi gereklidir. Sağlık alanında bir çok standart söz konusudur; fakat bu standartlar ülkeden ülkeye farklılıklar taşımaktadır. Bu standartlardan bazıları şu şekildedir: İlçelerin 1-1,5 saatlik bir ulaşım süresi içinde illerdeki yatak kapasitelerine ulaşılabileceği yerler, hastane kuruluş yeri olarak seçilirler. Hastane mimarî planlamasında bir hasta yatağı için 75-110 metrekarelik yerleşim alanı hesap edilir. 10 bin nüfusa 26 yatak hedeflenir<sup>1</sup>.

Sağlık planlaması makro düzeyde bir planlamadır. Ülkenin sağlık ihtiyaçlarını planlamaya yöneliktir. Genel sağlık planının uygulanabilmesi için bütün sağlık kuruluşlarının ve hastanelerinin bu sağlık planının doğrultusunda hareket etmesi gereklidir.

#### **a. Sağlık Hizmetlerinin Planlanmasının Sebepleri**

Sağlık hizmetlerinin planlanmasını gerekli kılan çeşitli sebeplerden bazılarını şu şekilde sıralayabiliriz:

- 1- Tıp ve teknolojinin hızlı gelişmesi sonucunda eskiden tedavi edilemeyen hastalıkların tedavilerinin mümkün olması ve bu durumun sağlık kuruluşlarının ve hastanelerinin gelişmesini sağlaması.
- 2- Bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, hastalıkların erken teşhisi, çevre sağlığı ile ilgili etkili programların uygulanması, ortalama hayat süresinin uzamasını sağlaması ve bunun da sağlık hizmeti taleplerini etkilemesi.
- 3- Sağlık politikasını tespit edenlerin sınırlı sağlık kaynaklarını toplumun her kesimine eşit şekilde dağıtımını sağlamada problem ve güçlüklerle karşılaşmaları.
- 4- Hava kirliliği, gürültü, içilebilir su kaynaklarının durumu, sosyal ve kültürel şartlardaki değişme ve bunlarla ilgili uzun vadeli planların yapılmasını gerekli kılması.
- 5- Hasta bakımı maliyetlerinin süratle artması ve bunun sonucu olarak finansman ve sağlık hizmeti kalitesinde güçlüklerin meydana çıkması gibi durumlar sağlık planlamasını gerekli kılmaktadır.

#### **b. Sağlık Planlamasının Kapsamı**

Sağlık planı esnek, sade, muhtevalı ve kademeli olmalıdır. Planın bütün üniteleri sosyo-ekonomik, kültürel yapıya uyumlu, her kademesi karara bağlanmış ve malî yükünün açıkça belirtilmiş olması gerekir.

Yapılmak istenen plan özelliklerini şu şekilde sıralayabiliriz:

- 1- Gelişmeye ve uygulamaya açık olmalı.
- 2- Mevcut kaynakları ve potansiyeli çok iyi kullanmalı.
- 3- Dengeli, detaylı ve ilk etapta yapılması gerekli işlemleri tespit etmiş olmalı.

Planlı hızlı bir çözüm getirmesi için hedef aldığı ölçüler şunlardır:

Problemlere kesin çözüm, planlama sırasında getirilmeli, ayrıca bir sonraki planlı devre içinde zemin ve zaman oluşturulmalıdır. Bu faktörlerden başka sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden birinci derecede sorumlu olan doktor ve sağlık personelinin yetiştirilmesi, belli zaman dilimleri içerisinde hizmet içi eğitimle meslekî bilgilerinin sürekli olarak yükseltilmesi, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi gibi konular sağlık planının hedeflediği konulardır.

### c. Sağlık Planlamasının Merhaleleri

Sağlık planlarının hazırlanmasındaki hususları şu şekilde sıralayabiliriz:

- 1- *Gayelerin Tespiti*: Sağlık planlamasında en önemli husus gayelerin tespitidir. Mesela, sık görülen hastalıkların ve ishallerin önlenmesi gaye olarak tespit edilebilir.
- 2- *Gelecekteki Problemlerin ve Kaynakların Tahmini*: Gelecekteki 5, 10, 15 yıl içindeki sağlık problemlerinin ne olacağı tahmin edilmelidir. Sözelimi; nüfus yapısındaki değişiklikler, ortalama yaş gibi faktörlerde para, personel, bina vb. ihtiyaçların ne olacağını tespiti yapılmalıdır. Bugün Türkiye’de bebek ölüm oranı, kazalardan dolayı ölümler çok yüksek orandadır<sup>1</sup>. Sağlık sektörü yeterince faal değildir. Politikalar iyi niyetli, fakat başarısızdır. Planlamada koordinasyon eksiktir. Hizmetler ihtiyaca uygun olarak verilememektedir.
- 3- *Muhtemel Kaynaklara Göre Politika ve Alternatiflerin Seçimi*: Yeni doktor, hemşire vb. sağlık personeli yetiştirilmesi, hasta bakıcıların eğitilerek yardımcı hemşireliğe tayini veya alternatiflerden hangisinin seçileceği belirtilir.
- 4- *Seçilen Alternatife Uygun Program Yapılması*: On yıl sonra 10 bin hekim, 20 bin hemşire vb. personel ihtiyacının karşılanabilmesi için programlar yapılmasıdır.

Sağlık hizmetlerinin planlanmasının merhaleleri incelendiğinde üç ana kademedeyen meydana geldiği görülmektedir. Birinci merhalede, sağlık hizmetlerinin nerede ve ne durumda olduğu ölçülerle ortaya konulur. İkinci merhalede, toplumun ihtiyaçları eldeki imkanları ve sağlık bilimlerindeki milletlerarası gelişmeler göz önüne alınır, istenen gayeler tespit edilir. Üçüncü merhalede ise bu gayelere hangi plan ve programların uygulanması ile ulaşılabileceği ortaya konulur.

## B. SAĞLIK PLANLAMASINDA ROL OYNAYAN FAKTÖRLER

### a. Kültürel Faktörler

Planlamada kültürel kavramların da önemli bir yeri vardır. Bu durum ülkeden ülkeye değişir. Batı hayat tarzının esasını Greco-Hristiyan kültürü şekillendirmiştir. Selçuklu ve Osmanlı Türkleri devirlerinde inşa edilen darüşşifa yurtlarının yapılmasında da dini inanışların büyük rolü olmuştur<sup>1</sup>. Topluma götürülecek hizmetin vasfı ne olursa olsun yapılacak iş o bölgedeki sosyal hizmet yürüten kuruluşlarla yakın ilişki içine girmek gerekir.

### b. Psikolojik Faktörler

En iyi planları yapan da uygulayan da insandır. Bunun için planın faydasına hem planlılar hem de hizmeti alan vatandaş inanmalıdır. Çağımız bir iletişim

çağıdır. Hizmette süratliliğin ve verimin artması için bütün kişi ve müesseselerle beşeri münasebetlerin çok iyi olması gerekir.

