

# SAĞLIKTA SOSYALLEŞTİRMENİN ÖYKÜSÜ

Gazanfer AKSAKOĞLU\*

*Osmanlı'nın son döneminde ekonomi dışı bağımlı kılınır, sağlık hizmeti ise yok gibidir. Cumhuriyet'in ilk yıllarında devlet eliyle örgütlenen başarılı sağlık yapılanması, Demokrat Parti hükümetlerince duraksatılır. 27 Mayıs 1960 darbesi -diğer tüm ilerici atılımları gibi- sağlık konusunda da 'Sosyalleştirme' ile devrim niteliğinde kazanımlar sağlar. 1980'lerde dışı bağımlı kılınmaya başlanan ekonomik yapılanmayla sağlık da özelleştirilecek ve küreselleştirilerek dışı bağlan-tılı konuma getirilecektir.*

**Anahtar sözcükler:** Sosyalleştirme, sağlık örgütlenmesi, sağlık politikaları.

Yazının amacı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi yasası ve uygulamasının kısa bir tarihçesini geleceğe sunmaktır. Böyle bir yazıyı yazacak kişinin tartışmasız Doğan Benli olması gerekirken son yıllarını sessiz geçirmesi nedeniyle ve gerçeklerin tümüyle unutulmaması için yazarca üstlenilmiştir. Temel bilgi kaynakları olarak yazarın 1972'den bu yana alan deneyimi, başka ülkelerdeki tanıklıkları, en çok da modelin yaratıcısı Nusret Fişek'le geçirdiği yıllarda birinci ağızdan dinledikleri ve tartıştıkları alınmıştır. Ayrı kaynaklarda Fişek tarafından bile farklı sunulabilen bilgiler kendi ağızından duyulduğu biçimi doğru sayılarak yazılmıştır. Sosyalleştirmenin önem ve gerekçesini açıklayabilmek için ülkenin son 125 yıllık geçmişine ve yazarın 1950 ve 60'lı yıllardaki gözlemlerine de gönderme yapılmıştır. Doğal olarak yazının tabanında Türkiye'nin yakın tarihine ilişkin binlerce kitap, yazı ve belge yatmaktadır. Temel Kaynakça'da bunların çok temel olanlarına yer verilebilmiştir. Okuyucunun ilgisi üzerine istenen diğer kaynaklar sunulabilir.

## DERS ALINMAYAN

Osmanlı'nın yüzyıllarca süren çöküşüne noktayı koyan ve özgürlük ve bağımsızlığı getiren Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin kuruluşu ile somutlaşan Ulusal Kurtuluş Hareketi ise; kırılmayı hazırlayan noktalı virgül de ekonomik bağımsızlığa son veren Baltalimanı Antlaşması'dır. 1838 yılında Büyük Britanya İmparatorluğu ile imzalanan ve izleyen yıllarda başka Avrupa ülkelerine de sömürme olanağı sağlayan bu

---

\* Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, gazanfer.aksakoglu@deu.edu.tr

antlaşma ülkenin ekonomo-politik olarak çöküşünü içeriden ve dışarıdan planlı olarak uygulamaya koyan bir kilometre taşıdır.

Onaltıncı yüzyıldan başlayarak inişe geçen Osmanlı İmparatorluğu onsekizinci yüzyılda hala yerkürenin en büyük ve güçlü devletlerinden, belki de ikincisi konumundadır. Kraliçe Viktorya'nın kendi İmparatorluğunun çıkarlarını inanılmaz ölçüde akılcı ve sağlam olarak yürüttüğü iç ve dış politikası ve ekonomik yaptırımları sonucu *Üzerinde Güneş Batmayan İmparatorluk* tüm yerkürede tartışmasız bir egemenliğe sahiptir. Ada'da sanayileşme hiçbir ülke ya da devletle kıyaslanamaz ölçüde geliştirilmiş, asker ve sivil donanma aracılığıyla ve -kökeni ve dili Cermen olan- İngiliz'in oyunları ile Kuzey Amerika'dan Çin'e dek neredeyse tüm yerküre ekonomik egemenlik altına alınmıştır. Kuzey ve güney yarıkürede Osmanlı dışında sömürülmeyen ya da en azından etki altına alınmayan ülke ve devlet yok gibidir.

Baticılığı ile tanınan Mahmud II'nin saltanatında Kavalalı Mehmed Ali Paşa'nın başkaldırısı ve oğlu İbrahim Paşa'nın ordusuyla Kütahya'ya dek ilerlemesi döneminde Mustafa Reşid Bey katiplik görevini yürütmektedir. Dışişlerinde görevler almış, Kahire'de görüşmeler yapmış, Sultan'ın isteği dışında Mehmed Ali ve İbrahim Paşa'lara Girit'ten Adana'ya dek çok geniş topraklar vermiştir. Mustafa Reşid Paris'e ortaelçi olarak gönderilmesiyle Fransızca öğrenmeye ve Fransızlarla yakınlaşmaya başlar. Türk oldukları anlaşıldığında yüzleri kızarak yanındakilerle birlikte buldukları ortamı terk ettikleri söylenir. Paris'e ikinci kez büyükelçi, sonra Londra'ya büyükelçi olarak atanır. Londra'da İngiliz devlet adamlarıyla yakın ilişkileri dikkat çekici bulunur; bu dönemde *İskoç Mason Locası*'nın önde gelen üyelerinden olur. 1837'de Britanya'nın İstanbul Büyükelçisinin ısrarı ile Dışişleri Bakanı olarak atanır; sömürge İrlanda'da incelemeler yapar. Baltalimanı'ndaki köşkünde birkaç gün süren özel ve kişisel görüşmeleri sonucu 16 Ağustos 1838'de Britanya ile imzaladığı ticaret antlaşması Britanyalı tüccarlara yerli üretici ve tüccarlara oranla çok büyük ayrıcalıklar sağlar, Türkiye'yi Britanya'nın açık pazarı durumuna getirir. Devletin liman egemenliği kaldırılır, Britanya ürünleri ülkeye neredeyse vergisiz girer, üstelik malın iç pazara taşınması ve satılması da vergisiz olarak Britanyalı tüccarlarca yapılabilir. Ertesi yıl başta Fransa ve İskandinavya olmak üzere çok sayıda ülkeye de benzer ayrıcalıklar tanınacak, ilk kapitülasyonlarla Türkiye ekonomik anlamda sömürge konumuna

getirilecek, yaklaşık otuz yıl sonra Britanya Parlamentosu'nda söz alan bir bakan 'başta dokumacılık olmak üzere Türkiye'de sanayiin tümüyle çökertildiğini bildirmekle gurur duyuyorum' diyecektir.

İstanbul'a dönüşünde Paşa unvanını da alan Mustafa Reşid, yenilikçilik adı altında, II. Mahmud'u yetkilerinden vazgeçirmeye çalışınca yeniden Londra elçiliğine gönderilir. II. Mahmud'un 1839'da ölümüyle tahta geçen genç Abdülmecid'i çağdaşlaşma, Avrupalılaşma ve Mısır sorununda Avrupa'nın desteğini alma söylemleriyle inandırarak Tanzimat Fermanı'nı imzalatır ve Gülhane'de halka okur. Dinleyicileri arasında dostu Britanya Tahtı Veliiaht Prensi de vardır. Bugün bir Anayasa niteliğinde görülen ferman ile getirilen temel yenilik Sultan'ın yetkilerinin kısılması ve Hıristiyan azınlığa toplumsal ve ekonomik ayrıcalıklar tanınmasıdır. Alandan dağılan halk algısını 'bundan böyle gavura gavur denmeyecek' olarak gösterir. Ardından demiryolu ve liman gibi işletmelerin oluşturulabilmesi için yabancılara toprak satın alma hakkı verilecektir. Onyıllar geçtikçe tüm üretim araçları gibi toprak da tümüyle Osmanlı ve Avrupalı Hıristiyanların eline geçecek, eskiden sahibi oldukları tarlalarda Türkler boğaz tokluğuna çalıştırılacak, Kuvayı Milliye hareketine geçtiği dönemde emeklerinin karşılığını istemeye başladıklarında Rumlar tarafından 'Kemal, Türkleri şımarttı; toprakta çalışmaya karşılık ücret ister oldular' tepkisiyle karşılanacaklardır.

Osmanlı'nın sonraki yılları dış borçlarla ve bunların ödenememesiyle geçer. 1881'den başlayarak ekonomisi ve borçları İstanbul'daki yabancı temsilciler ve Düyunu Umumiye tarafından denetlenir. 1884'ten sonra da tahıl, tuz gibi ürünler üreticisinden satın alınmak yerine Reji Yönetimi tarafından neredeyse el konulur.

## **EKONOMİK ÇÖKÜŞ VE BAĞIMLILIK**

Türkiye, özellikle Anadolu toprağı son derece verimli ve doyurucudur. Tahılın bilinçli üretildiğı, ekmek türleri ve ilk biranın yapıldığı; üzümün anayurt olarak yetiştirildiğı ve ilk şarabın tadıldığı; dışarıdan getirilen başta zeytin, pamuk ve turunçgil olmak üzere birçok ürünün olağanüstü verimle yetiştirildiğı topraklardır. Herodotos'a göre Ege *Maindros*'larının suladığı alanlar bereket yüklüdür, çünkü iklimi yeryüzünün her yerinden güzeldir; Halikarnassos'tan kuzeye Smyrna'ya çıkarsanız hava soğur, güneye Likya'ya inerseniz çok sıcak olur. Evliya Çelebi denize parmaklar gibi uzanan dağlarla, aralarındaki sulak ovaları

tanımlarken zeytin ve inciri ‘dağlarından yağ, ovalarından bal akar’ diye tanımlar. Saray yüzyıllarca Orta Anadolu tahılı, Balkan et ve süt ürünleri, Ege meyve ve sebzeleriyle ve Safranbolu emekçisiyle beslenmiş; günde altmış bin kişiyi doyurmayı becermiştir.

Saray sınıf yapısı gereği bencil ve buyurgandır, Ege’ye üretim kotası koyar. Sarayın gereksindiği ölçüden fazlası üretilmeyecektir. Ancak doğurgan topraktan ürün fişkırmaktadır, Avrupalı da bunun farkındadır. İngiliz, Fransız ve İtalyan işadamları boş durmaz, başta İzmir olmak üzere bölgeye yerleşir ve yerel Hıristiyanlar aracılığıyla ürünü Batı’ya satmaya başlarlar. Bornova ve Buca köyleriyle Punta (Alsancak) semtinde köşkler yapar, Kordon’daki ticarethane, otel ve eğlence yerleriyle *Gavur İzmir*’i oluştururlar. Taşıma için Arap ülkelerinden develeriyle taşıyıcılar gelir. 1860’larda Punta’da garlı, hastaneli, kiliseli İngiliz semti oluşturulacak, Aydın’a ilk demiryolu yapımına başlanacaktır. Arkeolog JT Wood bu trenle yola çıkıp Efes antik kentini bulur ve Artemis tapınağını British Museum’a taşır. Ülkenin ilk örgütlü işçi grevi bu hatta çalışan yerli işçilerce örgütlenecek, aynı işçiler bugün de tüm görkemleriyle demiryolu kenarlarını güzelleştiren karaçamları dikecekler ve yanı başında yolda kestikleri kuzuların et parçacıklarını kargı çubuklarına geçirip yörenin ilk ‘çöp şiş’lerini pişireceklerdir.

Aynı yıllarda Anadolu’da toplanan vergi daha sonra Marx’ın *Asya Tipi Üretim Tarzı* olarak açıklayacağı uygulama gereği yarı yerel yetkililerde birikmekte, yarı saraya ulaşmakta, üretim araçlarının gelişimine ve artı değere katkıda bulunmamaktadır. Batı ve özellikle de Rusya ile savaşlar yeni teknoloji ile üretilen silah ve aracın satın alınmasını gerektirmektedir. Batı bankalarından alınan yüklü borçlar, bunların geri ödenmesinde aracılık eden Galata sermayesini ve yeni borçlar sarmalını ortaya çıkarır.

Biriken ekonomik sorunlar küçük ülke ve ulusların özellikle Britanya ve Fransa tarafından kışkırtılmasını ve silahlandırılmasını hızlandırır, çok yönlü savaşları kaçınılmaz kılar; savaşların sonucu başta insan kıyımı olmak üzere ülke varlığının enkaz yığına dönüşmesidir. Birkaç yılda Osmanlı’nın yalnız adı kalmış, koskoca İmparatorluk’tan geriye bir tek Anadolu toprağı kalmıştır.

## SAĞLIKLI BAŞLANGIÇ

On yılı aşkın süren savaşlar toplumun sağlık sorunlarının ileri derecede bozulmasına neden olmuş, bunlara içe göçler ve Yunanistan ile

nüfus değişimi eklenince çözülmesi karmaşık bir tablo ortaya çıkmıştır. TBMM'nin kuruluşunun ertesini günün Sıhhat ve İçtimai Muvenet Vekaleti (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı [SSYB]) kurulur. Hacıbayram'da iki katlı bir bina kiralanır, bakan Dr. Adnan (Adıvar) ve bir sağlık memurundan oluşan iki kişilik kadroyla işe başlanır. Hükümetin temel yaklaşımı devrimci ve toplum yönelimlidir; Bakanlığın ana görevleri savaş sağlık hizmetleri, bulaşıcı hastalık savaşımı, göçler ve nüfus yerleşimidir. Dışarıdan gelen nüfusun deneyim ve becerilerine göre önceden nereye yerleştirileceklerine karar verilir, gelenler en yakında kurulan merkezlerde iki hafta karantinaya alınır, bedenleri ve nesnelere dezenfekte edilir, aşılanır, sonra yerleşim yerlerine gönderilirler.

Genç Cumhuriyet'in SSYB'ye verdiği önem büyüktür. Kurulmaya başlanan başkentin Yenişehir'inde, kentin omurliliğini oluşturacak Gazi Caddesi'nin ortasında, o günler için anıtsal sayılacak bir binayı savaşın en güç günlerinde, Büyük Taarruz öncesinde tamamlamayı başarır. Koruyucu sağlık hizmeti modelini temeli oluşturur, göçmenlerin sağlıklı yerleştirilmeleri ve hastalık bulaşını önleme savaş ve izleyen yılların en önemli sağlık hizmeti uğraşdır. Hükümet ve SSYB koruyucu sağlık önlemlerini her şeyin önünde tutmakta kararlıdır. Buna en iyi örnek Hükümetin çok değerli bir üyesinin başından geçen acı olayda somutlaşır.

Dinsel eğitimi engelleyebilecek ve laik eğitimi ülke çapında ve kesin olarak yerleştirecek Eğitim Birliği Yasası üzerinde yoğun olarak çalışılmaktadır; bu görev İstiklal Mahkemesi başkanlığından çeşitli Bakanlık görevlerine dek önemli başarılar göstermiş olan genç devrimci Mustafa Necati'ye verilmiştir. Mustafa Necati hem yasa hem harf devrimi üzerine yoğun olarak çalışırken akut apandisit bulguları ortaya çıkar. Ankara'daki hekimler ivedi ameliyat edilmesi gerektiğini açıklar. Genç Bakan güvensizlik gösterir; gecikmenin neden olabileceği sonuçları anlamamıştır, ya da durumun önemi kendisine yeterince açıklanamamıştır. İstanbul'dan hekim çağırılmasını ister, oysa yalnız tren yolculuğu 18 saat sürecek, yaşama olanağı kalmayacaktır. İsteği üzerine İstanbul'dan ünlü hekimler çağrılır. Yasanın TBMM'de görüşülerek kabul edildiği 1 Ocak 1930'da Mustafa Necati ardında Kurtuluş'un tamamlanmış çok önemli görevleri, 35 yaşında yaşama gözlerini yumar. Başta Mustafa Kemal olmak üzere tüm silah arkadaşları kendisine çok derin sevgi ve saygı duymaktadır. Milletvekilleri Sağlık Bakanı Refik (Saydam) Bey'e

‘değerli bir bakanımızı kurtaracak hekimlerimizi başkentte yetiştiremiyor ya da bulunduramıyor muyuz’ siteminde bulunurlar. Gerçek durum ileri sürülenler yönünde olmamasına karşın Refik Bey -ancak- iki hafta sonra TBMM’de bir açıklama yapar; ülkede yeterli hekim eğitimi yapıldığını, sağaltım hizmetlerinin sunulduğunu, ancak “devletin görevleri anlamında sağlık işleri deme(nin) yurttaşları hasta etmemek, ...hastaların zararlarından sağlamları korumak, hasta olmamaları için çalışmak, ...toplum sağlığının korunması kurallarına göre... önlemleri almak...” olduğunu açıklar (Kars, 2003). Sağlık Bakanı dayanılmaz bir acıyı ve katlanılması güç bir sorumluluğu, sağlık hizmetinde temel doğruyu oluşturan düzenin kurulması ve korunması adına omuzlarına üstlenerek gündeme taşımaktadır.

## **PLANLI KURULUŞ**

Kurtuluş’tan sonra 1923’te toplanan İzmir İktisat Kongresi’nde ülkede yerli sanayinin oluşturulması, karma ekonomik modelin uygulanması ve işçi haklarının güvenceye alınması kararlaştırılır. Ancak kapitülasyonların kaldırılması ve ülkenin ekonomik bağımsızlığına kavuşturulması aylar sonra, Lozan Antlaşması sonucu gerçekleştirilebilecek, Cumhuriyet’in kurulması bile özlenen bağımsızlığı ve gelişimi yeterince sağlayamayacaktır. Ne kamu ne de özel sektör kalkınmayı tetikleyecek başarıyı gösterebilecek, Cumhuriyet’in ilk yılları bağımsızlığı süsleyen üst yapı değişimleri olan laiklik, giyim, yazı ve harf devrimi gibi üst yapı niteliğinde ışıltılı kazanımlarla geliştirilecektir.