### **c. Ekonomik Faktörler**

Bugün dünyanın hangi ülkesinde olursa olsun sağlık hizmetlerini yürütmek için büyük maddi kaynaklara ihtiyaç vardır. Hizmetin türü o ülkenin ekonomik gücü ile ilgilidir. Ülkelerde sistem farklı olabilir, Türkiye’de de harcama kaynakları çeşitlidir. Bunlar bakanlık, fon, genel sigorta gibi kaynak gelirleridir. Sağlık hizmetleri sanayileşmiş ve gelişmiş ülkelerde, gelişmekte olan ülkelerinkinden çok daha yüksektir. Sağlık hizmetlerinin maddi ağırlığı sağlık planlamacısının en büyük derdidir. Genellikle bir çok ülkede sağlık harcamasının büyük oranı hastanelere ayrılmıştır. İşte burada hastanelerin daha faal ve rasyonel kullanılmasını sağlamak için planlama acilen gereklidir.

### **d. Sosyal ve Politik Faktörler**

Sağlık hizmetlerinin verilmiş şekli o ülkedeki politik sistemin temel yapısını gösterir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı bütün dünyada üzerinde önemli durulan ve tartışılan bir konudur. Bugünkü mevcut sistem üç grupta toplanabilir. Bunların ilki bütün sağlık hizmetlerinin devlet tarafından vatandaşa verilmesidir. Bu sistemde sağlık giderleri bütünüyle devlet bütçesinden karşılanmakta, kişiler ayrıca bir katkıda bulunmamaktadır. Sistemin kaynağı genel vergilerdir. Dünyadaki bir diğer sistem, bütünüyle serbest Pazar ekonomisine dayanmaktadır. Fiyatlar pazar şartlarında teşekkül eder, bireyle doğrudan harcamalarda bulunarak hizmet satın alırlar. Üçüncü model ise sağlık sigortası modelidir. Bu sistemde bireyler belirli miktarda prim öderler. Böylece kaynak oluşur. Sigortalıların sağlık harcamaları bu kaynaktan karşılanır<sup>1</sup>.

Endüstrileşmiş ülkelerin bir çoğu sigorta sistemini benimsemişlerdir. Ancak bu ülkelerde yüksek teknolojinin getirdiği pahalı teşhis ve tedavi yöntemleri, artık sigortalıların karşılanamaz haldedir.

Sağlık hizmetlerinin bütünüyle devlet tarafından verildiği sistemler daha ziyade Rusya gibi ülkelerde uygulanmaya konmuştur. Bütün sistemlerdeki farklılıklara rağmen tüm hükümetlerin gayesi halka hizmet etmek ve halkın sağlıkla ilgili problemlerini yok etmektir.

Politikacılar kendilerine destek sağlayan grupları memnun etmek gayretindedirler. Bu sebepten dolayıdır ki doğdukları veya seçildikleri şehirlere hastane, sağlık ocağı açmak isteyebilirler. İşte burada sağlık planlamacılarına büyük görev düşmektedir. Halka götürülecek sağlık hizmeti planlamanın hedefi doğrultusunda verilmelidir.

Yurt içinde ve yurt dışındaki memurların görevlerinde gereksiz yer değiştirmeleri planlamayı zorlaştırabilir.

## **C. SAĞLIK PLANLAMASINI ZORLAŞTIRAN GENEL SEBEPLER**

### **a. Nüfus Dağılımı**

Nüfus; bir yerde, bir ülkede oturan insanların toplam sayısıdır. Nüfusun yaşa, cinsiyete, yerleşme yerinin tipine göre dağılımı sağlık hizmetlerinin

teşkilatlanma ve uygulanmasında ve hatta hastalıkların epidemiolojik incelenmesinde büyük önem taşır. Konuya bu açıdan bakınca nüfus dağılımı sağlık planlamasını zorlaştıran sebeplerden birisidir.

Türkiye’de nüfus yaklaşık yılda %3 oranında artmakta ve genel olarak km<sup>2</sup>’ye 41 kişi düştüğü halde, mesela Trakya’da bu oran 111 kişi/km<sup>2</sup> , Orta Anadolu’da 33 kişi/km<sup>2</sup> , Doğu Anadolu’da 23 kişi/km<sup>2</sup> olarak değişmektedir<sup>1</sup>.

Nüfusun bölgeler arasındaki bu dengesiz dağılımı sağlık planlamasını zorlaştırmaktadır. Hastane, servis veya hasta yatağı planlanmasında yaş gruplarına göre hastalık ve ölüm miktarlarını bilmekte fayda vardır. Uzun ömürlü insanların yaşadığı bölgelerdeki hastanelerin hasta yataklarının daha fazla olması gereklidir.

## **b. Yetişmiş İnsan Gücü**

İnsan gücü kendisinden vazgeçilmesi mümkün olmayan bir kaynaktır. Çünkü çağımızın en gelişmiş makineleri insan buluşu ve emeğinin ürünüdür ve yine insan eli ile çalışmaktadır. Her insandan en fazla verimi sağlamak için yönetim tekniklerinden ve teşvik tedbirlerinden yararlanarak sağlık hizmetlerini planlamak ve halka sunmak en uygun yollardan birisidir. Az gelişmiş ülkelerde ise sayısal ihtiyaç az, fakat nitelikli insan gücüne ihtiyaç fazladır.

Milletlerin devletlerin ve kurulan her türlü müesseselerin planlayıcısı ve işletmecisi hep insan olmuştur. Önemli olan insanların vasıflarıdır.

- *Karşılaşılan psikolojik baskılar:* Sağlık hizmetlerini yürütmek zor bir iştir. Çünkü sağlığın hem maliyetinin pahalı hem de uygulanacak olan kararın geniş halk tabakalarını ilgilendirir olması mesuliyeti artırır. Bütün bu sebepler psikolojik gerginlik meydana getirmektedir. Alınması gereken veya alınacak herhangi bir kararla ilgili bazı sosyal grup ve siyasi partilerin baskıları da sağlık planlanmasında önemli bir faktördür. Bu gibi hususlar sağlık hizmetlerini ve sağlık planlamasını olumsuz yönde etkiler.
- *Karar verme kabiliyeti:* Sağlık planlamasını yürütmek personel, eğitim, doğum, insan gücü gibi yönetim ve istihdam konularıyla ilgilidir. Bu ve bunun benzeri hususlar sağlık planlamasını direkt olarak etkiler. Çünkü sağlık planlamacısı icraat yaparken yukarıda sözünü ettiğimiz amiller üzerinde nüfuz sahibi değildir. Sağlık planının maliyeti her yıl veya beş yılda bir yapılan plan doğrultusunda bütçe kaynakları ile tespit edilir. Eldeki mevcut maddi kaynaklar kanun ve yönetmeliklerle sınırlanmıştır.

## **c. Koruyucu Tıp Hizmetleri**

Genel gayeleri ve bugünkü görüşlere göre koruyucu tıp hizmetlerinin tarifi şöyle yapılmaktadır; “Koruyucu Tıp: Fertlerin, toplumların sağlık durumlarını takviye ve yükseltmeye, sağlıklarına gelebilecek zararları önlemeye, herhangi bir hastalık veya kazanın geçmesinden sonra mevcut şartları bütün tıbbî ve teknik imkanları kullanarak sağlık şartlarını iyileştirmeye çalışan bir tıp dalıdır”<sup>1</sup>.

Koruyucu tıp hizmetlerini dört ana başlık altında toplayabiliriz: Ana ve çocuk sağlığı hizmetleri, çevre sağlığı hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri, halk sağlığı hizmetleri.

**Ana ve Çocuk Sağlığı Hizmetleri:** Nüfusumuzun beşte birini 15-44 yaşları arasındaki hanımlar, diğer beşte birini ise 0-6 yaş grubundaki çocuklar meydana

getirir. Buna göre ülkemizde 22 milyon dolayında ana ve çocuk vardır. Toplumun bu kadar geniş bir kesimini ilgilendiren ana ve çocuk sağlığı hizmetleri milletlerin önemli sağlık problemlerinden birisidir<sup>1</sup>.

Ülkemizde ana ve çocuk ölüm hızı çok yüksektir. Ana ölüm hızı onbinde 20 dolayındadır. Bir başka deyişle bir yıldaki her on bin doğuma karşılık 20 anne, gebeliğe bağlı herhangi bir sebeple ölmektedir. Ülkemizde her yıl 1,5 milyon canlı doğum olduğu düşünülürse ana ölümlerinin çok fazla olduğu anlaşılır.

Bu oran ABD'nin yirmi, İsveç'in otuz katıdır. Ülkemizde bebek ölüm hızı da çok yüksek denebilecek seviyededir. Doğan her 1000 bebekten 80 tanesi henüz birinci yaş günlerini görmeden ölmektedir. Bu oran bir çok batı ülkesine göre çok yüksektir. Ülkemizdeki çocuklar genellikle korunulması kolay olan iyileştirilebilen ishal, zatürece gibi hastalıklardan ölmektedir<sup>1</sup>. Ana ve çocuk sağlığındaki yüksek ölüm hızı sağlık planlamasını menfi yönde etkilemektedir.

**Çevre Sağlığı Hizmetleri:** İnsan ve hayatın fizik çevresinde bulunan ve sağlığına zararlı tesir yapan veya yapabilecek bütün şartların ıslahı olarak belirtilmiştir. İnsanlar sürekli olarak doğaya sahip olmaya çalışmışlardır. Bu gelişmeler de çevre sağlığını doğurmuştur. Günümüzde ise doğal kaynak tahribi ve çevre kirlenmesi sonucu doğal denge bozularak insan sağlığını tehdit eder hale gelmiştir. Çevre meselelerinin temelinde, toplumda çevre koruma şuurunun olmayışı, gelişen teknoloji ile beraber sağlıklı alt yapının kurulmaması yatmaktadır. Bu gibi bir çok sebepler de sağlık planlamasını zorlaştırabilmektedir.

**Rehabilitasyon Hizmetleri:** "Rehabilitasyon" terimi yaşlanmanın bir sonucu olarak meydana çıkan özürülü kişiyi mevcut imkanlar içerisinde maddi ve manevi bakımdan en yüksek seviyeye ulaştırabilecek gayretlerin bütünüdür. Bir ülkenin sosyal refah devleti olabilmesi için milli gelirden payını en yüksek şekilde alması ve o ülkedeki insanların iş güçlerini kaybetmeden istihdam edilmesi ile mümkün olabilir. Sakat ve işsizlerle dolu bir ülkede sağlık planlaması yapmak çok güç olabilir.

**Halk Sağlığı Hizmeti:** Bu hizmet yalnız şahsı değil, toplumu hedef alır. Öz olarak söylemek gerekirse, koruyucu tedbirler bütün kitle içindir. Sıvı ve katı atıkların yok edilmesi, besinlerin sağlık açısından yenilebilir hale getirilmesi, sakatlık ve ölüme sebep olan hastalıklarla mücadele, hastane ve hastane sonrası bakımın sağlanması bu hizmet alanının sınırları içine girer. Sağlıklı toplum, sağlıklı fertlerden meydana gelmektedir. Bu sebeple de toplumun sağlığı ile sağlık planlaması arasında önemli münasebetler vardır.

Sanatını icra eden bütün hekimlerin teşhis ve tedavi edici fonksiyonu yanında, hastalanan kişi ve aile çevresi için yapmaya mecbur olduğu koruyucu hekimlik hizmetleri vardır. Bunlar hastalığın kaynağının aile içinde ve ailenin yakınları arasında aranması, şahıs olarak sağlık eğitimi yapılması, hastanın etrafının korunması vs. gibi hususlardır. Çünkü koruma, tedaviden hem üstün, hem de kolaydır.

#### **d. Ara Teknik Eleman (Aletleri Kullanacak İnsan)**

Mevcut hastanelerimizde su, elektrik, asansör, havalandırma, ısıtma, çamaşırhane, yemekhane gibi yardımcı tesislerin bakımı için yeterli sayıda mühendis ve teknik personel bulunmamaktadır.

Tıbbi cihazların seçilmesi, ön ve kati kabul muayenesi, kullanımı, ayarı ve koruyucu bakımı tıbbi cihazların kesintisiz ve doğru çalışmasını sağlayacak biyo-medikal mühendislerinin bulunmadığı tespit edilmiştir. Bu gibi unsurlar sağlık planlamasını zorlaştırmaktadır.

Yüksek teknolojinin getirdiği komplike tıbbi cihazların alımında, kullanımında ve koruyucu bakımında biyo-medikal mühendisliği servislerinin hastanelere temini gerekir. Aksi halde yüksek yatırımlar karşılığı beklenen doğru ve çabuk teşhis ve tedavi ile cihazların sürekli çalışması sağlanamayacak ve hasta başına düşen cihaz yatırımı çok yüksek olacaktır.

## **D. TÜRKİYE'DE TABABET VE HASTANE HİZMETLERİ**

### **a. İslâm'dan Önce Türklerde Tababet ve Hastaneler**

Türkler'in anayurdu olan Orta-Asya'da çok eski zamanlarda büyük bir medeniyetin kurulduğunun bilinmesine rağmen tıba ait bilgilerimiz çok azdır. Çünkü, medeniyetin beşiği olarak kabul edilen Orta-Asya'da yeteri kadar kazılar yapılmadığı gibi, Türk tarihi ve Türk medeniyet tarihi ile ilgili zengin bilgilere sahip olduğunu tahmin ettiğimiz Çin kaynaklarından da henüz yeterince istifade edilememiştir.