Kapitalizmin ‘sermayenin işçi ücretlerini kısarak elde ettiği aşırı karı, alım gücü yok olan işçiye mal satamaması’ olarak özetlenebilecek kaçınılmaz ekonomik bunalımının tarihteki en büyük örneğinin 1929’da patlaması, Türkiye’nin geleceğini olumlu yöne çevirir. Mustafa Kemal 1923 ekonomik kararlarının özel sektöre yönelik bölümlerini geçici olarak bir yana iterek devletin öncülüğünün ivedilikle öne çıkarılmasını sağlar. Planlı ve çok amaçlı kamu ekonomik kuruluşları hızla ve inanılmayacak denli akılcı modellerle devreye sokulur. Şekerbank desteğiyle şeker fabrikaları kurulur, köylüye pancar ekmesi için kredi verilir, üretici pancarı fabrikaya getirince hem ücretini hem değerli bir sığır yemi olan küspesini alır, üretilen şeker döşenen demiryollarıyla ve araçlarla tüketiciye sunulur. Divriği’deki nitelikli demir ve Zonguldak’taki verimli kömür orta noktada, bu amaçla yeni kurulan bir kent olan Karabük’te

işlenerek nitelikli tren rayı ve benzeri ürünler elde edilir. Etibank desteğiyle madencilik, Sümerbank desteğiyle dokumacılık, Demirbank ve Denizbank desteğiyle demiryolu ve denizyolu taşımacılıkları kurulur. Cumhuriyet ekonomik olarak bağımsız, Osmanlı'nın kapitülasyon borçlarını ödemiş, döviz kuru güvenli (1 ABD doları ~ 1 TL), sağlıklı ve planlı kalkınmaya yönelmiş konumdadır.

## **SAĞLIKTA KURULUŞ**

Günün Türkiye'sinde bulaşıcı hastalıklar başka hiçbir sorunla karşılaştırılamayacak denli önemlidir. Verem zaten çağın hastalığıdır ve çok yaygındır. Sıtmalı olmayan kişi yok gibidir, sıtma nedeniyle tarladan ekinin toplanamadığı dönemler görülmektedir. Asker arasında tifo, tifus, dizanteri ve kolera çatışmalardan fazla ölüme yol açmıştır, dört yüz bin askerin bu dört hastalıktan öldüğü hesaplanmaktadır. Frengi, cüzzam ve trahom diğer yaygın bulaşıcı hastalıklardandır ve toplumu kırıp geçirmektedir. Sayılan hastalıkları ivedilikle ortadan kaldırmanın tek yolu her biri için özel, dikey birer örgütlenme yöntemi oluşturmak ve ülkeyi taramaya girişmektir. Böyle de yapılır, -bazıları günümüzün çağdaş örgütlenme yapılanmasına ters düşse de- bugün bile yararlı olabilen, nitelikli dikey örgütler kurulur. Hekim sayısı yalnızca birkaç yüzdür. Hemşire adı verilen görevliler varsa da, uygun çağdaş eğitimi almadıklarından hemşire niteliği taşıdıklarını söylemek olanaksızdır. Bu sağlık görevlilerinin eğitim ve denetiminde yetenekli gençler yetiştirilir ve işleyişe katılır, sağlık hizmeti sunmaları sağlanmaya başlanır. Kırsal alan için yerleşik köy ebeleri ve gezici sağlık memurları yetiştirilir. Kuruluş'tan otuz yıl sonra bulaşıcı hastalıklar önceliği yitirmeye başlamış, diğer sağlık sorunlarıyla birlikte ve bütünsel olarak üstlenilebilecek denli kontrol altına alınmış durumdadır.

Koruyucu hizmete verilen önem Umumi Hıfzısıhha (Sağlığı Koruma Genel) Yasası ile doruğa ulaşır. Refik Saydam Enstitüsü öncülüğünde yeniden güç kazanan aşı ve serum ulusal üretimi parlak günlere ulaşılmasını sağlar. Yaygınlaşmasalar ve çok başarılı olamasalar da kırsal alanda yataklı Sağlık Merkezleri ve köy ebelikleri oluşturulmaya çalışılır. O günlere değin göz ardı edilen ve piyasa hekimliğinin acımasızlığına bırakılan sağaltım hizmetinde de öncü girişimlerde bulunulur; belediyelere hastaneler kurma ve işletme görevi verilir, örnek olmaları amacıyla büyük ve yöresel önemi olan kentlerin merkezlerinde SSBY'ce

donanımlı ve etkin 'Nümune' hastaneleri kurulur. İzleyen yıllarda belediyeler gösteriş ve oy amaçlı birkaç girişim dışında kendilerine verilen sağaltım görevini yerine getirmekten özenle kaçınacaklardır. Kırsal alanda ise hekime ve sağlık çalışanına ulaşmak olanaksızdır.

Sıra önemi o günlere değin bulaşıcı hastalıkların gerisinde kalmış, ancak özellikle nüfusun yüzde seksenini barındıran kırsal alanda korkunç boyutta kıyıma yol açan anne ve çocuk sağlığı sorunlarına yönelmeye gelmiştir. 1950'li yılların başında hızla Ana-Çocuk Sağlığı Merkezleri oluşturulur, Kadın-Doğum uzmanları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanları ve yetişmiş hemşireler ile donatılarak hizmete sokulur. Bu konuda yanlış adım atılır; hem büyük kentlerde hem çok az sayıda merkez kurularak asıl ulaşılması gereken geniş ve erişilmesi güç toplum kesimlerine ulaşılamaz, hem uzmanların yer aldığı bu birimlerde salt sağlam kişi bakısı üstlenilerek hastalar sağaltım amacıyla yine kalabalık ve erişilmesi güç az sayıdaki hastaneye ya da piyasa hekimlerine yönlendirilir. Hiçbir zaman toplumun gereksinmelerini kavrayamayan ve çözüm üretmeyen bu kısır kuruluşlar izleyen yıllarda sosyalleştirme örgütlenmesi ve işleyişine engeller çıkaracak, gereksiz dahası zararlı varlığını günümüze dek sürdürecektir.

1940'lar aşılır ve 1950'lere yönelinirken Türkiye'nin sağlık politikası giderek aşınmaya başlamıştır. Bunun temel nedeni demokrasiye geçiş çabalarıyla, halka hizmet sunma yerine şirin görünerek oy toplama sürecine girilmesidir. Büyüklüğü ne olursa olsun 'her ilçeye bir Hükümet Tabibi' temelinde örgütlenen ve resmi belge damgalamaktan öte işi olduğu söylenemeyen bir kamusal yapılanma, ondan bağımsız çalışan çok az sayıdaki devlet hastaneleri ve bunların üzerinden beslenen piyasa hekimleri, sözde sağlık örgütlenmesi modelinin temelini oluşturmaktadır.

## **KARŞI DEVRİM**

Ülkede burjuva demokrasininin yapılanmasının ilk adımlarını atmak için çaba gösteren, siyasal partiler kurduran ve gerici gelişmeler nedeniyle kapattırmak zorunda kalan Mustafa Kemal'in isteği İnönü'nün Cumhurbaşkanlığı döneminde gerçekleşir. İkinci Paylaşım Savaşı sonrası yerkürede çoğulcu demokrasi temel model olarak sunulmaktadır. Savaş ülkeyi de enikonu yormuş, aç ve yoksul bırakmış, yönetime karşı huzursuz kılmıştır. Tek parti olan Cumhuriyet Halk



Partisi hükümeti topraksız köylünün yararına bir toprak yasası çıkarma çabasındadır. Buna tepki gösteren ve başta Adnan Menderes, Emin Sazak, Celal Bayar gibi çoğu büyük toprak sahibi ailelerden gelen bazı milletvekilleri CHP'den ayrılarak Demokrat Parti'yi kurar, girdikleri 1946 seçimindeki başarısızlıktan sonra 14 Mayıs 1950 seçimini kazanarak iktidar olurlar. Bu tarihsel gün Türkiye'de toplumsal kazanımların ve aydınlanma ışığının yıkılmaya başladığı dönüm noktası olacak, Osmanlı'nın Tanzimat'la başlayan çöküşü bu kez Cumhuriyet'in önüne düşüş süreci olarak çıkacaktır.

Celal Bayar Cumhurbaşkanı seçilir, tepesinde kocaman DP harfleri olan bir asa ile göreve başlar. Menderes hükümeti kurar. Topluma yönelik bir simge olarak Türkçe ezan yeniden Arapça'ya döndürülür. Ekonomik olarak ilk kayda değer uygulama İstanbul ile İzmit arasındaki çağdaş asfalt yolun yapımıdır. Yol Ford Vakfı'nın isteği üzerine ve ücret karşılığı olmaksızın, 'armağan' olarak yapılmıştır. Ülkenin demiryolu politikasından vazgeçeceği ve dışa bağımlı ekonomiye yöneleceği belli olmuştur. Tarım burjuvazisinin oluşturulması amacıyla birkaç yılda on binlerce traktör alınır, işsiz kalan tarım işçileri başta İstanbul ve Adana olmak üzere büyük kentlere akın ederler. Önceleri ailelerinden ayrı yaşayan bu yeni sanayi işçileri hükümetin göz yumduğu gecekondulaşma ile birlikte ailelerini de yanlarına alarak hızla gelişen bir plansız kentleşmeye yol açarlar. Derme çatma, iş güvencesiz, sendikasız, yoksul ve en önemlisi sağlıksız bir yaşam kentlerde de hızla yaygınlaşır.

Kamusal uygulama olarak koruyucu sağlık hizmetinin adı hiç geçmediği gibi -uygulaması çok daha kolay olan- sağaltıma yönelik bir girişim bile gözlenmemektedir. Kırsal kesimde hastası olan ve gücü yetenler bir yorgana sardıkları hastalarını inanılmayacak denli bozuk ulaşım olanaklarıyla saatler, bazen günlerce süren yorucu yolculuklarla büyük kentlere taşımakta, piyasa hekimlerinin yoğunlaştığı sokakların başını tutan komisyoncularca önce hekimlere, oradan yetersiz kamu hastanelerine sürüklenmektedir. Piyasa hekimi-yetersiz devlet hastanesi ikilisi, sağlık politikası koyucuların, toplumun sağlığını korumayı amaçlamadığı gibi, hastalananı da sömürülmeye yönlendirdiği bir yapılanmanın somut örneğidir. Demokrat Parti'nin on yıllık yönetiminde sağlık alanında atılmış tek bir adımdan söz etme olanağı yoktur. Toplum yararına tek uygulama bir devlet kuruluşu olmayan gönüllü Verem Savaş Derneği'nin gezici ekiplerle yürüttüğü mikrofilm ve

aşılama sonucu veremi kontrol altına almasıdır. Sağlık hizmeti gereksinmesi duyan işçiler SSK aracılığıyla -benzeri gelişmiş toplumlarda görülmeyen biçimde- kendi sağaltım hizmetleri olan dev hastaneleri kurarlar. DP yönetimi sağlık hizmeti planlaması ve sunumu açısından Cumhuriyet tarihinde çekilmiş bir dış gibi karanlık bir boşluk olarak sırtacaktır.

Aynı yıllarda TBMM'den onay alınmadan Kore savaşına asker gönderilmiş, buna karşı çıkan barış yanlısı öğretim üyeleri üniversiteden atılmış, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ile içeriği bilinmeyen ikili anlaşmalar imzalanmış ve askeri üsler verilmiştir. Sanayileşme adına dış borçlanmalar giderek artmaktadır ve artık 1 ABD dolarının karşılığı yaklaşık 2.50 TL'dir. İzleyen yıllarda Köy Enstitüleri ve Halk Evleri'nin kapısına kilit vurulacaktır. 1954 seçimlerinde oy oranını daha da artıran Demokratlar,<sup>1</sup> kendilerini ülkenin karşı konulmaz efendisi saymaya başlamıştır. İktidarın 'küçük Amerika olma' ve 'her mahallede bir milyon yetiştirme' düş ve savları muhalefeti de sertleştirir. Gericî dinsel akımlara ödünler veren ve sırtını Said-i Nursi (Kürdi)'ye yaslayan Menderes işi TBMM'de 'siz isterseniz Hilafeti bile getirebilirsiniz' söylemine dek vardırı. Giderek bozulan ekonomi ve toplumsal yapıda derinleşen eşitsizlikler hoşnutsuzlukları artırmaktadır. Halkın desteğini yitirmeye başladığını algılayan Hükümet erken seçime gitme kararı alır; 1957'de yapılan seçimde başarı sağlansa da oy oranı düşer. Menderes 'odunu aday gösterse milletvekili seçtirebileceğini' savlamaktadır. 1957'de doların değerinin bir gecede 9.15 TL'ye yükseltilmesi dışalım-lara darbe vurur; yokluklar, pahalılık ve işsizlik halkın yaşam çabasını ileri derecede güçleştirir. ABD başta olmak üzere dış borçlanmalara yeniden başlanır.

Siyasal iktidar yönetim erkini yitirmemek amacıyla olağandışı uygulamalara yönelir. TBMM'de oluşturulan 'Tahkikat Komisyonu' yargı yetkisini üstlenerek istediğini tutuklama ve gazeteleri kapatma yetkisi kazanırken, CHP'nin mal varlığına çoktan el konmuş, sıra partiyi kapatmaya gelmiştir. İnönü tepkisini 'bundan sonra sizi ben bile kurtaramam' biçiminde gösterecektir. İnönü'nün halktan almaya başladığı yoğun ilgi saldırılarla engellenmeye çalışılır, yıllar önce Trikopolis'in kılıcını teslim almış olduğu Uşak'ta başına atılan taşla yaralanmasına

---

<sup>1</sup> DP oyların %53'ünü milletvekillerinin %95'ini, CHP oyların %40'ını milletvekillerinin %5'ini almıştır.

dek uzanır. Aynı gün Demokrat İzmir gazetesi kimliği bilinmeyen(!) kişilerce basılır ve baskı makineleri parçalanır. ‘Vatan Cephesi’ adı ile kurulan oluşuma her gün on binlerce katılım olduğu ileri sürülmekte, muhtarlıklardan alınan listeler çoluk-çocuk DP’nin tekelindeki radyolarda ‘yeni katılanlar’ olarak okunmaktadır. Muhalefete baskılar yoğunlaşır, karşıtlar ve gazeteciler tutuklanmaya başlanır. Sokakta üç kişiden fazlasının bir arada olması ve hava karardıktan sonra dışarı çıkılması yasaklanır. ‘Toplantı ve gösteri yürüyüşü’ yasasına aykırılık nedeniyle 23 Nisan 1960 Çocuk Bayramı aynı gün kaldırılır, statlarda toplanan minik öğrenciler evlerine gönderilir; bunu 19 Mayıs kutlamalarının kaldırılması izler.

## **DİRENİŞ**

İktidar dışalımıyla gelen gazete kağıdını gazete sahiplerine iktidara verdikleri destek oranında dağıtmakta, bazı gazeteler ya hiç ya da çok az basılabilmektedir. Gazeteciler uzun süredir iktidar karşıtlığını sürdürmekte, artık ‘Ankara Hilton’ olarak anılmaya başlanan Ulucanlar cezaevinde sıklıkla ağırlandırılmaktadır. Kurşun harflerin dizildiği kalıplarla basılan gazeteler gece yarısı basılmakta, hükümet karşıtı bulunan yazı ve karikatürler kalıp olarak sökülüp alınmakta, gazeteler beyaz boşluklarla okuyucuya sunulmaktadır.

Başta aydınlar olmak üzere hoşnutsuzluk ve karşıtlık tablosu hızla yaygınlaşmaktadır. İlk örgütlü kalkışma öğrencilerden gelir; örgütlü olarak 28 Nisan sabahı İstanbul Üniversitesi bahçesinde toplanır, özgürlük isteminde bulunurlar. ‘Menderes’in polisi’ olarak bilinen ve yetkisiz bir polis memuru olan Bumin Yamanoğlu ile yanına kattığı şef Zeki Şahin<sup>2</sup> polisi öğrenci üzerine sürer. Rektör Anayasa Hukuku Ordinaryüs Profesörü Sıddık Sami Onar hızla olay yerine gelir, özerk üniversiteye ancak kendi çağrısı üzerine polis girebileceğini anımsatarak polisi dışarı çıkarmaya çalışır. Başına yediği bir cop darbesi ile yere düşen Rektör, yakasından Yamanoğlu tarafından tutularak polis cipinin yanında yerde sürüklenerek Sansaryan Han’a götürülür. Beyazıt meydanına sürülen öğrenciler atlı polis tarafından saldırıya uğrar, Turan Emeksiz adlı öğrenci vurularak öldürülür. Bu tablo Cumhuriyet döneminde ülkenin gözbebeği gençlere karşı yapılan ilk saldırdır ve

---

<sup>2</sup> Yassıada duruşmalarından sonra Bumin Yamanoğlu 18 yıl hapis yatar. Zeki Şahin cezasının sekizinci yılında Sultanahmet cezaevinde öldürülür.

ülkeyi sarsacak, gece gizlice komşu evlerde toplanan ve elektrik lambalarını söndüren insanlarca 'sonra öğrenci Bumin Ymanoğlu'nu yere yatırmış, üzerinde tepinince bedeni hamur gibi toprağa karışmış, çağrılan yeni polis güçleri yüzlerce öğrenciyi öldürmüş, cesetlerini Et Balık Kurumu fabrikasında kıydırıp Topkapı'da sur dışında toprağa karıştırmış' tepkisiyle karşılanacaktır. Sansürün olduğu yerde düş gücü ve kin öne çıkacak, fısıltı gazetesi egemen olacaktır.

Ertesi sabah Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler ve Hukuk fakülteleri ayaklanır, 'katil iktidar', 'kahrolası diktatörler, kardeş kardeşi vurur mu' slogan ve tepkileriyle protestoda bulunurlar. Ankara Üniversitesi öğretim üyeleri binişleriyle yürüyüş yapacak, Menderes 'kara cübbeliler' yanıtıyla kendini temize çıkardığını sanacaktır. 3 Mayıs'ta Kara Kuvvetleri Komutanı Cemal Gürsel Savunma Bakanı'na bir uyarı mektubu gönderir; iktidarca emekliliği istenir. Bir büyük uyarı Ankara'da öğrencilerce düzenlenen '555K' (5'inci ayın 5'inde saat 5'te Kızılay'da) ile başlayan toplantılardır. İlk gün toplananların içine Menderes girmeye kalkar, tepkiler korkutucu olmaya başlayınca apar topar uzaklaştırılır. 21 Mayıs günü Harp Okulu öğrencileri Ankara caddelerinde sessiz bir askeri yürüyüş yapar. Artık Hükümetin sonu belli olmuştur.

## **DEVİRİME DÖNÜŞ**

27 Mayıs 1960 darbesi Cumhuriyet kazanımlarının uzantısı niteliğindedir ve kurtuluşun sağlamaya çabaladığı özgürlük ve bağımsızlık üzerine eşitlik (burjuva demokrasisi) ögesini oturtmayı amaçlamaktadır. Darbeyi yapanlar Türk Silahlı Kuvvetleri'nin hiyerarşik üst kademesi değildir. Aralarında biri Devlet Başkanlığı'na getirilmiş üç general bulunmasına karşın güç büyük çoğunluğu yüzbaşı-albay rütbesinde olan -ve en genci 26 yaşında- 38 kişilik Milli Birlik Komitesi (MBK)'ndedir. MBK'nin başkanı Devlet Başkanı'dır, ancak kendisi aynı zamanda Başbakan'dır ve uygulamada iki haftada bir değişecek bir vekille yönetilecek, kararlar oy çokluğuyla alınacaktır. Temel amaç yeni bir Anayasa yapmak, bu arada bazı ivedi sorunlar için yasalar çıkarmaktır. Bunları gerçekleştirmek için MBK'ye ek olarak öğretim üyeleri ve aydınlardan oluşan Temsilciler Meclisi'nin katılımıyla bir Kurucu Meclis oluşturulacak ve yeni Anayasa hazırlanacaktır. Anayasa referandumundan sonra genel seçime gidilecek, yönetim kazanan siya-

sal partiye devredilecektir. MBK yasama yetkisi egemenliğini 5 Ocak 1961’de sona erdirecek, kendine sekiz aydan kısa bir görev ve yetki süresi tanımış olacaktır.

Başta NATO olmak üzere evrensel egemen güçlere bağıllık açıklanmış olmasına karşın Kore’deki askeri birlik hemen geri çekilerek ulusal bağımsızlık ve egemenlik gösterisi yapılmış, topluma bildirimde bulunulmuş olur.

MBK’nin tarihsel katkısı hiç kuşkusuz yapacağı yeni Anayasa’dır. Darbenin daha üçüncü gününde Sıddık Sami Onar, Hıfzı Veldet Velidedeoğlu, Hüseyin Nail Kubalı, Tarık Zafer Tunaya gibi ülkenin en önemli Anayasa hukukçuları çağrılır ve görevlendirilir. Hukukçular öncelikle hareketin yasal olduğunu onaylar, daha sonra Temsilciler Meclisi’nde Anayasayı hazırlamaya katılırlar. Yeni Anayasa 9 Temmuz 1961’de referanduma sunulur ve onaylanır. 1961 Anayasası’nın getirdiği en önemli yeni yapılanmalar şunlardır:

- Sosyal devlet kavramı; bu bağlamda devlet ödevi olarak kayda alınan sağlık ve sosyal güvenlik hakkı,
- Yargı bağımsızlığı; Anayasa Mahkemesi ve Yüksek Hakimler Kurulu’nun oluşturulması; ‘doğal yargıç’ ilkesinin getirilmesi,
- Sendikal örgütlenme özgürlüğü; grev ve toplu sözleşme düzeninin yerleştirilmesi,
- Toplantı ve gösteri yürüyüşü hakkı,
- Üniversite özerkliği,
- Devlet Planlama Teşkilatı aracılığıyla planlı kalkınma döneminin başlatılması,
- Özerk TRT.

1960’lı yıllar başlangıçta koalisyonlar, ikinci yarıda ise Adalet Partisi yönetiminde geçecek olmasına karşın diriliş, uyanış ve devrim yıllarıdır. Marks’lar, Babeuf’ler, Nazım’lar, Kemal Tahir’ler okunabilir; Brecht’ler, Ionesco’lar, Haldun Taner’ler izlenebilir. Her yer tiyatrodur, yalnız İstanbul’da seksenden fazla tiyatro ve onlarca sokak tiyatrosu kurulur; üstelik sinemanın altın çağında çok da izlenir. Devrimci tiyatrolar olan Ankara Sanat Tiyatrosu ve Halk Oyuncuları birer okul işlevi görür. Sıradan insanlar, aydınlar, işçiler, öğrenciler mutlu, daha önemlisi umutludur. Türkiye, tarihinin en hızlı değişimini canlı, sevinçli ve çok renkli olarak yaşamaktadır. İşçi sınıfı örgütlenmesi adına önce Devrimci İşçi Sendikaları Konfederasyonu (DİSK), ardından Türkiye

İşçi Partisi (TİP) kurulur; TİP 15 milletvekiliyle ve çok etkin görevler sürdürmek üzere Meclis'e girer. 1970'lerin sınıfsal dinamiğini oluşturacak bilgi birikimi ve deneyim oluşmaktadır.

## SAĞLIKTA DEVLETLEŞTİRME Mİ MİLLİLEŞTİRME Mİ?

Nusret Fişek okullu değil, alaylı Halk Sağlıkçısıdır. İstanbul Üniversitesi'nden mezun olduktan sonra (Ankara Üniversitesi ve Hıfzısıhha Okulu'nda Bakteriyoloji uzmanlığı yapar. Harvard'a Yüksek Lisans amacıyla gönderilir, 'bu İngilizce ile Yüksek Lisans yapamazsın' eleştirisi üzerine 'öyleyse ben de Doktora yaparım' der ve Tetanoz toksoidi üzerine doktora tezi hazırlar. Tezinden çıkardığı uluslararası yayınlar Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) dikkatini çeker, bir süre Cenevre'de danışmanlık hizmeti verir. Sağlıkta toplumsal bakışı yakaladığı dönem bu görevle örtüşür. İlerleyen yıllarda Ankara Üniversitesi'nden Biyokimya uzmanlığı da alır. Toplumsal görüşünü uygulamaya koyabileceği Refik Saydam Merkez Hıfzısıhha Okulu'nda Müdür olarak göreve başlar.

MBK'nin çalışmaya başladığı günlerde Hıfzısıhha Okulu Müdürü'dür; Konsey buyruğuyla Temmuz'da SSYB'ye Müsteşar olarak atanır. Aynı günlerde Cumhuriyet Gazetesi'nde MBK üyelerinden Albay Sami Küçük'ün sağlık hizmetlerini geliştirmeye yönelik çabaları olacağı yönünde (Yaşar Kemal ile yapılan) bir röportaj okur. Konuya ilişkin bir mektup yazar, ancak yanıtı uzunca bir süre sonra, kendisine başkanlık sırası gelen (Yüzbaşı) Muzaffer Özdağ'dan alır. Yanıtta 'sağlık hizmetlerini devletleştireceğiz, hazırlık yapın' denmektedir. Böyle bir söylem bir Halk Sağlıkçının düşünde bile göremeyeceği, görse inanamayacağı bir öneri, gönülde yatan bir aslandır. Fişek yürekli adamdır, Özdağ'a telefon açar, 'istediğiniz mümkün değildir' der. Özdağ şaşırır ve nedenini sorar. Fişek'in yanıtı siyasal görüşü ile uyumludur: 'Söylediğiniz şey komünist rejimlerde olur, hür rejimlerde olmaz. Bizim millileştirme yapmamız uygundur. Görüşebilir miyiz?' der. Olumlu yanıt alınca gider, özel hekimliğin ve hasta seçme hakkının olup olmayacağını, finansmanın hangi kurumda sürdürüleceğini sorar. Alamadığı yanıtlardan, konuya çok kararlı ve iyi niyetli yaklaşımlarına karşın MBK'nin bir sağlık politikası olmadığını algılar. Aldığı tek yanıt 'siz hazırlık yapın' olmaktadır.

Bir görüş raporu hazırlar (SSYB, 1961a). Önce sağlığın sosyalleştirilmesinin önemini, ABD'nin bunu 'deklare sosyalist memleketlerden

daha mükemmel' sağladığını, İngiltere ve İsveç'in de başarıyla yürüttüğünü açıklar. Türkiye'deki sorunların nedenlerini anlatır ve iki temel çözüm yöntemini tartışır.

Fişek'e göre birinci çözüm devletleştirmedir ve dört ana sakınca içermektedir. İlki serbest hekimliğin yasaklanmasıdır; bu antidemokratik ve (hekim açısından) insan haklarına aykırıdır. İkincisi, hekimlik serbest meslek olduğu için memur maaşı gibi bir kısıtlamanın uygulanması devletin yurttaşla (hekime) eşit davranma ilkesine uymaz. Üçüncüsü (hekimler arasında) rekabetin kaldırılacak olmasının hizmet kalitesini düşürmesi tehlikesidir. Dördüncüsü, (hekim hizmetinin) parasız olması durumunda hizmetin yararlanan halk tarafından kötüye kullanılacağıdır (Parantez içindekiler yazarca eklenmiştir)..

İkinci çözüm serbest hekimliğe izin vermek, kamu hekimlerine de onların kazançlarına uyan bir ücret ödemektir. Kamu hizmetini seçmeyen hekimlerin bulunmasının sağlayacağı yarar, özel hastaneler kurmaları ve kamuyla yarışmaları sonucu hizmetin kalitesinin gelecek olmasıdır.

Görüldüğü gibi Fişek'in ağırlıklı üzerinde durduğu konu 'hekimlik hizmeti', onun da 'ücretlendirilmesi'dir. Açıklanan önerilerle ayrıntıya yönelir ve diğer sağlık çalışanları da dikkate alınır. Öncelikle halk sağlığı uzmanları yetiştirecek ve araştırma yapacak bir akademi kurulmalıdır. Köy ve mahalle sağlık bölgeleri<sup>3</sup> oluşturulmalı, her birinde taşıtla donatılmış bir hekim ve bir hemşireden (ya da sağlık memuru) oluşan bir ekip bulunmalıdır. Tıp fakültesi öğretim üyeleri -özellikle öğrenciye örnek olmak üzere- tam süre çalışmalı ve gerekli ek ödentiye almalıdır. Hastane hizmetleri sosyalleştirilirken başhekimler tam süre çalışmaya özendirilmeli, uzmanların alan hekimlerine destek olması sağlanmalıdır; hastanenin finansında ödeme gücü olanlardan alınacak ücretle oluşturulan döner sermaye gelirlerinin artırılmasına özen gösterilmelidir. Ülke çapında sağlık personeli yetiştirilmesi ve uygun ücret ödenmesine özen gösterilmelidir. Yurdun her köşesine sağlık personeli gönderebilmek amacıyla -emekli olsalar da- başta hekimler olmak üzere sağlıkçılara prim ve ek ödenek sağlanmalıdır.

---

<sup>3</sup> Mevzuatta ve hazırlıklarda 'bölge' sözcüğü sıkça ve farklı anlamlarda kullanılır. Burada geçen bugün 'ebe bölgesi' denen alandır. 'Bölge başkanlığı' ve 'Bölge hastanesi' 'grup' olarak algılanmalıdır. Fişek'in Bölge olarak asıl belirttiği (yer yer Sağlık Merkezi olarak da geçen) her biri birkaç ilden oluşan on altı büyük bölgedir. Daha sonra Dünya Bankası ve SB reform süreçleri de bu istemi ortaya koyacaktır.

Tasarı beğenilmez, MBK açık bir devletleştirme planı beklemektedir. Fişek'in MBK'nin sağlık politikası olmadığı yönündeki görüşü pekişir. Sağlık politikasını da kendisinin oluşturması gerektiğini anlar; istemeden kendisi üstlenir. Bu girişimi kafasındaki taslağın birkaç hafta içinde genişlemesine ve özellikle de gelişmesine katkıda bulunacak, ilk taslaktan -devletleştirmeye değilse de- çok farklı ve gelişkin bir taslağa ulaşılacaktır.

## **YASA TASARISI**

Fişek iyi bir bürokrattır, ancak politikadan hiç hoşlanmadığı gibi, politik kararlar da vermek istemez. Aynı günlerde boşalan Sağlık Bakanlığı makamı için -bir haftadır Bakan Vekili olmasına karşın- Devlet Başkanı Cemal Gürsel tarafından yüz yüze yapılan öneriyi de bu nedenle geri çevirmiştir. Her iyi bürokratin yapması beklendiği gibi üç düzenleme önerisi hazırlar. Öncelikli olan sosyalleştirmedi; kabul edilmezse ikinci seçenek var olan yataklı Sağlık Merkezlerinin yaygınlaştırılması ve gezici sağlık ekibiyle güçlendirilmesi; üçüncüsü ise ilçe tabanında en az bir hekim ve iki 'yardımcı' personelden oluşacak gezici ekipler oluşturulmasıdır. Bu kez MBK üyesi Suphi Gürsoytrak'tan 'tasarı hani?' sorusunu alır. MBK'nin üç seçenekten birini seçmesini ister, 'en iyisini hazırlayın' yanıtı verilir. Konsey en iyi seçeneği uygulamak istemektedir. Seçimi kendi yapar ve sosyalleştirmeye yoğunlaşarak ayrıntılandırır.

Yıllar sonra bu süreçteki çelişkiyi fark edecek ve 'yönetimden biran önce ayrılmak isteyen devrimciler, ardlarından yönetime gelecek politikacıların hiçbirinin desteklemeyeceği açıkça belli olan bir tasarıda ısrar ediyorlardı' diyecektir. Üstelik sağlık hizmetinin kamulaştırılmasının en önemli karşıtları politikacılardan çok halkın gereksinmelerinden yararlanmaya alışmış hekimler, başta da 'Hoca'lardır. Fişek'e göre (bile) hekimlik bir hizmet türü değil, muayenehane denen atölyede uygulanan bir sanattır. Bu sanat ürününün fiyatını da kamu kurumu değil, ürünü satın alan kişi, yani -haydi müşteri demeyelim- sanatsever belirleyecektir. Fişek bu görüştedir; ayrıca bu bakışı ömrünün sonuna dek koruyacak ve yüksek sesle savunacaktır; ancak insancıl ve eşitlikçi bakış biçimi, altmışlı yılların toplumsal devinimi ve kendisinin sağlık politikası üreten konumda bir kamu görevlisi olması, toplumdan yana tavır koymasındaki temel etkenlerdir. MBK'ye hazırladığı tasarılar da



da özellikle Üniversite’de kamu hekimliği yapmanın eğitim ve örnek olma açısından önemini vurgular ve ‘hocalara’ tam süre çalışmalarını karşılığı yüksek ek ödemeler yapılmasını önerir.

Babası Hayrullah Fişek’in bir Kurtuluş Savaşı kahramanı olması, ‘Büyük Taarruz’da Binbaşı rütbesiyle Kolordu kurmay başkanlığı yapması, izleyen yıllarda Korgeneral’likten emekliye ayrılması -şimdiki emir kulu TDK değil- Mustafa Kemal’in kurduğu Türk Dil Kurumu üyesi bulunması da davranışlarını etkilemiş olmalıdır. Hazırladığı ilk sağlık birimine Sağlık Ünitesi adını verir; bunu fark eden babası ‘Sağlık Ocağı de’ der. Kırsal alanda insanlar sığındıkları, ısındıkları, karınlarının doyduğu yere ocak derler; asker ocağı sözü de oradan gelir.’ Uzantı da Sağlık İstasyonu’dur; onu da değiştirir; ‘köy yerinde kendi evi gibi görmeli ebenin kaldığı binayı halk, ona da ‘Sağlık Evi’ de, daha kolay benimsenir.’

Türkçe açısından bir katkı da Sabahattin Payzın’dan gelir: Taslağın adı İngilizce’den çevrilme ‘Sosyalizasyon’dur. ‘Sosyalizme gönderme yaparlar, gereksiz yere suçlanırsın, yasayı da engellerler’ der. Fişek adı ‘Sosyalleştirme’ olarak değiştirir. Bu kararında Britanyalı bir yetkilinin (Goodman) ‘sosyalist ülkelerdeki hastanın hekimi hekimin hastayı seçmesi hakkının yasaklanması çağrısını uyandırmasın’ uyarısının etkisi vardır.

## YASANIN GEÇİŞİ

Kasım ayında yasa tasarısı, içine sağlık ocakları ve evleri ile lojmanların estetik yapım planları bile konan ayrıntılı bir gerekçe ile birlikte MBK’dedir; ancak bir türlü ses çıkmaz. Gürsoytrak’a nedenini sorar, Maliye Bakanı’nca (Ekrem Alican) imzalanmadığını öğrenir. Bunun iki nedeni vardır: İlki ‘sağlık tasarısı’nın ‘prim toplama’ içermesidir; devlet açısından bu alışılmış ve kabul edilebilir bir durum değildir. İkincisi çalışanların ‘sözleşmeli’<sup>4</sup> konumudur; bu da sakıncalı bulunur, çünkü o güne dek kamu görevi devlet memuru eliyle sunulmuştur.

Fişek tasarısı hazırlıkları süresince sağlık önerilerinde bulunması alışılmadık ölçüde ayrıntılı parasal değerlendirmeler yapmış, ayrıca

---

<sup>4</sup> Sağlık Reformu ya da Dönüşüm yanlıları bugün sözleşmeli hekim çalıştırmanın insanlık dışı olduğu görüşüne karşı sosyalleştirmedeki maddeyi göstermektedir. Oysa sosyalleştirmede yer alan sözleşme bir ‘ek ödenek’ sözleşmesidir, çalışanın kamu görevlisi hakları ve güvencesi saklıdır. Ayrıca üç yıl aynı görevde kalırsa yüksek yan ödeme alma, süre dolduğunda -yeni sosyalleştirilen illerde- istediği yere atanma, uzmanlık giriş sınavına çalıştığı süre kadar kazanılmış ek puanla başvurma gibi haklar kazandırmıştır.

finansı bir sağlık örgütünce hazırlanan ve yürütülecek olan tasarıya yerleştirmiştir. Üstelik finans bir devletleştirme ya da millileştirme önerisine uymayacak biçimde, prime ve ek vergiye dayandırılmıştır. Örneğin ergenlik çağından başlayarak herkes yılda 25 lira prim ödeyecek, satılan her kilo tuz ve her posta pulu başına 5 kuruş vergi alınacaktır. Sosyalleştirmede görev alacak hekim ve diğer tüm personel gönüllü olacak, sözleşme yaptıktan sonra üç yıl görev yapacaklardır. Kıdem ve öğrenim düzeylerine göre -yasa tasarısında ayrıntıyla yazılmış- ek ödenekler alacaklardır. Görev yerlerinin belirlenmesinde istekleri, başarı durumları, çocuklarının öğrenimi gibi konular göze alınacak, süre bitiminde aynı ya da başka bir görev yerinde sözleşmelerini sürdürebileceklerdir. Maliye karşı görüşlerinde diretir, sonunda Gürsoytrak taslağı Cemal Gürsel'e elden imzalatır, Maliye'nin onayı olmaksızın taslak Konsey'e sunulur.

Sağlık hizmeti sunumundan -prim ya da başka ad altında- ücret alınmasında Fişek açısından bir sakınca yoktur. İleride 1982 Anayasası taslağını eleştirirken '...herkese hizmet verecek bir örgüt kurmadan, hekimleri ve hastaneleri yurdun her köşesine yaymadan ve onları yeterli bir standartta çalışır duruma getirmeden sigorta primini toplamanın anlamsızlığı...'na (Fişek, 1982) vurgu yapacak, ancak örtülü olarak prim toplanmasını onaylayacaktır.