Yabancı bilim heyetlerince yapılan kazılardan elde edilen bilgiler Türkmenistan'da en az 6 bin yıllık bir medeniyetin varlığına işaret etmektedir. Ancak bu medeniyetin boyutları hakkında tatminkar bilgilere sahip değiliz.

Fakat Finlandiya'lı Türkolog G.J. Ramstedt'in tespit ettiği gibi, Çin ve Kore dillerine birçok kelime veren Türk kültürü muhakkak ki tababette Çin'den geri değildi.

Mitolojideki Türk tanrılarında biri hastalık tanrısıdır. Yakut Türklerinin "Ayzıt" adındaki tanrıçaları güzellik tanrıçaları olmakla beraber, halk onu sağlıklı da ilgili kılmıştır. Fakat bu güzellik tanrıçası Yunanlılar'ın Afrodit'i gibi fuhşu değil, iffeti temsil eder. Yakutların inançlarına göre bir kadın doğuracağı zaman Ayzıt, lohusanın yanına gelir gebe kadınları himayesi altına alır. Çocuk doğunca "süt gölü"nden getirdiği damlayı çocuğun ağzına damlatır.

Milli Türk içkilerinden olan ve bol bol kullanılan "kırmızı" keyif verici özelliği ile beraber tedavi edici bir özelliğe de sahiptir. Nitekim Şeref Zaman el-Mervazi (1120) "Tabai'ül-hayevan" adlı eserinde bazı Türk kabilelerinin yazın kısırak sütü, kışın da güneşte kurutulmuş etle geçindiklerini yazmaktadır. Türk hekimi kırmızı, hastalıkları iyileştiren bir ilaç olarak keşfetmiş, tedavi edici özelliğinden dolayı da bol bol kullanılmasını istemişlerdir.

Türklerin binlerce yıldan beri şuurlu olarak uyguladıkları, Anadolu'da da halen tedavide tatbik edilen geleneksel bir halk tababetine sahip oldukları da bilinmektedir. Mesela köylüler, peynir küfünü halen yaraların üstüne koymakta ve hastalığı bu yolla tedavi etmektedirler. Bu geleneğin kaç asırlık bir maziye sahip olduğu bilinmemektedir. Ancak son zamanlarda İngiliz bilgini Fleming Stafilokok, ekilmiş kanlı jelozlar üstündeki kolonilerin küfler tarafından yenildiğini tespit ederek çağın en büyük keşiflerinden sayılan penisilini (Penicillium) bulmuştur.

Çiçek salgınında herkesin, genellikle de daha önce çiçek geçirenlerin bu hastalığa yakalanmayışı, Türkistan, Çin ve Uzak Doğu'daki halk ulularını

düşündürmüştür. Bu düşüncelerinin eseri olarak çiçek yarasındaki irin, bir ceviz kabuğunda ilkbahara kadar muhafaza edilmiş ve gül suyu ile sıvılaştırılarak çocukların kollarına sürülmek suretiyle bünyelerine geçirilmiştir<sup>1</sup>.

Çiçek aşısının laboratuvarlarda keşfedilmesi için de Türkiye'deki İngiliz elçisinin eşi Lady Montegu'nun 17 Nisan 1717 tarihli mektubunda söz konusu halk tababetinden bahsetmesi gerekmiştir.

Türklerin ilk dini olan Gök Tanrı dininin dini lideri olan "KAM"lar dini vazifeleri yerine getirmeleri yanında toplumda sağlık hizmetlerinin de yürüttüğü görevini yapıyorlardı.

Eski Türk kavimlerinde bir kimse hasta olduğu zaman evinin yanına bir çadır kurularak hasta bunun içerisine alınır ve sağlamlardan tecrit edilir. Hastalığa fena ruhların sebep olduğu, hastanın yanına girenlere de fena ruhların geçeceği inanı vardı.

Hastaların yanına yalnız "kam"lar girer, hasta çadırları üzerinde bulunan özel bir bayrak da sağlam insanların yanlışlıkla çadıra girmelerini engellerdi. Hasta ölürse hemen defnedilir, eşyaları ateşte yakılmadan kullanılmazdı.

Bu davranışlar tecridin, dezenfeksiyonun ve cesetlerin bozulmadan defni gibi özelliklerin eski Türk kavimleri tarafından yaygın olarak uygulandığını göstermektedir. Kötü ruh olarak ifade edilen hastalık kavramı ise, mikroskobik hastalık unsurlarından başka bir şey değildir.

Hastalara verilen en önemli gıda olan yoğurt, Türkler tarafından keşfedilmiş olup, hemen her türden hastalıkta bugün de aynı şekliyle faydalı bir besin olarak kullanılmaktadır<sup>1</sup>.

"KAM"ların hasta tedavisinde ruhsal etkenler yanında şifalı bitkiler de kullandıkları bilinmektedir.

Eski Türk kavimleri savaşçı özellikleri sebebiyle küçük cerrahi teknikleri yaygın olarak kullanmışlardır. Ayrıca salgın hastalıklar ve enfeksiyonu önleme gayesiyle harp sahalarında sirkeyi dezenfektan madde olarak kullanmışlardır. Ayrıca Kaşgarlı Mahmud'un Divanü Lugati't-Türk'ünde bahsedildiği gibi (mendil) Türklerin burun temizliğinde kullandıkları bez olarak geçmekte olup, kişisel hijyen ve pantolonun icadı ile at üzerine binmede ve hareket serbestisi sağlamada giyinme hijyeni kurallarının ilk nüvelerini ortaya koyduklarını görmekteyiz<sup>1</sup>.

Yazılı bir diğer kaynak olan Manas Destanı'nda da hasta bakım hizmetlerine ait birçok bilgiye rastlanmaktadır. Manas'ın zevcesi düşmanlarla savaşırken yaralanan eşini çiçeklerden yaptığı ilaçlar ve "KAM"ların tavsiye ettiği usullerle tedavi ettirdiği, iyileştirdiği bahsi geçmektedir.

*Göktürkler'de Tıp:* Göktürkler'in halk sağlığına daha o yüzyıllarda önem verdiklerini görürüz. Su kanalları buna güzel bir örnektir. Rus arkeologlar tarafından bulunmuş olan bu kanallar işleme çok zor kayalık bir arazide iki vadiyi birbirine birleştirir. Uzunluğu 10 kilometre olan ve yüksek matematik bilgisi ile yapılan bu kanallar, halk sağlığı ve temizlik açısından da önemlidir<sup>1</sup>.

O devirden kalma kaya, mermer ve vazo üzerlerine çizilen resimlerden savaşta yaralanan kahramanlara sargılı tedavi usullerinin uygulanmakta olduğunu görüyoruz. Diğer taraftan demircilikte çok ileri giden Göktürkler, çeşitli madenlerden de ilaç kapları yapmışlardır<sup>1</sup>.