Ertesi gün<sup>5</sup> 5 Ocak 1961'dir ve Konsey'in son yetki günüdür; izleyen gün yetki sivil hükümete devredilecektir ve böyle toplumsal içerikli bir yasayı sivil hükümetlerin kabulleneceğini kimse düşünmemektedir. Sami Küçük Fişek'i rahatlatır, 'yarınki oturum için beni başkan yaptılar; hazırlan, gel' der. Öğleden sonra Konsey'e girilir. Kamu hizmetinde sözleşmeli sağlıkçı çalıştırmak eğilimlere aykırıdır, kabul edilmez. Suphi Karaman masaya yumruğunu vurur, 'memur maaşıyla hekim çalıştıracağınızı düşünüyorsanız bu iş yürümez' der. Sözleşmeli sağlık çalışanı maddesi geçer. Finans yöntemi ve prim konusunda Maliye hiç ödün vermez. Yetki süresinin bitimine iki saatten az kalmıştır. Sami Küçük Fişek'i köşeye çeker, 'zaman kalmadı, gel ödün ver, geçirelim şunu' uyarısında bulunur. Fişek finans konusunda geri adım atmak zorundadır. Hemen salon dışındaki sekreterlere finans ile ilgili maddeleri acele çıkarmaları söylenir, yazım tamamlanınca tasarı geçer, onay-

---

<sup>5</sup> Yasanın Konsey'den geçiş saatleri öyküsünü yazar 1975 yılında bir rastlantı sonucu Nusret Fişek ve Sami Küçük'ün birlikte oldukları çok içten ve keyifli bir söyleşi ortamında dinler.

dan ve Resmi Gazete’de yayımından sonra yasalaşacak biçimini alır.<sup>6</sup> Yasa çok az destek ve yardım alınarak, ‘tek kişilik bir ordu’ tarafından birbuçuk ayda yazılmış, hazırlanmaya başlanmasından yarım yıl sonra kabul ettirilmiştir. Bundan sonra numarasına gönderme yapılarak ‘224’ adıyla anılacak ve yarım yüzyılı aşkın süre sağlık gündeminin en önemli siyasal -ve doğal olarak ekonomik- tartışma konusu olacaktır.

## SOSYALLEŞTİRMENİN İLKELERİ

Fişek sosyalleştirme yasasının önemli ilkelerini sıralar (Fişek, 1997a):

- *Sağlık hizmetleri programa bağlanacaktır,*
- *Herkes sağlık hizmetiden eşit şekilde yararlanacaktır,*
- *Sağlık örgütü il içinde yönetsel taksimata uymayacaktır,*
- *Sağlık örgütünün temeli sağlık ocaklarıdır,*
- *Sağlık örgütünde çalışan personel serbest meslek icra edemeyecektir,*
- *Kamu sektöründe hizmet almak istemeyen hekim serbest meslek icra edebilir ve kişi, ücretini ödemek koşuluyla, istediği hekime başvurabilir,*
- *Sağlık örgütlenmesinde birkaç ilden oluşan bölgeler kurulur,*
- *Halkla sağlık örgütü arasında işbirliği gerçekleştirilecektir,*
- *Yönetime, ülkenin bir bölümünde bir inceleme bölgesi kurarak deneyim yapmasına izin verilmiştir,*
- *Türkiye’de kamu sektöründeki kurumların sağlık hizmetleri tek elde toplanacak ve SSYB’na başka kurumların sağlık personeli kadrolarını denetleme yetkisi tanınacaktır,*
- *... sağlık personelinin tümüyle hükümet hizmetine bağlanmalarını öngörmektedir,*

---

<sup>6</sup> Aceleyle yapılan düzeltme sırasında finans ile ilgili hükümlerin tümü çıkarılmasına karşın yasanın ikinci maddesinde Sosyalleştirme “vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile amme (kamu) sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılacak tahsisat karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına iştirak (katılım) suretiyle eşit şekilde faydalanmaları” olarak tanımlanmaktadır. 1975’te kişisel bir görüşmede Fişek bu çelişkiye -gülümseyerek- ‘tape (yazım) hatası olmuş; telaştan’ biçiminde açıklık getirir. Sağlık Reformu ya da Dönüşüm yanlıları yıllarca yasada kalan prim sözcüğünü silah olarak kullanmayı sürdürecektir. Evrensel olarak sağlık hizmeti sunan kuruluşlar ücret toplayamaz; fona ya da genel bütçeye gitmek üzere primi mali kuruluşlar toplar. 1978 yılında Fişek yine kişisel bir görüşmede yasa tasarısında yaptığı temel yanlısın hizmet ile finansı tek elde toplamak olduğunu söyler. İlerleyen yıllarda iki kurumun ayrı olması gerektiği yönündeki görüşü sindirmiş olduğunu gösteren demeç ve sunumları vardır.

- *Hastalara parasız olarak hangi ilaçların verileceğini saptama yetkisi SSYB'na tanınmıştır,*
- *Belediyelerin sorumlulukları (azaltılmıştır),*
- *Tedavi ve koruyucu hekimlik kurumları birbirlerini tamamlayan kurumlar olarak ele alınmıştır,*
- *Hastaların sağlık kuruluşlarına başvuru şekilleri ve ücretsiz hizmetten yararlanma olanakları bir düzene bağlanmıştır.*

Fişek'in değerlendirmeleri önceki hekimcil yaklaşımının oldukça ilerisindedir; ancak bütüncül bakışa ve ekip hizmeti anlayışına ulaşabilmesi için zaman geçmesi gerekecektir.

Her maddeyi yorumlayarak açıklar. Açıklamaları aşağıda *sosyalleştirme ilkelerinde belirsizlik ve tutarsızlıklar* başlığı altında yazarca yorumlanmıştır.

Fişek MBK ortadan kalkınca yasanın sahihsiz ve korumasız kalacağını bilincindedir. Yasanın hazırlanışı ile geçişi arasındaki sürede gelişime uyum sağlamış ve Üniversiteler, Devlet Planlama Örgütü (DPT), Türk Tabipleri Birliği (TTB) gibi çeşitli çevrelerle görüş alışverişini sürdürmüştür. Taktik geliştirmiş, Maliye ile yürütemediği finans konularını DPT üzerinden yürütmeye başlamıştır; çünkü DPT insan sağlığına ayrılan paraya harcama değil, yatırım gözüyle bakmaktadır. Yasanın uygulamaya geçişi için önünde iki yılı aşkın bir süre vardır.

## **AMAÇ, ÖRGÜTLENME VE İŞLEV**

Sosyalleştirmenin örgütlenme modeli sağlığın yaşam hakkı olması temeline dayanır. Amaç herkese ve eşit koşullarda hizmet götürülmesini sağlamaktır. Bu yaklaşım öncelikle Doğu kırsalına ve ücret ödeyemeyene de hizmet anlamına gelir. Yeryüzünde yapılan tüm sağlık hizmet araştırmaları hizmetten yararlanmayı etkileyen iki önemli etmenin yakın ve ücretsiz olma olduğunu ortaya koymaktadır. Sosyalleştirmede de topluma en yakın coğrafyada, olabildiğince nitelikli hizmetin, olabildiğince ücret almaksızın sunulması planlanır. Bu nedenle yasanın yanı sıra çok ayrıntılı, kusursuz denebilecek, henüz uygulanmayan modelde sanki on yıllarca çalışmış kişilerce yazılmış olduğu duygusunu uyandıran '154 Sayılı Yönerge' hazırlanır. Yönergenin yazılmasında dikey örgütlerde uç birimlerde deneyim kazanan sağlıkçıların önemli katkısı vardır. Birimlerin ve çalışanların görev tanımlarının, yetki ve sorumluluklarının ayrıntılı olarak yazılmasına çok özen gösterilir. Sağlık

ocaklarında ve evlerinde bulundurulacak standart malzeme ek listelerle birlikte hazırlanır ve eksiksiz oldukları sık sık denetlenir. Ebelerin ev ziyaretlerinde ve evde doğum yaptırılmaları gerektiğinde kullanacakları iki ayrı çanta özenle listelenir, hazırlanır ve kullanımı değerlendirilir. Sosyalleştirmenin gerek özünü gerekse uygulanma ilkelerini ve biçimini anlamak için '224'ten (Yasa) çok '154'ü (Yönerge) okumak ve bilmek gerekir.

Temel birim sağlık ocağıdır. Ülke nüfusu pratisyen hekim sayısına bölünür, yaklaşık hekim başına 9,000 kişi bulunur. Sağlık ocağı nüfusunun 5-10,000 kişiye bir hekim, sağlık evi nüfusunun 2-3,000 kişiye bir ebe olacak biçimde düzenlenmesine karar verilir. Haritalar çıkarılır, ilçe düzeneği dikkate alınmaksızın, köy ve mezra dağılımı ve büyüklüğü, yol durumu, halkın resmi işlem ya da pazara gidiş amacıyla yaptığı yolculuk yönü gibi etmenler dikkate alınarak önce 3-4 köye bir sağlık evi, sonra 3-4 sağlık evine bir sağlık ocağı planlanır. Hizmet, koruyucu ve sağaltıcı olarak iki ögeden oluşur. Koruma öncelikle evde, sonra helada, ahırda, fırında,.. yürütülür. Sağaltım sağlık ocağı binasında, gerektiğinde evde yapılır. Amaç kişinin sağlık sorununu yerinde gidermek, olamazsa dalın ucundan gövdeye doğru sevk edilmesini sağlamaktır. Gövdenin merkezinde bazen 'sağlık merkezi' bazen 'sağlık grubu başkanlığı' olarak adlandırılan birimdeki uzman hekimlerle donatılmış bölge hastanesi olması beklenir; ancak Üniversitelerce yönetilenler dışındaki gruplarda bu sevk ve hastane yapılanması sağlanamamıştır.

Sağlık birimlerinin yapımında okulla aynı ya da komşu bahçeyi kullanması özendirilir. Öğretmenlerle sağlıkçıların iletişimi, gereğinde sağlıkçıların okulda sunumlar yapmaları beklenir. Sağlık ocağının tarım ve veterinerlik örgütleriyle ve varsa belediyeyle yakın iletişimde olması istenir. İçme ve kullanma suyunun sağlanması ve korunması, insan ve hayvan dışkıının ve olabildiğince hayvanın kendisinin insandan uzak tutulması sağlık ocağının yapması ve yaptırması gereken temel görevlerindedir.

Hizmetin başlangıç noktası sınırları sağlık örgütünce çizilmiş bir bölgede yaşayan tüm insanların belirli bir düzenekle kayda geçirilmesidir. Bu işlemde ilçe düzenlemesi kesinlikle dikkate alınmaz, tek kaygı ulaşılabilirliktir. Yılda bir kez her 'evhalkı' tüm demografik özellikleriyle ayrı bir forma yazılır (ETF). Bu formdan her bir kişiye ayrı, aşılama ve hastalık bilgilerinin kaydedildiği kişisel birer form üretilir

(KSF). Her gebe saptandığında ve bebek doğduğunda birer form çıkarılır, izlemler yazılır. Yazımda mürekkepli kalem (tükenmez) kullanılması esastır, değişikliler silinmeden, üzeri çizilerek yeniden yazılır. Ölüm ve dışa göç durumunda bilgi silinmez, üzeri kalemlerle çizilir, gerekli notlar konur, ilgili formlar kişilerin göç ettiği sağlık ocağına gönderilir. Sözü edilen kaydın ev içinde düzenli yapılması her doğum, ölüm ve göç olgusunun belirlenmesini sağlar; yılda bir kez, yıl ortasında (Mayıs-Haziran) yapılan evhalkı belirlenmesi ile demografik veri doğrulanır, gözden kaçan eksik ve yanlışlar düzeltilir (SSYB, 1967). Düzgün tutulan bir evhalkı kaydı nüfus konusunda tama yakın doğrulukta bilgi verir, nüfus sayımlarını gereksiz kılar.

Sağlık ocağı binası 'köy tipi' ise tüm hizmet odaları boyunca uzanan bir salonu vardır. Hasta bakımı saatlerinde burada hastalar sıra bekler. Tam ortada yer alan lavabo ve tezgah biçimindeki mutfak gebe ve annelere mama hazırlama, bebeği besleme ve altını bağlamayı öğretme amaçlıdır. İki yandaki camlı dolaplarda yine bebek beslenmesine yönelik yöre halkınca tanınmayan cezve, tatlı kaşığı gibi malzemeye, bebeğin altına toprak bağlanmasından vazgeçirmeyi amaçlayan ara bezinden zıbına, patikten eldivene bebek giysileri yer alır. Aynı salona belli akşamlarda köy kahvesinden getirilen sandalyeler dizilir, başkentinde bile televizyon yayını bulunmayan ülkenin köylü yurttaşlarına, kadın ve erkek bir arada başta aile planlaması olmak üzere filmler gösterilir ve açıklamalar yapılır, sorular yanıtlanır.

Sağlık ocağı personeli bir hekim, bir hemşire, bir sağlık memuru, yaklaşık 2,500 kişiye bir ebe, bir hizmetli, bir şoför ve bir tıbbi sekreterden oluşur. Her sağlık ocağına köylere dağılmış 3-4 sağlık evi bağlıdır; standart olan bu binaların yarısı hizmet birimi, yarısı ebe lojmanıdır. Ebe içinde yaşadığı ve bağlı 3-4 köyü yürüyerek dolaşır, yeni gebelikleri belirler, gebe ve bebekleri yönergede gösterilen sıklık ve nitelikte izler. Bulaşıcı hastalık bildirimine varıncaya dek her tür sağlık hizmetini vermekle yükümlüdür. Doğumu evde ya da sağlık evinde yaptırma becerisi ve olanakları vardır, ancak doğumun olabildiğince hastanede yapılmasını özendirir. Sağlık ocağı çalışanlarının grup başkanlığı, hastane ve sağlık müdürlüğü görevlilerince sürekli denetlenmeleri (yani hizmet içinde eğitilmeleri) temel bir işlevdir.

Sağlık ocağı işlevlerinde hizmetiçi eğitimin baş aktörü hekimdir. Özellikle sağlık evlerini haftada bir kez ziyaret etmesi, ebeyle birlikte

gebe ve bebek formlarını değerlendirmesi, ebenin ya da kendisinin gerekli gördüğü gebe ve bebeklere bir de kendisinin bakması gerekir. Ziyaret haftanın bilinen bir gününde olacağından, kendisini bekleyen hastaları da görme olanağı bulur.

Toplumda görülen 'hastalık' niteliğindeki olguların büyük çoğunluğu basit ve kolay çözümlenebilen sorunlardır. Sağlık çalışanlarının lojmanlarının aynı bahçe (sağlık evinde aynı bina) içinde olması yirmidört saat ulaşılabilirliği sağlar. Hasta izleminde sağlık ocağının -yeterli bir laboratuvarı da bulunduğu- başarı olasılığının %95 düzeyinde olduğu, ancak %5 dolayında kişiyi bölge hastanesine sevk etmek gerektiği belirlenmiştir. Hekim tanı ya da sağaltım konusunda güçlük çektiği olguları ilgili formu doldurarak hastanedeki uzmana gönderir, onun aynı formu doldurarak yaptığı geribildirimle hem hastanın düzgün izlemini, hem kendi hizmet içi eğitimini sağlar.

Modelin kilit elemanlarından biri tıbbi sekreterdir. Evhalkı yazımının ve kişisel sağlık fişlerinin doğruluğundan ve güncelleştirilmesinden sorumludur. Her sağlık çalışanı, ebe, hemşire, sağlık memuru ve hekim aylık çalışmalarını bir forma geçirerek sekretere sunar. Önceki aydaki gebe, bebek, çocuk sayıları ve izlemleri ve o ay doğan ve belirlenenler sekreterce incelenir, kıyaslanır, tutarlılıkları ölçülür, yanlışlıklar varsa düzeltilmeleri sağlanır. O ay yapılan aşılar, bakılan ve sevk edilen hastalar, tanı konan hastalık adları, laboratuvar incelemeleri, küçük cerrahi girişimler, denetimler ve halk eğitimleri ile benzerleri de derlenerek forma işlenir. Tüm çalışmalar tek forma geçirilip grup başkanlığına, aynı işlemler orada uygulanıp sağlık müdürlüğüne, oradaki denetimden sonra SSYB'ye iletilir. Her aşamada doğum, ölüm, hastalık, göç vb. hızları hesaplanır. Böylece var olan sağlık düzeyi, yapılan hizmetin niteliği ve niceliği ile görülen boşluklar ortaya konmuş olur. Bu düzenli kayıt sistemi sağlık hizmetinin nasıl ve hangi yönde geliştirilmesi, hangi amaçlara yönlendirilmesi gerektiğini ortaya koyar ve ileriye yönelik sağlık politikaları çizilmesini sağlar.

Demografik kayıtların düzenli, güncel ve güvenilir tutulmasının ülke açısından genel bir yararı, sosyalleştirmenin tam ve doğru uygulanması durumunda nüfus sayımlarına gerek duyulmayacağı gibi, çok daha güvenilir ve doğruya çok yakın bilgi edinilebilmesidir. Üniversitelerin yönettiği bölgelerde, verinin *de facto* (yılda bir kez) evde belirlenmesi ve düzenli ev gezileri ile *de jure* (sürekli) yenilenmesinin, güvenilirliğinin yüzde yüze yakın olmasını sağladığı gösterilmiştir.

Sağlık ocağının bir bölümünde korunaklı bir garaj, içinde dört-çeker bir araç bulunur. Başta sağlık evi ziyaretleri ve bulaşıcı hastalık izleminde kullanılmak üzere hizmete sokulmuştur ve sorumlu elemanı kadrolu şofördür.

## **SAĞLIK OCAĞININ AYIRICI ÖZELLİĞİ**

Sağlık ocağı diğer sağlık kuruluşları gibi hasta olduğunda başvuru- rulan bir hasta iyileştirme birimi değildir. Sağlık ocağı nüfus tabanlı örgütlenmiştir. Kendisine başvursun ya da vurmasın herkesin kaydı ve özellikleri elindedir. İşlevi bütünseldir; sağlamı korur, risk altına girenin geliştirilmesini sağlar, hastalanana sağaltır, iş göremez olanı topluma uyumlu kılmaya çabalar. Bu tür sağlık hizmetine bütüncül (tümelci) hizmet denir ve toplumun içinde, bireyler gereksinmelerini belirtme- den (bazen kendileri fark etmeden) yerinde saptayıp giderme temeline dayanır (Aksakoğlu ve Giray, 2007; Aksakoğlu, 2007). Toplumun her kesimi ve her tür gereksinmesi kapsam içine alınmıştır; ocak hekimi -sağlık ocağı sınırları içindeki- adli hizmetten (SSYB, 1961c) ve işyer- lerinin ve işçilerin sağlık ile ilgili gereksinmelerinden (SSYB, tarihsiz b) sorumlu olacaktır.

Sağlık ocağını diğer hizmet birimlerinden ayıran temel nitelik hizmetin evde yürütülmesidir. Ebe tüm hizmetini, diğer sağlık çalışan- ları da hizmetin özellikli bazı bölümlerini evde sürdürür. Kişiler bilgi- sizlik, dil bilmeme, koca ya da kayınvalide baskısı, evde bırakamaya- cıkları çocuk ya da hasta bulunması nedenleriyle sağlık ocağı binasına -gereksinme duysalar da- başvuramayabilir. Bu kişiler toplumun en bilinçsiz ve en fazla risk altında olan kesimidir. Başta bu kesim, tüm toplumun sağlık düzeyi ve sorunlarını yerinde saptamak ve kişilerin sahip oldukları olanaklar çerçevesinde çözüm üretmek sağlık ocağını üstün kılan özelliktir. Üstünlüğü sağlayan eleman da ebedir; ebe sağlık sorunlarını belirleyip gerektiğinde yukarıya ileten ve yukarıdan gelen destekle en doğru çözümü yerinde uygulayan temel sağlık çalışanı, hizmetin parmak ucudur.

Sağlık ocağının bir araç ve şoförle donatılarak gezici hizmet suna- bilmesi hem çalışanların denetim/egitimi, hem uzak yerleşim birimle- rinde yaşayanların hizmetten yararlanmaları açısından yaşamsaldır.



## **ÜNİVERSİTEYE YAKLAŞMA: EĞİTİM-ARAŞTIRMA BÖLGELERİ**

Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinde görev alacak hekimlerin, kendilerine çok elenerek ulaşan hastalarla ve ender görülen hastalıklarla yatak başında gördükleri eğitimin, sağlık ocaklarındaki uygulamalarıyla bağdaşmayacağı açıktır. Hekim adaylarının tıp eğitimi süresince alandaki gerçek sağlık örüntüsünü algılayabilmeleri ve sık görülen hastalıkların sağaltımını öğrenebilmeleri amacıyla SSBYB ve Üniversiteler arasında iletişim başlar. Yaklaşımın ikincil nedeni, uzun erimde hizmetin en üst basamağı olması planlanan tıp fakülteleri hastaneleri ile başlangıçtan iletişim kurma isteğidir. İlk protokol Hacettepe-Etimesgut'la (Muş'taki uygulamanın başlamasından bir yıl sonra) 1964'te imzalanır. Üniversite sağlık ocaklarına birer lojman yapacak, hekim adayları iki ay süreyle burada staj yaparak sağlık ocağını ve sunduğu hizmeti içinde çalışarak tanıyacaktır. Bunları hemen Atatürk Üniversitesi, Ege-Torbalı, Diyarbakır, Ankara-Abidinpaşa bölgeleri izler. 1994'e dek hemen tüm tıp fakülteleri hekim adayı eğitecek birer eğitim-araştırma bölgesine sahip olmuştur.

Eğitim-araştırma bölgeleri mevzuata tam anlamıyla uygun olarak, SSBYB koşullarına tümüyle bağlı uygulamalarla hekim adayı yetiştirir. (Bunun belki tek ayrıcalığı 1985'te hükümetle UNICEF arasındaki anlaşma gereği ülkede sağlık ocakları rutin bağışıklaması durdurulup aşı kampanyaları başlatıldığında SSBYB rutinini sürdüren Dokuz Eylül-Narlıdere Bölgesi'dir). SSBYB alanlarından farklı olan yalnızca Grup Başkanı'nın bir Halk Sağlığı uzmanı öğretim üyesi olması ve çalışanların eğitim-denetimine aşırı özen gösterilmesidir. Toplum hekimliği asistanları ocak hekimi olarak çalışır, bölge hastanelerinde nöbet tutar. Hekim adayı yanında sağlık çalışanları ve toplum açısından da çok yararlı olan bu uygulamalarda sağlık göstergeleri çok kısa zamanda olağanüstü düzelmeler gösterir. Halk Sağlığı Anabilim Dalları sosyalleştirmenin istendiğinde ve iyi yönetildiğinde ne denli başarılı sonuçlar vereceğini kanıtlamış olurlar (Civaner, Demiral, Aksakoğlu, 2002; Kılıç, Aksakoğlu, 2006).

## **SOSYALLEŞTİRME İLKELERİNDE BELİRSİZLİK VE TUTARSIZLIKLAR**

Fişek yasa taslağını büyük ölçüde MBK'nin kamu hizmetine dayalı olarak hazırlamasına karşın, beynindeki 'hekimlik sanatı' ve 'hizme-

tin ücretlendirilmesi' yaklaşımı ile 'rekabet' ve 'hekim ve hasta seçme özgürlüğü' saplantılarını örtülü de olsa korumaya engel olamamıştır. 1963'te yazdığı bir yazıda (Fişek, 1997a) bu liberal görüşlerini biraz daha açar: 'Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi, bu hizmetin bireyler için kişisel kazanç kaynağı olmaktan çıkarılmasını ... sağlayan bir düzen kurulması demektir.' 'Sağlık hizmetlerinin bireyler için kişisel kazanç kaynağı olmaktan çıkarılması çabası, hiçbir zaman bir hastanın yapılacak harcamaları yüklenerek istediği hekime gitme hürriyetini ve bir hekimin -istediği takdirde- yasa ve meslek ahlakı kuralları içinde ve istediği yerde çalışma özgürlüğünü zedelememelidir.' 'Kimi insanlar ... tümüyle parasız yapılan hizmetleri aşırı derecede ya da kötü bir şekilde kullanma eğilimindedirler. Bunun için halkın parasal olanaklarını zorlamadan sosyalleştirilmiş hizmetlerde de -prim ve vergilerden başka- hizmet karşılığı ücret alınarak bu sakıncaların önlenmesi düşünülebilir ve bu uygulama sosyalleştirme ilkesini zedelemez.' 'Özgürlük rejiminin ve özel teşebbüsün geçerli olduğu bir ülkede sosyalleştirilmiş bir hizmetin başarıya ulaşması için, bu örgütün serbest piyasa ile en nitelikli elemanları içine alacak şekilde yarışabilmesi ve bu elemanlara güvenilerek onlara hareket serbestisi tanıyan ve başarısız olanların en kısa sürede görevden uzaklaştırılmasını sağlayan mevzuatın kabulü gerekir.' 'Yasa sosyalleştirmeyi vatandaşların sağlık hizmetlerinden ücretsiz ya da kendisine yapılan masrafın bir kısmına katılmak suretiyle eşit şekilde yararlanmaları olarak tanımlamakta; hekim ve eczacıları hükümetin sağladığı hizmet düzeyinden daha iyi kuruluşlar kurmak ve herkese, ücretini ödemek koşuluyla, bu kuruluşlardan yararlanma hakkını tanımakta; prim olarak kimi hizmetlerin sigortalar tarafından sağlanabileceğini olanaklı kılmaktadır'

Fişek'in serbest hekimlikten, hekim seçme özgürlüğünden, hizmet içi prim ve katkı payı ödenmesinden, sigorta sisteminden yana tavrı olduğu kendi satırlarından açıkça anlaşılmaktadır.

Hizmet doğal olarak Fişek'in sosyalleştirme yasının önemli ilkelerini belirlemesinden sonra başlar. Ancak bazı ilkeler beklendiği gibi gelişmez. Yukarıda *Sosyalleştirmenin ilkeleri* başlığıyla sunulan kavramlarda beklenen ve beklenmeyen değişiklikler olur:

*Sağlık hizmetleri programa bağlanacaktır:* Bu noktada özellikle gerekli koşullar sağlanmadan uygulamaya geçilmemesi ilkesine gönderme yapılır. Yasanın 17. maddesinde 'gereken tesisler, lojmanlar,

malzeme, araçlar ve personel temin edilmeden o bölgede sosyalleştirme planı tatbik edilemez' yönünde çok akılcı ve iyi öngörülmüş bir koşul bulunmaktadır. İleriki yıllarda bu ilke tam uygulanamayacak, kendisi de 'bu kuralı tam olarak uygulamaya kalksaydık hiçbir şey yapamazdık' diyecektir.

*Herkes sağlık hizmetinden eşit şekilde yararlanacaktır:* Fişek yasanın gerekçesinde halkın yüzde sekseninin kırsal alanda yaşadığını ileri sürmektedir. 'Eşitlik' ile sağlık hizmetinden yararlanma olanağı bulunmayan bu kişilerden söz edildiği düşünülmesine karşın, açıklamasında yasanın ikinci maddesinde yer alan '*Sosyalleştirme vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile amme sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılacak tahsisat karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına iştirak suretiyle eşit şekilde faydalanmalarıdır*' kavramına gönderme yapması beklenmedik ve şaşırtıcıdır; çünkü prim ve katkı payı kendi başına eşitsizlik nedenleridir. Bu konudaki çelişki ve çatışmalar *Yasanın geçişi* başlığı altında açıklanmıştır.

*Sağlık örgütü il içinde yönetsel taksimata uymayacaktır:* Açıklama şöyle sürer: '*Böylece personelin çalıştırılması yönetsel amirlerden sağlık amirlerine aktarılmış olacaktır. ... nedeni, sağlık örgütünün nüfus temeli göz önüne alınarak ve tümüyle teknik olan bu yönetsel hizmetin yürütülmesini gerçekleştiren sağlık personeli üzerinde sağlık amirlerinin otoritesini sağlamaktır.*' Ayrıca ocak hekiminin adli hekimlik açısından kendi hizmet alanında sorumlu olduğu belirtilmiştir. Bu başlık altında (yazılı olmayan) iki temel gerekçe yer almaktadır. İlki örgütlenmede halkın hizmete ve hizmetin halka ulaşmasında coğrafya, yol durumu, kasabaya akış yönü gibi özelliklerin dikkate alınmasıdır. İkincisi kaymakam baskısından korunmadır. Bu korunma ilgili yönetmelikte kaymakamın sağlık ocağı ile işbirliği içinde çalışacağı, (ünlü 154 sayılı) yönergede hekimin sağlık müdürü ve valiye karşı sorumlu olduğu, kaymakamın başkanlık yaptığı ilçe 'hıfzısıhha kurulu'na üye olmadığı açıkça belirtilerek gösterilmiştir. (Özellikle ikinci kaygının ne denli gerçekçi olduğu ileriki yıllarda ortaya çıkacaktır) Kendisine bağlı köylerden birine gebe-bebek izlemi ve aşı yapmak amacıyla kar altında yürüyerek giden ebeyi kaymakam makam aracına alır. Söz işin güçlüğünden ve ücretten açılır. Ebe aldığı gezici hizmet ödeneğinden söz edince kaymakam bir hesap yapar, 'senin maaşın benden fazlaya

geliyor' der. Hiyerarşide kabul edilemeyecek olan bu durum hemen üst makamlara arz edilir ve sağlıkçıların ek ödenekleri (özelde *mahrumiyet tazminatı* ve *seyyar hizmet tazminatı*) tırpanlanarak 'amirin' 'astından' daha fazla ücrete kavuşması ve 'iadei itibarı' sağlanır. Oysa yönetmelikte (SSYB, tarihsiz b) sağlıkçının üstü olarak kaymakamın adı bile geçmez; ebenin birinci sicil amiri ocak hekimi, ikincisi validir.

*Sağlık örgütünün temeli sağlık ocaklarıdır:* Nüfusa dayalı bölge temelinde bir örgütlenme oluşturulmaktadır. Açıkça belirtilmese de, yukarıdaki maddeye ek olması yanında, birbirinden çok farklı nüfusa sahip ilçelerde tek hekim bulunduran hükümet tabipliğinden farkı ortaya koymaktadır. Hükümet tabipliğinde 2,000 nüfuslu bir doğu ilçesinde de, 300,000 nüfuslu bir büyük kent ilçesinde de tek kamu hekimi bulunmaktadır.

*Sağlık örgütünde çalışan personel serbest meslek icra edemeyecektir:* Kamu hekimi ile serbest hekim birbirinden ayrılmakta, Fişek'in temel örgütlenme anlayışı olan 'hükümet sağlık personelini sözleşme ile çalıştıracak ve sözleşme ücretlerini saptamakta serbest olacaktır. Hizmette devrim yaratan ve ülkemizde sağlık hizmetlerinin gelişmesini güvence altına alan (bu) hükümdür' (Fişek, 1997a) bakışı ortaya çıkmaktadır. 1980'de kaldırılacaktır.

*Kamu sektöründe hizmet almak istemeyen hekim serbest meslek icra edebilir ve kişi, ücretini ödemek koşuluyla, istediği hekime başvurabilir:* Madde şöyle açıklanmaktadır: 'Böylece sosyalleştirme sırasında kişinin özgürlüğü gereksiz yere zedelenmemiş olmaktadır.' Kusursuz bir eğitimi olduğu tartışılmayacak olan Fişek'in bu tümceden sonra ('tıpkı yargıcını ya da pilotunu seçebildiği gibi') diye bir açıklama eklemesi de beklenebilir. 1961 yılındaki yasa gerekçesinde bu madde şöyle ayrıntılandırılmıştır: 'Tababet aslında serbest meslek halinde gelişmiş, hastanın tabibini seçmekte hür olması hasta tabip münasebetlerini teşkil etmiştir. Çünkü sağlık ve hayatı tehlikede olan bir kimsenin güvendiği ve kendini iyi edeceği bir tabibe tedavi olması maneviyatını çok yükseltir ve şifa bulmasına da yarar. Bunun aksi ise hastanın maneviyatını bozabilir. Ve bu hal onun sağlık durumuna da kötü tesir eder. Binaenaleyh hastaları istedikleri tabibe müracaat edebilmeleri için serbest tabiplerin mevcudiyetine müsaade etmek zaruridir.' (SSYB, 1961b). Türkçe'ye çok önem veren Fişek'in buradaki bozuk dilinden aceleyle yazıldığı anlaşılan bu gerekçeye MBK'nin devletleştirme

düşüncesini kırmak amacıyla yer verdiği düşünülmelidir. 1977'deki özel bir görüşmede yazar tarafından Sovyetler'deki emeğe dayalı ücretlendirme örnek gösterilince Fişek 'olur mu hiç, hekimlik sanattır; nasıl bir ressamın yapıtına beğeniye dayalı ücret veriliyorsa, serbest hekimin ücreti de öyle ödenir, kamu hekimi aylığı ise bunun en alt düzeyinde belirlenir' der.<sup>7</sup>

*Sağlık örgütlenmesinde birkaç ilden oluşan bölgeler kurulur:* Beyaz Kitap'ta yer alan, ödenekle ilgili üç sayfalık bir tarihsiz belge dışında bu 16 bölge ile ilgili bilgiye yasanın taslağı, kendisi ve gerekçesinde hiç rastlanmamaktadır. 16 bölge yaklaşımı daha sonra 1990'larda reform(!)cular tarafından da önerilecektir.

*Halkla sağlık örgütü arasında işbirliği gerçekleştirilecektir:* Hiçbir zaman yaşama geçirilmeyecek olan *sağlık kurulları* kastedilmektedir.

*Yönetime, ülkenin bir bölümünde bir inceleme bölgesi kurarak deneyim yapmasına izin verilmiştir:* Yasa çıktıktan iki yıl sonra Fişek tarafından 'devrimci bir atılım' olarak nitelenmesine karşın gerçekleşmemiştir. 'MBK gidince nasıl olsa yasa masa kalmaz' görüşünün egemen olduğunu ve bu yüzden bütçeye ödenek konmadığını fark eden Fişek'in ince taktiğiyle küçük bir bütçe kaydırması yapılmış (Fişek, 1997b) ve tek il olarak uygulamaya başlanan Muş ister istemez bu görevi üstlenmiştir. Fişek 1970'li yıllarda farklı düşünür; 'pilot bölge doğru değildir, gerçek koşulları taşımaz; bakın Etimesgut da Çubuk da yasanın tüm özelliklerini aynen uygulayarak başarıyla yürütülmüştür' diyecektir.

*Türkiye'de kamu sektöründeki kurumların sağlık hizmetleri tek elde toplanacak ve SSYB'na başka kurumların sağlık personeli kadrolarını denetleme yetkisi tanınacaktır:* Yasanın temel amaçlarından biri SSK ve Üniversiteleri de Bakanlık çatısı altında toplamaktır. Özellikle genç Halk Sağlığı öğrencileri (asistanları) bu konuda çok ısrarcı olmuş, sağlık ocağının SSK dispanseri olarak işlev görmesi ve SSK hastasının ocaktan geçmeden hastaneye gidememesini savunmuştur. Bu öneri hiç uygulanmayacak, hastanede yığılan hastaların 'lanet olsun, bari özel-

<sup>7</sup> Sosyalleştirme uygulandıkça ve alanda ekip hizmetinin benzersiz niteliği ortaya çıktıkça Fişek'in görüşleri olumlu yönde oldukça değişir. Ancak emekli olduktan, alandan uzaklaştıktan ve TTB Merkez Konseyi Başkanı olduktan sonra hekim yanlılığı yeniden günışığına çıkacaktır. Başkanlığının ilk aylarında (1983) basına piyasa hekimleri yararına verdiği bir demeç -yazar tarafından- telefonla kendisine sorulduğunda 'sizin gibi kamu görevlileri Tabip Odalarına üye olmak zorunda değil, ama serbest hekimler zorunlu; ben önce onları temsil ediyorum' diyecektir.

leştirsınler' demesi sağlanana dek sürdürülecektir. 2005 yılında siyasal iktidarca SSK'ye el konması ve aynı zamanlarda sağlık ocaklarının kapatılmaya başlanması acıklı güldürüsü dışında gerçekleştirilemeyecektir.

... *sağlık personelinin tümüyle hükümet hizmetine bağlanmalarını öngörmektedir*: Açıklamadan serbest hekimliğin koruyucu hizmetle bağdaşamaması nedeniyle hekim olmayan sağlık çalışanlarının tümüyle kamuda çalıştırılması anlaşılmaktadır. Oran olarak çok küçük bir kesimi ilgilendiren bu madde daha çok özel hastaneler ve laboratuvarlar nedeniyle gerçekleşmeyecektir.