*Uygurlar'da Tıp:* Uygur tababeti ile ilgili bilgilerimiz diğer Türk boylarının tababeti ile ilgili bilgilerden daha fazladır. Çünkü İslam'dan önceki diğer Türk



boylarına nisbetle Uygurlar'ın kurduğu imparatorluk daha yakın zamana rastladığı için tababetle ilgili birçok Uygur metni günümüze kadar intikal etmiştir.

Eldeki metinlerden Uygurlar'ın ilaç imalinde ilmi esaslara dayandıklarını öğreniyoruz. Yine aynı metinlerden ilaç yapmakta kullanılan aletlerin zenginliğini; hangi ilacın nerede, ne zaman ve ne şekilde kullanıldığını, toprak, nebat ve sudan ilaç imal ettiklerini anlamak mümkündür. "İşgün" adını verdikleri bir ilacı çiçek hastalığının tedavisinde kullandıkları görülmüştür<sup>1</sup>.

Turfan kazılarında çıkan belgelerden Uygurlar'ın kalp, kulak, burun, boğaz, deri, göz, diş, solunum yolları, sindirim sistemi, idrar yolları vb. hastalıklarla, çeşitli iç hastalıkları dahil 88 türlü hastalığın tedavisi yapıyordu.

### **b. İslâm'ın Gelişinden Sonra Türkler'de Tababet**

*Büyük Selçuklu İmparatorluğu:* Büyük Selçuklu İmparatorluğu dört asır sürmüştür. Tababeti aldıkları noktada bırakmayarak onun gelişmesine çalışmışlardır. Fakat bu devrede yazılan eserler hep Arapça ve Farsça oldukları için Türkler'in büyük hizmetleri unutulmuştur.

Vücut temizliğine Selçuklular çok önem vermişlerdir. Bugün Selçuklular devrinden kalma hamamlar ve ılıcalar bunun yaşayan canlı şahitleridir.

Horasan Selçuklu Hükümdarlarından Alp Arslan'ın oğlu Melikşah (1072) babasının büyük veziri Nizam'ül-Mülk ile ilme, bilhassa tababete büyük hizmet etmişlerdir. Sultan Mehmet bin Melikşah devrinde Selçuklu ordularında 40 adet katırla nakledilen seyyar hastaneler vardı.

Bu devirde Horasan, İran, Azerbaycan ve Irak'ta yapılan hastaneler ve imaretler aynı zamanda kıymetli birer sanat eseridir. Büveydoğullarından Adudu Devlet tarafından Bağdat'ta yaptırılan ve zamanla harabolan hastane Selçuklu Tuğrul Bey'in emri ile tamir ettirilmiş, Vakıflar ihya edilmiş, vakıf gelirleri ile hastanenin bütün işleri ve ilaçları temin edilmiştir. Sadece 28 tabip tayin edildiğini söylemek hastanenin, bugünkü ölçülerde bile ne kadar büyük bir müessese olduğunu hakkında bilgi verebilir<sup>1</sup>. Adı geçen hastane bu devirde de pek meşhurdur. Burası hekim yetiştirmiş yüksek bir tıp merkezidir.

*Anadolu Selçukluları:* Anadolu Selçukluları da sağlık ilimlerine ve sağlık tesislerine büyük önem vermişlerdir. Anadolu'nun çeşitli yerlerindeki sağlık merkezlerinde hekim yetiştirmişlerdir.

Selçuklu devrinde yapılan hastaneler külliye halinde inşa edilmişlerdir. Yani cami, medrese, hamam ve hastane bir arada çeşitli hükümdarlar veya yakınları tarafından yaptırılmışlardır. Bunların devamlılığı zengin vakıflara bağlanmak suretiyle sağlanıyordu. Selçuklular devrinde hastanelere, Darüşşifa, Bimarhane gibi adlar verilirdi.

Bu vakıf müesseseleri kendi özel gayeleri yanında sağlık hizmetleriyle de ilgilenmişlerdir. Bütün bu teşkilatlarda hasta bakım ve tedavisi ücretsiz olarak yapılmakta olup, giderler vakıf gelirlerinden karşılanmaktaydı.

Anadolu Selçukluları zamanında 1205 yılında Kayseri'de Kılıç Arslan'ın oğlu I.Gıyaseddin Keyhüsrev'in, ikinci saltanatı zamanında kız kardeşi Gevher Nesibe Sultan ile beraber yaptırıkları Gevher Nesibe Hastanesi eski bir irfan ocağımızın sembolüdür<sup>1</sup>.

Anadolu'da yapılan en büyük hastanelerden biri de 1217'de I. Keykâvûs'un Sivas'ta yaptırdığı darüşşifa'dır. Yine Sivas'ta 1320 tarihinde Selçuklu emirlerinden Kemaleddin Ahmet Ahat oğullarının dindar alimler, fakir ve miskinlere ait yapılan

darüşşifa da mühim bir sosyal müessesedir<sup>1</sup>. Buradaki taşta Selçukluların hastanelerine koydukları sembol olan birbirine geçmiş iki yılan şeklini görürüz. Çift yılan İstanbul Üniversitesi Tıp Tarih Enstitüsü'nce de sembol olarak seçilmiş ve bunun bir rozeti Türk tababetinin sembolü olarak tıp talebesi ve hekimler tarafından takılmaktadır.

Kastamonu'da ise Selçuklu Devlet adamlarından Muiniddin Süleyman Pervane'nin oğlu Ali'nin 1272'de yapılmış hastanesi vardır<sup>1</sup>.

*Osmanlılar'da:* Osmanlı İmparatorluğu devrinde de hastane hizmetleri Selçuklular devrindeki ihtişamı ile devam etmiş, hastaneler büyük vakıfların geliriyle desteklenerek imparatorluk süresince yaşatılmaya çalışılmıştır.

Osmanlılar döneminde kurulan bazı önemli sağlık müesseseleri şunlardır:

*Bursa'da Yıldırım Bayezid Hastanesi:* 1326 yılında şehri feth eden Osmanlılar birkaç yıl sonra, kadınlar ve erkekler kısmı ve hamamıyla bir hastane kurmuşlardır. Bu Sultan Orhan zamanındaki hastanedir. 1390-94'te Yıldırım Bayezid Bursa'da yeni bir hastane inşa ettirmiştir<sup>1</sup>.

*İstanbul'da Fatih Sultan Mehmed Hastanesi ve Üniversitesi:* Bugün izi bile kalmayan Fatih Hastanesi 1471'de yapılmıştır. Evliya Çelebi bu hastanede XVII. yüzyıl ortalarında 200 personel bulunduğunu yazmaktadır.