*Hastalara parasız olarak hangi ilaçların verileceğini saptama yetkisi SSYB'na tanınmıştır*: Temel antibiyotikleri de içeren yaşam kurtarıcılar 1980'lere dek ücretsiz verilebilecek ve son derece olumlu işlev görecektir. Diğer ilaçlar eczane bulunmayan yerde parayla satılabilir ve döner sermayeye gelir kaydedilebilir. Fişek bu uygulamayı Avusturya'dan öğrendiğini, orada 1970'lerde kaldırılmaya başlandığını söyler.

*Belediyelerin sorumlulukları (azaltılmıştır)*: Gerçekte tüm çevre sorumlulukları belediyelere verilmiş, sağlık ocağı denetçi konumuna getirilerek olumlu bir gelişme sağlanmıştır. (Yazım kusuru değilse, madde Fişek tarafından yasadakinden farklı yorumlanmıştır).

*Tedavi ve koruyucu hekimlik kurumları birbirlerini tamamlayan kurumlar olarak ele alınmıştır*: Sosyalleştirme yeryüzünde koruma ve sağaltmayı birlikte sunan en uygun (ve belki tek) kuruluş olmuştur. Fişek'in örnek aldığını söylediği İngiltere'de hekim, sağlık ocağı ve hastane birbirinden kopuk üç ayrı birimdir. Sovyetler Birliği'nde Uçastok içinde integre olmayan bir Sanepid (Sanitasyon ve Epidemiyoloji) koruyucu birimi ve uzmanı vardır. İsveç'te birliktelik Türkiye'den sonra gelişmeye başlayacak, ancak hastaneye başvuru tümüyle serbest ve sağlık ocağına başvuru gibi ücretli, olmayı sürdürecektir. Aşağıdaki madde gibi 'sevk' kavramına ilişkindir ve Üniversiteler yönetimindeki 'Bölge'ler dışında işletilmeyecektir.

*Hastaların sağlık kuruluşlarına başvuru şekilleri ve ücretsiz hizmetten yararlanma olanakları bir düzene bağlanmıştır*: 'Sevk' kavramına ilişkindir ve Üniversiteler yönetimindeki 'Bölge'ler dışında işletilmeyecektir.

## UYGULAMA BAŞLIYOR

Yasanın planlı kalkınmanın parçası olarak başlatılması rastlantı değildir. MBK'nin temel siyasal dayanağı devletçi yaklaşım olduğuna göre plan kaçınılmazdır. Köklü bir bürokrat olan Fişek'in DPT ilişkileri de girişimi kolaylaştırır. Ali Nejat Ölçen ve İcen Börtücene gibi -düşünür- bürokratların konuyu ve önemini kavramaları da gelişmeye önemli katkı sağlar. DPT projeyi tüm gücüyle destekleyecek -izleyen hükümetlerce kabul görmeyecek olmasına karşın- 15 yıl süreyle bütçenin %7'sinin sağlığa ayrılması kararını da alacaktır.

Yasanın 1963'te üç ilde (Muş, Çankırı, Edirne) uygulanmaya başlanması ve on beş yılda tüm ülkeye yayılması planlanmıştır. Daha sonra bu süre yirmi yıla çıkarılır ve 1983'te tamamlanır. Maliye yasaya 'harcama' gözüyle bakmakta, kar getirmeyeceği gerekçesiyle olumlu yaklaşmamakta, ödenek ayırmamakta, geciktirilirse 'uyutulabileceğini' düşünmektedir. Fişek tedavi hizmetlerinden 2 milyon lira kaydırır, konu MBK'ye gelince 'bu yetmez, artırılmalı' der, 10 milyona çıkarılmasını sağlar (Fişek, 1997b). Sivil dönem başlayınca Müsteşarlık'tan alınmıştır, ama Hıfzısıhha Okulu Müdürü olarak bürokratlarla ve DPT uzmanlarıyla iyi ilişki ve iletişimi vardır; dönemin politika anlayışı gereği kararları da DPT ve bakanlıklar bürokratları vermektedir. DPT politika olarak uygulamayı 'yatırım' olarak değerlendirmekte ve desteklemektedir. 1963 yılında bütçe yetersizliği nedeniyle yalnızca Muş ili sosyalleştirilir ve ilk ödenekle -şu anda yıkılmış ve yerine yeni bir bina yapılmış olan- Merkez Sağlık Ocağı yapılır. İlk ağızda gönüllü sağlıkçı, özellikle uzman sayısı çok azdır; 20 sağlık ocağı ve 51 sağlık evinde 18 hekim, 18 hemşire ve 13 ebeyle göreve başlanır (SSYB, 1973). Hızlı hareket etmek ve politikacılar engellemeden modeli yaygınlaştırmak ve işlerliğini kanıtlamak gerektiğini planlar. Yasa hükmüne karşın 'iğneden ipliğe donanmış' birimler yerine iş görebilir birimler oluşturulmasına çabalanır. 1964'te ivedilikle Bitlis, Hakkari, Van, Ağrı ve Kars sosyalleştirilir ve Muş'ta edinilen deneyimle hizmet geliştirilmeye çalışılır.

Doğu Anadolu kırsal alan insanı için köyde ebe ve hekimle karşılaşabilmek düş gibidir. Lojmanların varlığı nedeniyle sağlık personeline günün 24 saati ulaşılabilir. Yerel halktan biri hizmetten hoşnutluğu sorulduğunda 'gökte Allah, yerde Sosyalizo' diyecektir. Yine de hizmetten yararlanma oldukça düşüktür; bunda yerel gelenek ve alışkanlıkların ve göçerliğin önemli rolü vardır. İlk 32 ilin sosyalleştirilmesi tamamlandığında sağlık ocağına sağaltım amaçlı kişi başına

yılda başvurunun 0.1'in bile altında olduğu görülecektir (Fişek, N.H, tarihsiz). Ancak koruyucu amaçlı ebe ev ziyaretleri başarıyla sürdürülmekte, doğan 1,000 bebekten 200'e yakınının bir yaşına girmeden öldüğü bölgede gözle görünür gelişmeler olmakta, en çok ölüme yol açan enfeksiyon hastalıkları sağaltımında önemli kazanım ve başarılar yaşanmaktadır.

1965 seçimlerini Demokrat Parti'nin uzantısı olan Adalet Partisi ezici üstünlükle kazanır ve öncenin başarılı bürokratu Süleyman Demirel Başbakan olur. Fişek izleyen yıllarda -sıklıkla ve gülümseyerek- '*Süleyman Bey'in sosyalleştirme'ye çok katkısı olmuştur*' diyecek, şaşkınlık ve soran gözlerle bakanlara '*ilk Kabine toplantısında Sağlık Bakanı Edip Somunoğlu 'böyle bir yasa var; hemen kaldırılması gerekir' der; Başbakan 'seçeneği var mı?' diye sorunca duralar ve 'yok' diye yanıtlar; Süleyman Bey de 'öyleyse sürececek' diyerek konuyu kapatır*' diye anlatır. Dinleyenlerin tümü güler.

1970 sonunda 9,108,700 kişinin yaşadığı 25 ilde 851 sağlık ocağı ve 2,231 sağlık evi çalışır durumdadır (SSYB, 1973). Hemen tümünün lojmanları tamamlanmıştır, ancak maliyeti düşürmek için şoför lojmanından vazgeçilmiştir. Oysa her sağlık ocağının dört-çeker bir aracı ve mazotun donmasını önlemek için yapılmış çok uygun birer garajı vardır; üstelik de hizmetin sunumu açısından şoför ebe gibi, tıbbi sekreter gibi vazgeçilmez, ulaşımın zorunluluğu nedeniyle bazen daha bile önemli bir elemandır.<sup>8</sup>

## **SOSYALLEŞTİRMENİN KAVRAM OLARAK OTURMAYA BAŞLAMASI**

1960'ların ikinci yarısı Fişek'in Bakanlık ilişkileri açısından yıpratıcı geçer. Önce Hacettepe Tıp Fakültesi sonra Hacettepe Üniversitesi içinde o günlerin modası ile ortaya çıkan -Doğramacı'nın, karmakarışık- 'sosyal hekimlik' kavramı yine de bir kurtarıcı olarak yetişir. Fişek önce Toplum Hekimliği Enstitüsü'nün başına geçer, sonra Sağlık Bilimleri Enstitüsü ve toplum sağlığı açısından çok önemli olan Nüfus Etütleri Enstitüsü'nü kurar ve yönetir. Toplum Hekimliği kurumu içinde, Bakanlık'la yapılan protokollerle mevzuata birebir uygun yürütülmek üzere, Doğan Benli öncülüğünde Etimesgut ve Çubuk Bölgeleri kurulur.

---

8 Peru ve Nepal gibi dağlık alanlarda gezici hizmet sunan hekim ya da hemşireler yararlanmak zorunda oldukları araçları -şoför sağlanamadığından- kendileri kullanmak zorundadır.



Çok kısa zamanda genç, çalışkan, toplumcu bir asistan kuşağı Etimesgut ve Çubuk Bölgeleri sağlık ocakları hizmetlerini üstlenecek, onları Grup Başkanlığı ve Hastane uzmanları bilinçli ve bilimsel olarak destekleyecektir. Çubuk'ta bazı sağlık ocağı hekimleri kimi zaman gönüllü olarak, kimi zaman kar yolları kapadığından, aylarca sağlık ocağından çıkmayacak, bazen bir köye ulaşmak için -Remzi Aygün örneğinde olduğu gibi- hekim kar kürerken açılan yoldan şoför -Mustafa- jiple onu izleyecektir. Onyıllar sonra Yusuf Öztürk bu çabayı 'vallahi bu gençler dünyayı kurtaracakmış gibi çalışıyorlardı' diye bağırarak tanımlayacaktır. Etimesgut'taki hekimlerin sıkıntısı hastaların sağlık ocağını atlayıp doğrudan hastaneye başvurularıdır. Başhekimliği Yönetmelik (SSYB, tarihsiz a) hükümlerine uymaya ve sevsiz hastalardan ücret almaya zorlarlar, sağlık ocağı kullanımını artar, ocak çalışanları daha keyif ve onurla çalışmaya başlar. Uzmanlar ilk yıllarda Halk Sağlığı Uzmanlığı yanında bir klinik uzmanlık eğitimi yapmaya da yönlendirilmiştir; onların alana katkıları hem aynı zamanda asistan olan ocak hekimlerine, hem topluma sunulan hizmetin kalitesini artırmaya yansır. Ekip çalışmasının anlaşılması ve öğrenilmesi, hizmetin evde ve ebe ile sunulmasının yarattığı nitel farkın kavranması, sağlık hizmeti bilinci düzeyini yükseltir. Bölgelerdeki bu devinim alandaki hizmet verisini geliştirme yanında, toplumun sağlıkçıya bakış biçimine, özellikle de Fişek'in alanda ve koridordaki uygulama ve kuramsal bilgisine yoğun olarak yansıtacaktır.

Nusret Fişek 1978'de yazdığı bir mimografıta (Fişek, tarihsiz) yasanın getirdiği temel değişiklikleri aşağıdaki maddelerle açıklar (Yazar tarafından yorumlanarak özetlenmiştir).

- Sağlık hizmeti herkese eşit düzeyde sağlanır
- Sağlık hizmeti halka ücretsiz sunulur
- Koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetleri uç birimde bütünleştirilmektedir
- Sağlık hizmeti ekip aracılığıyla sunulmaktadır
- Sağlık hizmetini yürütenlerin tümüne sürekli eğitim sağlanmaktadır
- Sağlık hizmetine ilişkin düzenli kayıt ve istatistikler sunulmaktadır
- Halkın sağlık hizmetine katkısı ve -bir ölçüde- denetimi sağlanmaktadır
- Tüm sağlık hizmetleri tek elde toplanmaktadır

Fişek'in çok önem verdiği bir kavram toplumla iletişimidir. İzlenen gebe ve bebek sayısı, bakılan ve iyileştirilen hasta kişiler çok önemlidir. Ancak bunlardan önemlisi toplumun bir sağlıkçı ile iletişimde bulunması, ev içinde, kahvede, yolda görüş paylaşmasıdır. Ebelerin günlük ev izlemlerinde evin kadınlarına temizlik, bulaşık, çocuk bakımı gibi birlikte yapacakları işleri öğretmelerini öngörür (SSYB, 1961b). Fişek'in görüşünü bilse de bilmese de sağlık çalışanları toplum içinde bu yaklaşımın önemini kavrarlar. Kına günü, sünnet gibi günlerde hekimler ebe ve hemşireleri etkinliklere katılmaya yönlendirir; rast geldiklerinde hamur yoğurmaya, yaprak sarmaya katılmaya özendirirler. Bu yaklaşım ve iletişimin, temel görevleri eğitim olan sağlık çalışanlarını daha saygın ve sözü dinlenir kılacağını algırlar.

Alana girmeden önce genellikle koruyucu hizmetin önemi ve iyileştiricilikten üstün olduğu öne sürülür. Alana girip toplumun gereksinme ve beklentileriyle karşılaşılınca bu görüş farklılaşır. Sağlıkçının, özellikle hekimin uzun süredir hasta olan bir kişiye tanı koyması ve sağaltması toplum gözündeki değerini artırır. Sağaltım görevini yerine getirmeyen bir sağlık ekibinin başarı şansı yoktur. 'Tansiyonumu ölç' diyen nineyi savaştıran hekim, bebeğe önerdiği su-elektrolit düzenleyicinin içirilmesini sağlayamaz.<sup>9</sup> Koruyucu, geliştirici, sağaltıcı ve esenlendirici hizmet birbirinden ayrılmamalı, birlikte sürdürülmeli, koşullar birinin, özellikle de hekim için sağaltımın öne çıkmasını gerektirdiğinde bu olanak değerlendirilmelidir. Kırsal alanı olumsuz koşullarla dolu Erzurum'un bir köyüne internlerle birlikte 1986'da giren yazar 'umumi hela' da içinde olmak üzere son derece olumlu çevre koşullarıyla karşılaşınca şaşırır ve nasıl oluşturulduğunu sorar. Köylüler büyük bir saygıyla ve dakikalarca 'bizim bir doktor Memedimiz vardı, Hacettepe'den geldi yidi' diye anlatmaya başlar ve öğrendiklerini ve kazandıklarını anlatırlar. Çalıştığı sağlık ocağının bulunduğu kasabadaki lokantanın zeka düzeyi kısıtlı aşçısı mide yanması yakınması ve kullandığı ülsere yol açıcı romatizma ilaçlarıyla geldiğinde yazar gerekli öğütler yanında 'Ramazan yaklaşıyor, oruç tutma, yoksa miden kanar, ölürsün' uyarısında da bulunur. Ramazan sonrası yazar sağlık ocağına geldiğinde her zamankinin üç katı hastayla karşılaşınca sağlık memuruna nedenini sorar; yanıt 'İsmail oruç tutmuş, midesi kanamış, Ankara'ya yetiştirilemeden ölmüş; ünlendiniz' yanıtını alır.

<sup>9</sup> Uganda'da Pekot'lar arasında ondokuz yıl hekimlik (ve misyonerlik) yapan Peter Cox 'en çok ne yaptın?' sorusunu 'bacağı incinen oğlakların bacaklarını iyileştirdim' diye yanıtlar.

Alanda çalışmasa da Nusret Fişek tüm bunlara doğrudan ya da dolaylı tanık olur. Sosyalleştirme ve özellikle de 'bütüncülük' konusunda ayrıntılı bilgi ve deneyim kazanır. Yine de örgüt niteliği ve yönetimi onun için sürekli her şeyin önündedir; izleyen yıllarda farklı kesim ve kişilerce kendisine sorulan "Sosyalleştirme'nin Hükümet Tabipliği'nden farkı nedir?" sorusuna -her zaman, kesinlikle gözlerini kısıp tavana bakarak düşünüyormuş izlenimi yaratarak- hep aynı yanıtı verir: "En önemlisi nüfus tabanına dayalı bir örgütlenme getirdi. İkincisi, sağlık hizmetini kaymakam baskısından kurtardı."

## ÖRGÜTLENMENİN ÖZELLİKLERİ

Köprülerin altından çok sular akmış, 1982 yılına gelindiğinde 53 il sosyalleştirme kapsamına alınmıştır. 1983 yılında yasanın örgütlenme özelliklerini şöyle sıralar (Fişek, 1983):

- *Sağlık örgütlerinde temel ünite ilk basamak sağlık hizmeti veren sağlık ocaklarıdır. Sağlık ocakları bölgesinin nüfusu 5.000-10.000 kişi olacaktır. Bir ocakta bir hekim, bir sağlık memuru, bir hemşire, 2-4 köy ebesi ve bir tıbbi sekreter hizmet görecektir. Ocak hekimi, hastaları tedavi ve adli hekimlik hizmetini yürütmek, yardımcıları ile beraber, kendi bölgesinde yaşayan halkın evde ve ayakta tedavisini takip, onları hastalıklardan korumak ve sosyo-ekonomik düzeylerini yükseltmek için isteklendirmek ile görevlidir.*

- *Ebeler hizmet ettikleri köyler ile ulaşımı yakın olan köylerde kurulan sağlık evlerinde oturacak, köyleri ve evleri gezerek hizmet yapacaklardır.*

- *Sağlık ocaklarının hasta tedavi hizmetleri Devlet hastaneleri tarafından desteklenir ve tamamlanır. Tedavi hekimliği yönünden ocak, hastanelerin polikliniği ve evde-ayakta tedaviyi yürüten örgütleri olarak da düşünülecektir.*

- *Sağlık ocaklarının koruyucu hizmetleri sağlık müdürlüğünün halk sağlığı örgütleri tarafından desteklenecek ve tamamlanacaktır.*

- *Sağlık örgütleri il içinde bir bütündür. Sağlık müdürü sağlık örgütünün amiridir.*

Fişek'in yukarıdaki bakış biçimindeki netliğe ulaşabilmesinin, aşağıdaki satırlarda okunacak deneyim, birikim, paylaşım ve özgüven unsurlarının sağlanmasından sonra oluştuğu dikkate alınmalıdır. Özellikle açıklanan ilk özellikteki yaklaşım çok önemlidir. Yasanın

gerekçesi, 154 sayılı yönerge ve diğer bağlantılı unsurların ayrıntısıyla birlikte değerlendirildiğinde, programın aslında bir 'köy (giderek kent) kalkınma projesi' olduğuna dikkati çekilmektedir. Fişek'in tek başına ve multidisipliner destek olmaksızın çalışması böyle bir savla doğru- dan ortaya çıkmasına engeldir; ancak DPT uzmanlarından aldığı bilgi ve destek toplumsal kalkınma öncüsü bir girişim hazırladığını -alçak gönüllülükle de olsa- dile getirmesini sağlar. Yazılı kaynaklarda ve sözel açıklamalarında seyrek olarak değindiği gibi, sağlık ocağı-okul etkileşimi beklentisi ve tarım ve veterinerlik örgütleriyle işbirliği özlemi, gönlünden bir kalkınma projesi geçirmekte olduğunu ortaya koyar. Sağlık evi bulunan köylerin ebenin kültürel katkısı sonucu bağlı köylerin bir araya geleceği bir merkez köy olacağını bile somuta döker (SSYB, 1961b; Fişek, 1997a).

## **SORUNLAR**

Kağıt üzerinde işler yolunda gidiyor görünse de, hizmet açısından gerçek çok zorludur. Sağlık ocağına eğitim desteği verilmemektedir. Hastane uzmanlarının eğitim değil, hasta bakımına katkı anlamında sevke bile yararı olmamaktadır. Çok az yerde devlet hastaneleri bölge hastanesi işlevini üstlenmekte, ocakların çoğunluğu yalnız başına hizmet sunmak zorunda kalmakta, personel uzman desteği ve eğitimi alamamaktadır. Laboratuvar araç gereci yokluğu hekimi stetoskopla bakıyla yetinmeye yöneltmiştir. En önemli gereksinme olan taşıt yakıtı özellikle petrol fiyatlarının on kat artmasından sonra hemen hiç karşılanmaz, sağlık evi ziyaretleri yapılamaz, ebeler denetlenemez ve desteklenemez olmuştur.

Sosyalleşirmenin özellikle aranmadığı zaman fark edilemeyen en önemli eksik ve sorunu 'eş durumu'dur. Ebeler çok genç yaşta mezun olur ve sağlık evlerine atanır. Burada kendilerine sunulan lojman önemli bir destektir. Ancak yalnız yaşam bireysel bir eksiklik ve sıkıntı kaynağıdır. 1970'li yılların sonlarında belirli bir siyasal akımın öğretmen eğitimini ele geçirmiş ve eğitim örgütünde kritik notalara yerleşmiş olması bir gelişmeyi tetikler. Hızla yetiştirilen ve siyasal görüş yaymak amacıyla köylere gönderilen genç erkek öğretmenler bekar ve lojmansızdır. Bir yandan köyün eğitilmiş kamu görevlisi olmaları, bir yandan bir lojman paylaşmanın olanakları bu gençleri ebeyle evlenmeye yönel- tir. Olumlu olan bu gelişme, öğretmenin merkeze atanması ile köylerin ebesiz kalmasına ve olumsuzluğa dönüşecektir.

‘Eş durumu’ nun ikinci önemli etkisi sağlık personelinin ilk ataması ya da il değiştirmesinde ortaya çıkar. Hekim atamaları SSYB’ den ‘nokta tayini’, yani çalışılacak birim saptanarak yapılır. Oysa hekim olmayan çalışanlar ‘il emrine’ atanır; bu ise il içinde çalışılacak birimin Sağlık Müdürlüğü ya da Grup Başkanlığı’ nca belirlenmesi anlamına gelir. İl içi atama yetkisine bir de ‘Valilik oluruyla geçici görevlendirme’ eklenince il içinde ebe ve hemşire atamalarında önemli bir esneklik ortaya çıkar. Alandaki sağlık personelinin çoğunluğunu oluşturan ebe ve hemşirelerin çoğu subay-astsubay, polis ya da öğretmenle evlidir. Hemen tümü daha başlangıçta, bazıları çocuk sahibi olunca, bazıları çocukları ilkokulu bitirip ortaokul çağına gelince -anlaşılabilir nedenlerle- eşlerinin yanına ya da okul bulunan yere, ama her koşulda sağlık evinden alınıp merkeze atanmak isterler. Yöneticiler bazı koşullarda haklı buldukları, bazen yufka yürekli oldukları ya da kimi zaman sosyalleştirme ilkelerini bilmedikleri ya özümsemedikleri için isteme uyar ve birkaç -en uzak-köyü sağlık çalışanından yoksun bırakırlar (Sağlık Bakanlığı, 2004).

## **TOPLUMDAKİ HIZLI DÖNÜŞÜM**

Fişek’in serbest hekimlik, hekim/hasta seçme özgürlüğü, prim ödeme gibi bazen toplumsal koşullarla örtüşmeyen bakış biçimi hep akademisyen ya da üst düzey bürokrat olarak çalışmasından, toplum içindeki sağlık örüntüsünü ve halkın sağlığıya ulaşamama sıkıntısını gözlemlememiş olmasından kaynaklanmış olabilir. 1970’lerin sonlarında geçirdiği ülser ameliyatı sonrasında, oldukça sıcak bir havada çantasından -her gün öncelikle okuduğu Abdi İpekçi köşesinin görüldüğü Milliyet gazetesinin altından- yün yeleğini çıkarıp giymesi üzerine yazar bunun nedenini sorduğunda ‘midemi üşüttüm, yanıyor’ yanıtını verir. ‘onun yerine bu koyu çayı içmeyin’ uyarısına şaka yollu ‘hekimlik taslama bana’ diye karşı çıkar. ‘Taslarım, çünkü hekimlik yapmamışsınız, bilmiyorsunuz’ denmesi üzerine -biraz gururla, biraz kendini ‘ti’ye alarak- ‘yaptım, bir yıl kıta tabipliğim var’ der.

Fişek öğrenmeye ve uyuma çok açık bir kimliğe sahiptir. ‘Ben çok demokrat adamımdır, herkesin görüşünü alırım, sonra bildiğimi okurum’ demesine karşın gelişmelerden çok şey öğrendiği davranış değişikliklerinden kolaylıkla anlaşılabilir. Sağlık örgütlenmesi ve planlanması konusundaki görüşleri 1970’lerdeki toplumsal gelişmeler, Bölgelerde sunulan hizmetteki bütüncül ekip yaklaşımının başarısına

tanıklığı ve çevresinde toplanan devrimci genç kuşağın etkisiyle önemli ölçüde değişecektir. Toplumsal değişimi sağlayan temel öğelerin bazıları şunlardır:

Ülkede plansız ve düzensiz de olsa sanayileşme hızla ilerlemekte, emekçilerin istekleri doğrultusunda işçi örgütleri ve siyasal partiler gelişmekte, toplumun beklentileri nitelik kazanmakta, beklentilerin karşılanması amacıyla devlet yapılanması dışında örgüt ve planlar ortaya çıkmaktadır.

Toplumun alt ve orta kesimlerinde tam anlamıyla bir kültür patlaması yaşanmakta, 1960'a değin bastırılmış toplumcu aydınlar öncülüğünde varoşlardan sinema, tiyatro ve yazın ürünleri fişkırmakta, toplum bilinçlenmekte ve örgütlenmektedir. Yalnız işçilerin değil öğretmenden emniyet güçlerine dek her çalışan kesim ve katmanın sendikası ve/ya da derneği bulunmakta ve yolu bile olmayan köylere etkin ve işlevsel olarak ulaşmaktadır. Kırsal alanda üç ay süreyle halk sağlığı eğitimi alan (Kaşmirli) bir Hindistanlı hekim durumu 'ülkeme döndüğümde Türkiye'den devrim haberi alacağımdan hiç kuşum yoktu; faşist darbeyi duyduğumda haber bültenlerinin yanlış bilgi verdiğini sandım' diye özetleyecektir.

Tabip Odaları ve onların örgütsel birliği TTB deontoloji ile sınırlı eski kimliğinden sıyrılmış, yarasında kendisine verilen toplumun sağlığını geliştirme ve üyelerinin kimliklerine katkıda bulunma ödevlerini üstlenmiştir. Yalnızca Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği (TMMOB) ve benzeri mesleksel örgütler ile değil, tüm emek güçleri ve ilerici politik hareketlerle dayanışma içindedir.

Cumhuriyet ivme kazanmıştır. Bireysel çabalarla da olsa, planlı kalkınmaya öncülük eden DPT ile Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE), Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü (TODAİE), Türkiye Bilimsel ve Teknik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK), Maden Tetkik ve Arama Enstitüsü (MTA), Etibank ve benzeri birçok kuruluş kalkınma ve gelişmeye hızla katkıda bulunmaktadır.

Üniversiteler gelişmekte ve yayılmaktadır. Yalnızca seçkinlerin değil, toplumun her kesiminin çocukları, yurdun giderek yayılan bölgelerinde eğitim olanağı bulmakta, bireysel ve toplumsal olarak gelişmektedir. Bu gelişme bir yandan kitle örgütleriyle dirsek temasında olmalarını, öte yandan farklı alanlardaki eylem örgütleriyle kültürel iletişimde olmalarını sağlamaktadır. Oya (Baydar) Sencer'in 1969'da İstanbul

Üniversitesi'nde hazırladığı işçi sınıfı tarihine ilişkin tezin Üniversite yönetimince geri çevrilmesinin ülkede çalışanların genel greviyle tepki görmesi dayanışmanın ulaştığı noktanın göstergesidir.

Uluslararası sermaye giderek daha örgütlü ve güçlü olarak emekçilere saldırmakta, bu da emekten yana her birey ve örgütün direnç gücünün giderek ve evrenselleşerek bütünleşmesi ve bilinçlenmesine yol açmaktadır.

Ulusal değerler önemini sürdürmekle birlikte, istem, beklenti ve söylemler artık evrensel boyut kazanmıştır. Toplumsal amaçlı eylem ve girişimler örgütlü ve öncü nitelik kazanmış, beklendiği gibi, yukarıda bazıları sıralanabilen yapılanmalar iletişim ve eylem birliği içine girmiştir. Ülke artık Nusret Fişek'in sosyalleştirme gerekçesini sunduğu 'yüzde sekseninden fazlası kırsal kökenli insanlar topluluğu' değil; devinimli, canlı, susamış, istekli, daha iyi ve insanca yaşam isteğini yumruğunu örgütüyle birlikte haykırarak sıkın bir dinamik kitledir.

1978'de kurulan Ecevit azınlık hükümeti sağlıkta tam süre çalışmayı destekleme kararı alır. Serbest hekimliğe dokunulmayacak, tam süre çalışan sağlık personeli yaptıkları tanımlanmış ek işi aylık olarak belgelediklerinde yüksek bir ek ödenek alacaklardır. Yasa çıkar. Hekim gelirleri başta mesai dışı saatlerde verdikleri hizmetler, köy gezileri, ev ziyaretleri ve hastane nöbeti ücretleri ile; ebelerin gelirleri ev ziyaretleri ve evde yapılan hizmetlerle iki katına yakın artar. Diğer tüm personelin gelirlerinde de dikkate değer artış olur. Sağlık çalışanlarının keyfi yerindedir; özellikle ebeler neşeyle, koşarak ve mutluluklarını açıkça ortaya koyarak hizmet sunmayı sürdürürler. Toplumsal güçlerin hızlı devinimi içinde giderek dışa bağımlılaştıran ve dış borç ve enflasyon batağına saplanan ekonomiyi, dışarıdan körüklenen terörle birlikte yaşamakta, fakat yaklaşan karanlık günleri görememektedirler.

## **HER ŞEYE DARBE**

Ülkedeki toplumsal gelişme ve uluslararası sermayeyle karşıtlık Batı kapitalizminin kabul edebileceği noktayı geçmiştir. Türkiye'nin uslanması, dışa bağımlılığını ve borçlarını artırması, liberalleşerek doğal kaynaklarını dış ve iç sömürü odaklarına açması gereklidir. Bu aynı zamanda emeğe sağlanan hak ve kazanımların da kısıtlanması anlamına gelir. 12 Eylül 1980 darbesi gerçekleştirilir, 'bizim oğlanlar' işbaşına gelir, toplumsal gelişimi bir yandan kitlesel tutuklamalar ve

işkencelerle durdurmaya, bir yandan başta ücret olmak üzere kazanımları ortadan kaldırmaya başlarlar.

İlk uygulama diğer tüm örgütlenmelerde olduğu gibi sağlık meslek kuruluşları, sendika ve derneklerini kapatmak, mal varlıklarına el koymak, yöneticilerini yıllar sürecek gözaltılara almaktır. Tam Süre Yasası hemen kaldırılır, çalışanların iki yıldır almakta oldukları gelir yeniden yarıya indirilir; ayrıca artırılacak enflasyonla çok daha fazla düşürülmesi eylemine başlanır. Sıra sosyalleştirmenin belkemiğini kırma aşamasına gelmiştir. Yasanın üçüncü maddesinde yer alan 'kamu çalışanları serbest meslek uygulayamazlar' koşulu kaldırılır. Bunun anlamı şudur: 'Sağlık ocağı hekimleri muayenehane açabilirler.' 1984 yılında bir otobüs dolusu internle eğitim gezisine çıkan yazar Van'ın Muradiye yerleşkesinde deprem sonrası Federal Almanya tarafından onarılan ve donatılan sağlık ocağında yaşamında ilk kez sayısal aygıtlarla, kandemiriölçeri, bebek tartısı, vb. ile karşılaşır. İlginç olan, bu çağın ilerisindeki donanımın plastik ambalajlarda duruyor ve kullanılmıyor olmasıdır. İnternler merakla hekime aygıtların kullanılmama nedenini sorar, hekim 'gerek duymuyorum' yanıtını verir. Otobüse binilip 'ne gördünüz, siz olsanız ne yapardınız?' tartışmasına geçildiğinde bir hekim adayı sağlık ocağının karşısında hekimin muayenehanesini gördüğünü, yaklaştığında duvarda yer alan bir levhada yapılan laboratuvar incelemelerinin teker teker yazılmış olduğunu açıklar.

Sağlıkta 1983'te Özal hükümetleriyle başlayan ilk değişim 'sosyal yardım da neymiş, bizim öyle bir görevimiz yok' diyen Başbakan'ın bakanlığın adını 'Sağlık Bakanlığı'na (SB) dönüştürmesidir (Sıhhiye'den geçenler SB binası üzerindeki ada ve altında görünen yazıya bakarlarsa değişimi göreceklerdir). Sağlık Bakanlığı Ticaret Bakanlığı gibi çalışır olmuş, Romanya'ya resmi ziyarete giden bir Sağlık Bakanı dönüşünde ziyaretin amacını soran basına 'ilaç satacağız' diye yanıtlamıştır.

Sosyalleştirmede yükseliş dönemi bitmiş, modelin iç dinamiklerine yapılan dış saldırılar sonucu düşüş dönemine girilmiştir. Bundan sonra özellikle yapılmayanlar dışında, yapılmak istenip de yapılmayanlar da göz ardı edilecek, sosyalleştirme yok sayılacak, sağlık ocağı 'hasta olunca gidilen yer' olarak görülmeye başlanacaktır.

Darbenin yararlı gibi görülebilen tek yanı hekimler için zorunlu hizmetin devreye girmesidir. Ancak bu bir aldatmacadır; çünkü önce-



likle zorunluluk yalnızca hekimler içindir, ekibin diğer çalışanları uç noktalara gönderilmemektedir. Ayrıca giden hekime eğitim verilmemekte, sevk sistemi çalıştırılmamakta, sağlık evlerinde ebe bulunmamaktadır. Tam Süre Yasası kalkınca gezici hizmet başta olmak üzere ödenekleri kesilen sağlık çalışanları ayaklarını sürümektedir.

Sağlık ocaklarına yapılan saldırılarla uyumlu olarak uluslararası kuruluşların kurulu düzene saldırıları başlar. İlk devreye giren UNICEF'tir. Çocuk sağlığının önemli öğelerini birleştiren bir paket önerisiyle yaklaşır, ancak ileride gerçek amacının sağlık ocağının kalan son rutin hizmeti olan bağışıklamayı kampanyalara dönüştürme, yani hem düzenini bozma hem de gereksiz ve pahalı aşılarla sürdürme amacı güttüğü anlaşılacaktır (Saçaklıoğlu ve ark, 2003; Aksakoğlu, 2003b).

Dünya Ticaret Örgütü-Dünya Bankası-Dünya Sağlık Örgütü dayanışması ve politikalarının tecimsel gelişimi (DSÖ) ve 1983'te başlayan uluslararası baskılar Özal hükümetleriyle gündeme girer. Sağlıkta 1987'de Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile başlayan kokuşma başlangıcı giderek derinleşerek Bölgelerin kapanmasına, hekim adaylarının yeniden teknik olarak ileri derecede donanımlı Üniversite hastanelerine kapanmalarına ve toplumun sağlık sorunları ile çözümünden kopmalarına neden olacaktır. Aynı dönemde modelin siyasallaştırılması planları yapılmaktadır. Etimesgut Bölgesi Üniversite'nin elinden alınır, hastanesine 10 uzman hekim ve 5 cankurtaran verilerek çağdaştırılır(!). Diğer üniversite bölgelerinin önce ödenekleri kesilir, sonra protokolları iptal edilir. Böylece hekim adaylarının bütüncül sağlık anlayışı ile ve toplum içinde eğitilmeleri engellenir. Yasal olmayarak, genelgelerle, kaymakamlara ocak hekimi ve diğer personelin sicil ve disiplin amiri olma yetkisi verilir. Grup Başkanlıkları ilçelerle örtüştürülür; İzmir'in Konak ilçesinin (ve Grup Başkanlığı'nın) nüfusu 870,000, Güzelbahçe'ninki 7,000 olur. Yalnız sağlık ocağının nüfus tabanlı yapısı ortadan kalkmış olmaz, hükümet siyasal etkisini modele yerleştirmiş de olur.

Kaymakamlar hiç bilgi sahibi olmadıkları bir hizmete amirlik yapmaya çalıştıklarından gülünç durumlar ortaya çıkar. Büyük ve sarp bir bölgede ocak aracı sabahları ebeleri mahallelerine bırakmakta, ev gezileri tamamlanınca akşam toplamaktadır. Kaymakam ocak aracını makam aracı olarak kendine almaya çalışır; gerekçesi 'araç ebeleri gezdiriyormuş'tur. Kaymakam ebelerin araçla kıra bayıra, ya da 'ev gezmesi'ne gittiğini algılamaktadır. Bir diğer kaymakam ocakta üç

hemşire olduğunu öğrenir, telefon açar, 'birini bana verin' der. Ocak hekiminin şaşkınlıkla 'siz nerede çalıştıracaksınız' sorusuna yanıtı 'özel kalemim yok, özel kalem yapacağım' olur! (Aksakoğlu, 1995) Bozulmanın nedenleri birden fazladır ve hekimlerin tutumunu da içermektedir. 1995 yılında yaklaşık 30 hekimli bir bölgeden yazara kaymakam konusuna ilişkin sunum istemi gelir. Yazar hazırlığını yapar, Yaklaşık birbuçuk saatlik, soru-yanıt da içeren bir toplantı yapılır. Yazar ayrılır, sonra kendisine bilgi aktarılır. 'Söyledikleriniz yasal olarak da mantık açısından da çok doğru bulundu, kaymakam dışında davranılmasına karar verildi' denir. Yazar mutlu olur, ama konu başka türlü noktalanmıştır. 'Sonra bir hekim çıktı 'yahu saat onbirde köyden muayenehaneye hasta geliyor, beni ocaktan çağırıyorlar, gidiyorum; ya kaymakam bunu Sağlık Müdürü ya da Vali'ye bildirirse' dedi, herkes ona hak verdi'.