*Edirne'de II. Sultan Bayezid Hastanesi:* Bayezid'in 23 Mayıs 1484'te tahta geçişinin üçüncü yıldönümünde bizzat temellerini attığı Edirne Sultan Bayezid külliyesinin bir parçasını teşkil eden bu hastane muazzam vakıflarıyla beslenmekteydi. Külliyyede 167 görevli çalışmaktaydı. Bu hastaneden başka Edirne'de bir de Sultan Bayezid'in akıl hastanesi bulunmaktadır. Akıl hastanesi binası altıgendir.

*Manisa'da Hafsa Sultan Hastanesi:* 1539'da Manisa Darüşşifası Kanuni Sultan Süleyman'ın annesi Hafsa Sultan'ın Sultan Camii adı ile yaptırdığı caminin etrafında geliştirdiği hayır müesseselerinden biridir. 20 hastalık kapasitesi vardı. Fakat ayakta büyük ölçüde hasta tedavi edilmekteydi. Beş hekim, dört eczacı ve buna göre personeli vardı. Zengin vakıflarla beslenen ve o zaman "tumarhane" denilen akıl hastanesinin başına, devrin tanınmış bilgin ve doktorlarından Şeyh Merkez Efendi getirilmiş ve hastanedeki deliler müzikle ve şiirle tedavi edilmiştir.

*Gurebâ Hastanesi:* İstanbul Gurebâ Hastanesi 1843 senesinde Sultan Abdülmecid'in annesi Bezm-i Alem Sultan tarafından yaptırılmıştır. Türkler'in yaptırdığı sağlık müesseselerinden ilk defa "Hastahane" adı bu müessese için kullanılmıştır. Ondan önceki müesseselere Darüşşifa, Bimarhane gibi isimler veriliyordu<sup>1</sup>.

*Enderun Hastanesi:* Edirne ve İstanbul'daki saray hastaneleri hakkında XVII. yüzyılda Türkiye'de ziyaret eden seyyahların eserlerinde bazı bilgiler vardır. 1856-57 senesinde bir yangınla tamamen ortadan kalkan ve Fatih Sultan Mehmed tarafından tesis edilen Enderun Hastanesi planını ve diğer bilgeleri Alberto Bobovio'un 1665 senesinde İtalyanca olarak yazdığı Topkapı sarayını tasvir eden el yazma kitabında bulmaktayız. Enderun'da bulunan bu sağlık tesisinde sarayın her bölümünün ayrı ayrı hastanesi bulunmakta ve hastane Bimarhane Ağası denilen idari amir tarafından yönetilmekteydi<sup>1</sup>.

### c. Cumhuriyet Dönemi Türkler’de Tababet

*1920-1937 Dönemi:* Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı 3 Mayıs 1920 tarihinde kurulmuştur. Daha önce, Osmanlı İmparatorluğu’nun son dönemlerinde sağlık hizmetleri, İçişleri Bakanlığı’na bağlı bir Genel Müdürlük tarafından yürütülüyordu.

TBMM döneminin ilk Sağlık Bakanı Dr.Adnan ADIVAR, bir sıhhat memuru ile birlikte Ankara Vilayet Konağı’nın bir odasında göreve başladığında, sağlık teşkilatı ve hizmetlere ilişkin hiçbir kayıt ve bilgi yoktur. Dolayısıyla Bakanlığın ilk yılları bilgi toplamak, İstanbul’dan sağlık hizmetlerini ilgilendiren kanunları getirmek, cepheden gelen yaralıları iyileştirmek ve iki milyona yakın iç ve dış göçmeni yerleştirmek çabalarıyla geçmiştir.

Cumhuriyet döneminin ilk Sağlık Bakanı Dr.Refik Saydam, kısa bir süre dışında 1937 yılına kadar bakanlık yapmıştır. Saydam; ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin kuruluşunda ve gelişmesinde en büyük katkısı olan kişidir. O nedenle, Saydam’ın düşüncelerinin ve uygulamalarının bilinmesi gerekir.

Refik Saydam’ın sağlık hizmetlerinin sunulduğunda benimsediği temel ilke; koruyucu hizmetlere öncelik verilmesidir. Ona göre, hekimlerin ve Bakanlığın asıl sorumluluğu, hastaları iyileştirmekten çok sağlıklı olanların bu durumlarının korunmasıdır. Saydam’a göre, tedavi edici hizmetler, hükümetlerin değil yerel yöneticilerin görevidir. Hükümetin bu konudaki görevi, yerel yönetimlere yol göstermektir. Saydam, belediyelere hastane işletmesi konusunda eğitici örnekler olması gayesiyle Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır’da “Numune” hastaneleri açılmıştır. Nitekim hastanelerin yapımı ve idaresi belediye, özel idare, vakıf gibi teşkilatlara bırakılmıştır. Hastane tedavisini teşvik bakımından 1924 yılında Ankara, İstanbul, Sivas, Trabzon, Erzurum ve Diyarbakır illerinde birer örnek hastane yaptırılmıştır ve o ilini adı ile anılmak üzere numune hastaneleri hizmete açılmıştır<sup>1</sup>.

Refik Saydam diğer taraftan önemli hastalıklarla da mücadele etmiştir. Önemli hastalık, en çok öldüren en son görülen veya sakat bırakan hastalık demektir. O dönemin önemli hastalıkları olan sıtma, frengi, trahom gibi hastalıklarla savaş için özel teşkilatlar kurulmuştur.

Bulaşıcı hastalıkların tecrit ve tedavisi için 1924 yılında Haydarpaşa ve İzmir Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklar Hastaneleri açılmıştı. 110 yataklı Haydarpaşa Hastanesi’nin 85 yatağı ve 50 yataylı İzmir Hastanesi’nin de 35 yatağı açık veremlilerin kabul ve tedavisine ayrılmıştır<sup>1</sup>.

Cumhuriyet’in ilk yıllarında sağlık personeli ihtiyacımız çok fazlaydı. 1923 yılında 554 hekim, 136 ebe vardı. O yıllardaki hemşire sayısı bilinmiyor. Ancak 1930 yılında bütün ülkede 202 hemşire bulunuyordu. Bu rakamlar gibi, o yıllardaki hekim, ebe, hemşire, yetersizliğini göstermektedir<sup>1</sup>.

Hekim yetiştirme konusunda da bir dizi tedbirler alınmıştır. Saydam, tıp fakültelerine öğrencilerin ilgisini çekebilmek ve tıp fakültelerinin eğitim harcamalarını karşılamak için öğrenci yurtları açmış ve öğrencilerin okuma, barınma, giyinme ve yaşama giderlerini karşılamıştır. Böylece tıp fakültesinin çekiciliği artırılmıştır. Bu tedbirler sayesinde ülkedeki hekim sayısı 1936’da 1182 ve 1940’da 2387’ye erişebilmiştir<sup>1</sup>.

Saydam’ın önemli bir uygulaması da bütün bakanlık personelinin atama, yükselme ve cezalandırma işlerini Sağlık Bakanlığı’nda toplamasıdır. Böylece Bakanlık, hizmetleri yürüten asıl kurum durumuna geçmiştir.

Ana ve Çocuk Sağlığı'nın korunması konusunda, doğum öncesi ve sonrası annelerde, bebek ve çocuklarda meydana gelmesi muhtemel hastalık ve ölümleri önlemek gayesiyle 1925 yılında Ankara ve Konya, 1929'da Adana, Çorum, Erzurum, Kars ve Malatya, 1931'de Balıkesir, 1933'de Van, 1939'da Bursa, 1942'de Aydın, 1943'de Gaziantep, 1944'te Eskişehir ve Kahramanmaraş Doğum ve Çocuk Bakımevleri açılmıştır<sup>1</sup>.

Trahomla mücadele için ilk olarak 1925 yılında Adıyaman ve Malatya'da birer hastane açılmıştır. Trahom hastanelerinin sayıları da 1930'da 6'ya, 1940'da 13'e, 1950'de 16'ya çıkarılmıştır. Hastalık kontrol altına alındıktan sonra bu hastanelerin sayıları 1965'de 5'e düşürülmüştür<sup>1</sup>.

Refik Saydam döneminde tek bir hastalıkla savaşan teşkilatlar kurulmuştur. Saydam, trahom, sıtma, frengi ve lepra (cüzzam) hastalıklarıyla savaşmak üzere ayrı ayrı teşkilatlar kurmuştur.

Saydam, sağlık hizmetlerinin teşkilatlanmasında hükümet tabibliği birimlerini temel olarak almıştır. Bu sistemde İl Valisi, bütün bakanlıkların olduğu gibi, Sağlık Bakanlığı'nın da o ildeki temsilcisidir. Ancak İl Sağlık Müdürü, hizmetleri vali adına yürütür. İlçedeki sağlık hizmetlerinin sorumlusu ise kaymakamdır. Kaymakam adına işleri yürüten kişi hükümet tabibidir.

*1937-1960 Dönemi:* Bu dönemde Refik Saydam'ın teşkilatlanma biçimi devam etmekle birlikte, sağlık hizmetlerinde önemli değişiklikler olmuştur.

- a) Türkiye'nin İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra sağlık dengesi bozulmuştur. Sıtma, tifüs ve çiçek salgılarının yaygınlaşması sonucu 1945 yılında "Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu" çıkarılmıştır.
- b) Verem şehirlerde kontrol altına alınmışsa da köylerde aynı başarı gösterilememiştir. Bu sebeple 1960 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından Verem Savaş Genel Müdürlüğü kurulmuştur<sup>1</sup>.
- c) Cumhuriyet'in ilk yıllarında ana ve çocuk sağlığı hizmetleri, hükümet tabiblikleri ve hastanelerce yürütülmekte idi. 1952 yılında bu önemli meselenin çözümü için Ana ve Çocuk Sağlığı Teşkilatı kurulmuş, Ana Çocuk Sağlığı Merkezi ile şube ve istasyonları açılmıştır.
- d) İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra tedavi hizmetleri ile koruyucu hekimlik hizmetlerinin birbirinden ayrılamayacağı ve birlikte verilmesi gerektiği görüşü kuvvet kazanmıştır. Bu görüş ülkemizde de taraftar bulmuş ve "Sağlık Merkezleri"nin kurulması kararlaştırılmıştır. Bu sistemin en önemli özelliği hükümet tabibliklerinin aksine teşkilatlanmada, hizmet götürülecek nüfusun esas alınmasıdır. Buna göre her kırk köy için bir "Sağlık Merkezi" kurulacaktır. Her merkezde iki hekim ve on bir hekim dışı sağlık personeli bulunacaktır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin bir arada verileceği bu merkezlerde 10 hasta yatağı bulunacak ve hekimler bölgelerindeki halka "gezici" sağlık hizmeti sunacaklardır. Ancak bu uygulama düşünüldüğü gibi olmamış, sağlık merkezleri birer küçük hastane olarak gelişmişlerdir<sup>1</sup>.
- e) Refik Saydam zamanında yerel yönetimlere bırakılan sağlık hizmetlerinin, bağlı oldukları mahalli teşkilatlara mali yük teşkil etmeleri ve bu müesseselerin yetersiz bütçeleri sebebiyle hastanelerin verimli bir şekilde çalışmayışları yüzünden 1954 yılında çıkarılan yeni bir kanunla yataklı tedavi kuruluşlarının pek çoğu Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na devredilmiştir. Bu durum Sağlık Bakanlığı'nda personel açığına sebep olmuştur<sup>1</sup>.

*1960'dan Sonraki Dönem:* 1960 yılından itibaren planlı döneme girildiğinde; sağlık hizmetlerinin özellikle uygulamada hizmetin koruyucu yönüne gereken önemin verilerek hizmetin, nüfus çoğunluğunun bulunduğu kırsal bölgelere götürülmesi konusunun ele alınmasıyla sağlık seviyesinin yükseltilmesi için olumlu adımlar atılmıştır.

Sağlık hizmetlerinde hedeflenen başarının elde edilmemesi sebebiyle 5.1.1961 gün ve 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun” ile yeni bir döneme girilmiştir. Atılan bu adım ile yurdumuzda yaşayan her vatandaşın; ırk, cinsiyet, mezhep farkı gözetilmeksizin eşit olarak sağlık hizmetlerinden faydalanması prensip olarak hedef alınıyordu.

Kanun şu konuları ihtiva etmektedir: Sağlık, insanların temel haklarından birisidir. Her vatandaş sosyal adalete uygun olarak sağlık hizmetlerinden eşit biçimde faydalanacaktır. Bu ilke Anayasamızda ve İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nde de açıkça yer almıştır. Bu ilkenin ana gayesi, sağlık hizmetlerinin halkın yaşadığı en uç yerleşim yerlerine kadar götürülmeyi hedef alır<sup>1</sup>.

224 Sayılı Kanun her yerde herkese her zaman sağlık hizmeti sunmayı prensip olarak kabul eder. Bu hizmet planlı ve süreklidir. Ufak yerleşim bölgelerinde sağlık tesisleri kurulamazsa, o bölgenin insanlarına geçici sağlık ekipleri ile hizmet sunulacaktır.

Refik Saydam sağlık teşkilatında “geniş bölgede tek yönlü hizmet” şeklinde teşkilatlanmaya gitmişti. “Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri” ise “dar bölgede çok yönlü hizmet” prensibini benimsemiştir. Bu sistemde koruyucu ve tedavi edici tıp hizmetleri aynı birim tarafından yürütülecekti<sup>1</sup>.

Hastalanan her vatandaşın hastanelere başvurması hem onların zamanlarının israf olmasına ve hem de hastanelerde uzun kuyrukların meydana gelmesine sebep olmaktadır. Halbuki hastalar ilk önce sağlık ocaklarına başvurarak ayakta tedavisi yapılamayanların hastanelere sevk yapması gerekir. Bu şekilde sağlık hizmetleri sürat kazanacak, hekimlerin de istihdamı kolaylaşacaktır.

Ana ve çocuk ölümü hızı Türkiye’de çok yüksektir. Bu durum, ülkemizin sağlık hizmetleri yönünden büyük meseleleri olduğunu gösterir. İşte sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki kanunla ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesi hedeflenmiş, diğer taraftan koruyucu tıp hizmetlerinin bütün ülke çapında yaygınlaştırılması benimsenmiştir.

Bu hizmetlerde doğum öncesi ve sonrası ana ve çocuk sağlığı bakımı ilke olarak kabul edilmiştir.

“224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi” Hakkındaki Kanun’un 11 ve 12’nci maddelerinde sağlık teşkilatında denetim ve hizmet içi eğitim kavramlarına yer vermiştir.

Sağlık, kişilerin temel haklarından birisidir. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde, insan gücü politikamıza, maddi kaynaklarımıza uygunluğu göz önünde bulundurulmuştur. 224 sayılı kanunun ilk uygulamalarında sağlık hizmetleri ücretsizti. Kanun, değişen şartlara göre yeniden düzenleme yapılabilecek şekilde hazırlanmıştır.

1961 yılından önceki sağlık hizmetlerinde bölge şartlarının göz önüne alınmasına karşılık, “Sosyalleştirilmiş Sağlık” hizmetleri, nüfus yoğunluğuna, hizmet birimlerine göre düzenlenmiştir<sup>1</sup>.

## SONUÇ

Sağlık planlaması; belli bir zaman dilimi içerisinde sağlık seviyesini yükseltmek için gerekli olan kıt kaynakların azami şekilde kullanma şeklidir. Toplumun yaşama şartları, ülkenin coğrafi özellikleri, sağlık personelinin ekonomik durumu mevcut sayısı, hastanelerin yatak kapasitesi gibi hususlar sağlık planlamasını yakından etkiler. Sağlık planlamasının doğru yapılabilmesi için standartların iyi tespit edilmesi gerekir. Sağlık alanında pek çok standart söz konusudur. Fakat standartların tespiti de ülkeden ülkeye değişir.

Sağlık hizmeti veren kuruluşlar arasında sağlam bir işbirliği ve koordinasyon sağlanarak, yatak kullanımı dahil sağlık hizmetlerinde rasyonellik artırılmalı, hizmet birimlerinin modern işletmecilik anlayışına göre yönetilmesi, etkin iletişim ve bilgi kayıt sistemlerinin kurulması ile sağlık hizmetlerinde verimi ve sürati artırmak mümkün olabilir. Birinci basamak sağlık hizmeti sunan sağlık ocağı ve sağlık evleri ihtisas yapmış hekimlerle güçlendirilerek, bu kademedan başlayarak üniversite hastanelerine kadar uzanan birbiriyle bağlantılı hasta sevk sisteminin kurulması ile hastanelerdeki yığılmalar önlenecek ve hizmeti yerinde hastaya sunmak mümkün olabilecektir.

Sağlık hizmetlerinin planlanmasının üç ana merhaleden meydana geldiği görülebilir. Birinci merhalede; sağlık hizmetlerinin nerede, ne durumda olduğu tespit edilir. İkinci merhalede; toplumun temel ihtiyaçları eldeki mevcut imkanlar ve sağlık bilimlerindeki milletlerarası gelişmeler göz önüne alınır. Üçüncü merhalede ise; tespit edilen hedeflere hangi plan ve programların uygulanması ile varılacağı ortaya konulur.

Sağlık planlamasında rol oynayan faktörleri tarihi, kültürel, psikolojik, ekonomik, sosyal ve politik olarak gruplandırabiliriz. Tarihi faktörlerde geçmişe ait birikimlerin önemli yeri vardır. Kültürel faktörler ülkeden ülkeye değişir. Milletlerin inançlarının, törelerinin sağlık planlamasında rolü olabilir. Psikolojik faktörlerde hedef hem planı yapanlar hem de hizmeti alanlardır. Her ikisi de planlamanın faydalarına inanmalıdır. Ekonomik faktörler bakımından, sağlık hizmetlerini yürütmek çok pahalı bir iştir. Bu sebeple sağlık hizmeti gelirleri bakanlık, fon, genel sigorta gibi değişik kaynaklardan elde edilen gelirlerdir.

Sağlık planlamasını sosyal ve politik faktörler de etkiler. Özellikle politikacıların yerli yersiz yurt içinde ve yurt dışında görev yapan personelin yerlerini değiştirmeleri politikacıların kendilerini destekleri için bazı bölgelere hizmet götürmeleri sağlık planlamasını olumsuz yönden etkileyebilir.

Demografik, fiziki ve iktisadi faktörler, sağlık planlamasını zorlaştıran genel sebeplerdir. Nüfusun yaşa, cinsiyete göre dağılımı, bölgedeki yoğunluk derecesi de sağlık planlamasını etkiler. Bütün hizmetlerde olduğu gibi sağlık planlamasında da yetişmiş insan gücünün önemi inkar edilemez, çünkü planı yapısında uygulanan insandır. Sağlık planlamasının mahiyeti kanunlarla tespit edilmiştir. Uygulanması geniş halk tabakalarını ilgilendirdiğinden planlamanın uygulayıcılarına büyük görev düşmektedir.

### KAYNAKÇA

AK ,Bilal, AKAR ,Çetin, *Hastane İdaresi ve Organizasyonu Ders Notu*, Ankara 1984.

AKDENİZ, Nil, *Osmanlılarda Hekim ve Hekimlik Ahlakı*, İstanbul 1977.

*Altıncı Beş Yıllık Plan*, D.P.T. Yayını, s. 289.

*Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı*, D.P.T., Başbakanlık, Ankara 1979.

ERSOY, Korkut, *Planlama ve Sağlık, Sağlık Yönetimi*, Ocak, Ankara 1987.

GÜRAY, Ovat, *Bugünkü Şartlarda Sağlığımızı Etkileyen Faktörler*, İÜ Tıp Fak.Basımevi, İstanbul 1982.

ÖZDEN ,Mehmet, *Sağlık Eğitim*, Ünal Ofset Matbaası, Ankara 1988.

ÜNAL ,Güner, *Sağlık Hizmetlerinde Denetim*, Çağ Matbaası, Ankara 1967.

*Sağlık Bakanlığı Çalışmaları*, Ankara 1990.

*Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl*, Sağlık Bakanlığı, Ankara 1973.

ŞEHSUVAROĞLU ,Bedi N., *Türk Tıp Tarihi*, Taş Kitapçılık Yayınları, Bursa 1984.

VELİCANGİL , Sıtkı, *Koruyucu ve Sosyal Tıp*, Sermet Matbaası, İstanbul 1976.