## **ÜLKEYE YAYGINLAŞTIRMA**

Aynı süreçte, 1983 yılında dönemin Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü olan Halk Sağlığı öğretim üyesine o yıl sonunda tüm illerin sosyalleştirilmesinin tamamlanmış olması gerektiği, yoksa yirmi yıllık sürenin dolacak olması nedeniyle kalan illerin kapsam dışı kalacağı anımsatılır. Genel Müdür haklı bir acele ve ikilem içine düşer. Temel görevi binaların yapımı ve donatılması olan Sosyalleştirme Daire Başkanlığı kapatılmıştır. Henüz sosyalleştirilmeyen iller de, başta üç büyük kenti kapsayan ülkenin çok nüfuslu, çoğu ileri derecede kentleşmiş ve gecekondulaşmış yöreleridir. Yasa gereği uygun yapılmayan ve tam donatılmayan birimler sağlık ocağı ve evi olarak açılmaz; bunu sağlayacak süre ve olanak ise yoktur. Ya madde askıya alınarak derme çatma birimler oluşturulacak, ya da kalan illerin sosyalleştirilmesinden vazgeçilecektir. Genel Müdür günlerce düşünür, tartışır, bunılır ve sonunda kararını verir; yasanın ilgili maddesi kaldırılır, alelacele sosyalleştirmenin tamamlanması işlevine geçilir.

O güne dek toplumun ve sağlıkçıların büyük bir kesimince sosyalleştirme Doğu'nun kırsalı için hazırlanmış bir model gibi düşünülmüştür. Büyük kentlerin sosyalleştirilmesi girişimi -İzmir dışında- ciddiye alınmaz. Yeni ve standart kent tipi sağlık ocakları yapılması yerine çoğunlukla apartman daireleri kiralanarak iş çözülmeye çalışılır. Ocak yapılacak arsalar ise genelde hibe edilen ve bazen merkeze uzaklığı, bazen nüfus azlığı nedeniyle gerekliliği tartışmalı yerlerdir. Bu alanlara

sağlık ocağı yapılırsa ya toplumdaki çok uzaklaşmış olduğundan ya da nüfusu çok küçük yerlere birimler yapılmış olacağından yararlanma azalacaktır (Aksakoğlu, Giray, 2007).

Model, düzen, ilke yok olmuştur. İstanbul'da nüfusu bir türlü hesaplanamayan ve 400,000 dolayında olduğu söylenen bir sağlık ocağı vardır. İzmir'de 930 nüfuslu tek köye bakan 3 hekimli bir sağlık ocağı bulunur; üçüncü hekimin bırakıp geldiği Afyon'un 30,000 nüfuslu ilçesinde hiç hekim kalmamıştır. Ankara'da bir Müsteşar Yardımcısı 'beni Çankaya Merkez Sağlık Ocağı'na 37. hekim olarak sürecekler hocam' dedikten sonra -birkaç ay geçmiş olduğundan- aynı yere 41. hekim olarak atanır. Hükümet Tabipliği döneminden bile daha geriye düşülmüştür; çünkü amaç başka bir düzen kurmak bile değil, sosyalleştirmeyi ortadan kaldırıp karmaşa yaratmaktır.

### **SAĞLIK 'REFORMU' VE 'DÖNÜŞÜM' SALDIRISI: TESLİM OLUŞ**

Ülkede Genel Sağlık Sigortası kurulması düşünce ve girişimleri DP yönetime geldikten kısa bir süre sonra başlar, ancak başarısızdır. DSÖ'deki değişim ile birlikte 1970'lerde sağlıkta özelleştirme (ve prim vb. ile katkı) dünya çapında yaygınlaştırılmaya çalışılır (Aksakoğlu, 2002; Aksakoğlu, 2003a). Bu saldırıyı Türkiye'de meslek kuruluşları püskürtmeyi başarır. 1990'a gelinirken DB'ce SB altında Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü oluşturulur, başına tam yetkili olarak sağlık ekonomisi eğitimi almakta olan ve Müsteşar Yardımcılığına atanan bir pratisyen hekim geçirilir. Proje özel bütçeyle ve DB'nin kredi desteğiyle kurulmuştur. Çoğunluğu zorunlu hizmetini yapmakta olan Halk Sağlığı uzmanlarından oluşan genç ve etkin bir kadroyla çalışır ve SB politikası dışında çok sayıda bağımsız proje üretmeye başlar. 1992 yılında SB I. Ulusal Sağlık Kongresi'ni toplayarak Sağlık Reformu oluşturacağını duyurur. Sağlıkla ilgili tüm tarafları (700 kişiyi aşkın) bir araya getirir, bir akademisyenin sorusu üzerine Sağlık Bakanı "sizlerin söyledikleri kelimesi kelimesine uygulanacaktır" güvencesini verir. Dört gün boyunca çok yoğun çaba ve emekle grup çalışmaları yapılır. Çoğunlukla teknik konularda görüş birliğine varılır, ancak yazarın başkanlığını yaptığı Temel Sağlık Hizmetleri Komisyonu "aile hekimliğini çağdışı" bulduğunu kayda geçirir ve genel kurula sözlü olarak da açıklar. SB toplantı raporlarını basar, konuyu "kentlerde aile hekimliği uygulanana-

caktır” biçiminde bağladığı görülür. Özelleştirme için karlı alan olan kent seçilmiş, sağlıkta kar getirmeyen kırsal alan zaten desteklenmeyen sağlık ocağının yetersiz kalan hizmetine bırakılmıştır. Gerçek amacın ünü kötü olan Genel Sağlık Sigortası’nı (GSS) adını anmadan yeniden ısıtmak ve “aile hekimliği” adı konan sevimsiz serbest hekimlik modelini sağlık ocağı yerine yerleştirerek sağlığı özelleştirmek olduğu bellidir. Taraflar yine de ipleri koparmaz, TTB ve diğer örgütler uyarılarını sözlü ve yazılı olarak sürdürür. 1993’te toplanan II. Kongre örgütlerin SB’yi I. Kongre’de alınan kararlara uymadığı yönünde uyarması ile açılır, SB sert tepki gösterince ilgili sendika, dernek ve birliklerin tümü kongreyi başlamadan terk eder. Sağlık Bakanı Halk Sağlıkçılar üzerinden kişisel ilişkilerle özelleştirme girişimlerini sürdürür. Ancak bir yandan gördüğü direnç, öte yandan Proje’nin ve başında bulunan genç hekimin tutumunun SB bürokratlarında oluşturduğu tepkiler nedeniyle girişim sönmeye yüz tutar. Bu dönemde Sağlık Reformları adı altındaki özelleştirme girişimi ve sağlığın uluslararası sermayeye sunulma amacı DSÖ resmi politikasına dönüşmüş ve Avrupa Bölgesi’nin tüm ülkelerine dayatılır olmuştur. Yine de Türkiye’de özelleştirme girişiminin iki yararı ortaya çıkar: İlki TTB ve Halk Sağlığı akademik çevrelerinin daha yakın bir iletişim içinde Sosyalleştirme’nin sorunlarını ve kentte uygulanmamışlığını bilimsel yönüyle tartışıp öneriler geliştirmeye başlamasıdır. İkincisi pratisyen hekimlerin özgüven duygusuyla kendi önem ve değerlerinin ayırdına vararak örgütlenmeye ve sistemli eğitime yönelmeleri, sağlık ocaklarına da daha fazla sahip çıkmalarıdır (Aksakoğlu, Giray, 2007).

2002 yılı beklenmedik bir tek parti, Adalet ve Kalkınma Partisi (AKP) yönetimine gebedir. Açıklanan 58. Hükümet Programı acı ilacı ayrıntısıyla tanımlamaktadır. İzleyen yıl 59. Hükümet görevi devralır. Hızlı büyüme amaçlanmakta, düşük enflasyon karşılığı dışalım ile beslenen dışsattım desteklenmekte, cari açık inanılmaz boyutlara ulaşmakta, tüm bunların sonucu dışa bağımlılık bir boyunduruk gibi kaçınılmaz olmaktadır. Uluslararası çevrelerde en karlı alana dönüşen sağlığın özelleştirilmesi bu kez hem dış hem iç güçlerce saldırıya dönüştürülerek dayatılır.

Yıpranmış olan Sağlık Reformu adını iki binli yıllarda Sağlıkta Dönüşüm takma adı almıştır. İlkeler ve öğeler aynıdır: 1. Temel özellelik finansın vergi değil, prime dayalı yapılandırılmasıdır. Vergi yerine

prim ve katılım payı alınması (ve ayrıca emekliliğin ileri yaşa alınması) verimlilik yani kar artışı getirir. *Finans* GSS adıyla özel sigorta şirketlerince yapılacak, sigortalı poliçesinde seçmiş olduğu sağlık hizmetini ödediği prim ölçüsünde alacak, poliçe dışı beklenmedik harcamaları cepten ödeyecektir. Doğumsal hastalığı, diyabeti, kalp hastalığı ve kanseri olanlar ya da sonradan çıkanlar sigorta dışı tutulacak, her harcamayı cepten yapacaktır. 2. Hastaneler *işletme*leştirilecek, içinde Ticaret Odası temsilcileri bulunan fakat Tabip Odası temsilcisi bulunmayan bir Yönetim Kurulu'nca yönetilecek, çalışanları sözleşmeli (tümüyle güvencesiz) olacak, verimli yani kar getirir durumda çalışırlarsa sözleşmeleri yenilenecektir. 3. Her birey istediği *Aile Hekimine* (AH) kaydolacak, bu hekimin aile ya da coğrafyayla bağlantısı bulunmayacak, ancak sevk zinciri kurulmadığından kişiler dilerse doğrudan istedikleri herhangi bir sağlık kuruluşuna da başvurabilecektir. AH sözleşmeli olarak çalışacak, kendisine kayıtlı kişi sayısına ve başarımına dayalı olarak ücretlendirilecektir. Her AH bir sağlık elemanı (!) kiralayacak, bu eleman kendisine sağaltım uygulamalarında ve kayıt tutmada yardımcı olacak, ancak koruyucu hizmet yapmayacaktır. Kurulacak Toplum Sağlığı Merkezleri okul sağlığı ve benzeri belirsiz uygulamalarla ilgilenecek, bağışıklamayı AH'nin yapacağı varsayılarak aşılama ile bile uğraşmayacaktır.

Yaklaşım -yazılı olarak belirtmese de- kırsal alanı tümüyle göz ardı ettiği gibi, seçimini ondan yana yaptığı kentliyi bile çok ciddi sağlıksızlık boşluğuna ve karmaşasına itmektedir. Kentin hizmet amacıyla değil, sigortalı olanağı bulunan kişilere ulaşmanın kolaylığı nedeniyle, prim toplama açısından seçildiği anlaşılmaktadır. Toplu yaşama, aynı kentte uzun süre kalma, kurumsal ve düzenli ücret elde etme gibi özelliklerin bireyleri sigortalı kılmayı kolaylaştıracağı beklenmiş olmalıdır. Yeni kurulan büyük özel hastanelerin kentli tarafından daha kolay ve karlı kullanılacağı beklentisi de kırsal nüfusun ihmal edilmesine neden olmuştur. Gereğinden çok ileri ve çok fazla sayıda teknolojik ürünün firmalarca çok ayrıntılı bilgilendirilmiş seçilmiş uzmanlarca uygulanacak olması kentin önemini daha da artırır. Ancak bu yapılırken kentli de bir sağlık modeline kavuşuyor değildir; küreselleşmenin kuralsızlaştırma ilkesinin uygulanmasının amaçlandığı ve karmaşanın en karlı yatırım aracı olarak kabul edildiği açıkça ortadadır. Sevk zincirine uyma gereği de olmayan karmaşa ortamında her yakınması olan istediği hekim ya da kuruma birkaç kez gidecek, çok fazla sayıda inceleme

birçok kez yapılacak, gereksiz medikal işlemler ve ameliyatlar uygulanacak, sağlık pazarında çok büyük bir yatırım ve sermaye dolaşacaktır. Kamu sağlık kuruluşlarının zamanla yerel yönetimler üzerinden özel sektöre aktarılacak olması, bu gücün tekelleşmesi ve soygunun kurum-sallaşmasına yol açacaktır (Aksakoğlu, Giray, 2007).

Sağlığı insan hakkı olmaktan çıkararak bu akıl dışı DB ve IMF dayatması tasarısı başta TTB, Sağlık Emekçileri Sendikası (SES), Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) olmak üzere tüm emekçileri çileden çıkarır. Önce yanlışlıklar anlatılır, öneriler sunulur. Diyalog çabaları başarısızlıkla sonuçlanır. Konuya ilişkin sempozyumlar, kongreler düzenlenir, SB yetkilileri sunum yapmaya çağrılır ancak yanıt alınmaz. SB kendi görüş ve dayatmalarından başkasını dinlemeyi kesinlikle kabul etmemektedir. Aile Hekimliği Pilot Uygulama Yasası ve Yönetmeliği çıkarılır, Düzce’de uygulama başlatılır.

GSS ve Bireysel Emeklilik, SSK ve Emekli Sandığı gibi kamusal sigortacılıkta gerçek olmayan, kağıt üzerinde var görünen paranın prim olarak sıcak paraya dönüşmesi ve ulusal ve uluslararası sermayenin cebine aktarılması anlamına gelir. TTB ve HASUDER öğretim elemanlarıyla 2006 başında Düzce’ye örgütlü bir gezi düzenler ve sistemli bir inceleme yapar. İlginç gözlemlerde bulunulur. Bir AH çok mutlu çalıştığını, çünkü “hiçbir konuda ve hiç kimse tarafından denetlenmediğini” sevinçle vurgular. Yanında çalışan hemşirenin çoktan başını örttüğü görülmektedir. Kaynağı belirsiz olan 1,920 YTL aylık ek ücret almakta ve bunu yarım geri ödemek zorunda kalacağından çekinmektedir, çünkü yönetimce kendisine “balayında oldukları” söylenmiştir. Koruyucu sağlık hizmetinin hiç uygulanmadığı, sağlık çalışanlarının salt sağaltıcı hizmetlerde görev aldığı ve çoğunluğunun mutsuz olduğu algılanır. Sağlık elemanı adı verilen ebe-hemşireler ilköğretimini tamamlamış bir genç kızın yapabileceği görevler üstlenmekte, bu meslek grubu kimlik erozyonuna uğramaktadır. Sevk zincirine uyulmamakta, dileyen AH’ne, dileyen hastanelere gidebilmektedir. AH olmayı kabul etmemiş bir pratisyen durumu “kara düzen” olarak adlandırır. Nedenler Sağlık Müdürü’ne sorulur, gülererek “bizimki Düzce modeli” yanıtı alınır. Konudan sorumlu müsteşar yardımcısına gelişmeler izlendikten sonra sonuçlar olumsuz bulunursa ne yapılacağı sorulduğunda “hiçbir değişiklik yapılmaksızın ülke çapında aynen uygulanacağı” yanıtı alınır. İncelemeleri tartışmalar, tartışmaları raporlar izler. SB duvar gibidir, konunun

taraflarını hiç dinlemeden uygulamayı yaygınlaştırmaya başlar. Yeni hedeflerin başında Sosyalleştirme'nin en başarılı uygulandığı il olduğu herkesçe kabul edilen İzmir gelmektedir. Bu kentin yakında AH'liği konusunda referandum yapan sağlık çalışanları %95'in üzerinde "hayır" oyu kullanmış, Türkiye çapında halkın görüşünü soran -ve 2.5 milyondan çok insanın tümüne yakınının hayır dediği- oylamada İzmir halkının 509 bininin 508 bini hayır oyu vermiştir. Diyalog çabaları sonuçsuz kalmaktadır. Sokağa dökülüp sağlık emekçisinin hakkını ve halkın sağlık hakkını korumaktan başka çare kalmamıştır (Aksakoğlu, Giray, 2007).

Sağlık alanında yeni bir saldırı aracı cankurtaran hizmetleri olur. Bazı kentlerde düzensiz olarak başlatılan çalışma 1980'lerin ortasında belirli hastanelerin acil servisleri merkezli oluşturulur ve dinsel bir çağrıştırma ile 'Hızır Acil' adını alır. Dönüşüm'le birlikte hizmet '112 Acil' ve kırk yıllık *cankurtaran* aracı sömürgeci yakıştırma ile *ambulans* olarak adlandırılır. Büyük kentlerde merkezle ve dolaylı olarak hastane acilleriyle düzenli iletişimi olan ağ sistemleri kurulur. Daha ileri gidilir, acil istasyonları oluşturulmaya başlanır. Yapılanma Sosyalleştirme açısından son derece tehlikelidir. Birincil hizmetle bağlantısız, bütüncül olma yerine salt sağaltıma yönelik bir model oluşturulmaktadır. Sonuçta ortaya çıkan yapı, örneğin egzersiz ve diyet yapmayı, sigara içmemeyi önererek ve uygulatarak koroner kalp hastalığını önleyen sağlık ocağı yerine; şişmanlamış, kan yağları yükselmiş ve koronerleri daralmış bir miyokard infarktüsü olgusunu çok ivedi, çok pahalı ve yararlı çok kısıtlı ele alan bir modeli seçenek olarak sunmaktır.

Dünya Bankası Kasım 2002'de göreve başlayacak Gül hükümetine 'yardımcı olmak amacıyla' sağlıkta yeniden yapılanma konusunda bir rapor sunar. Nisan 2004'de parasal yardım görüntüsü altında Sağlıkta Dönüşüm adını kullanarak bir işbirliği taslağı hazırlar. Belirli bir merkezsel hazırlık döneminden sonra ikinci aşamada 'evrensel anlamda' bireysel sağlık sigortası oluşturulması ile başlayan sağlık ve sosyal güvenlik kurumları oluşturulacaktır. Sağlık hizmeti yeniden örgütlenerek birincil hizmette aile hekimliği kurulacak, SB ve SSK hastanelerin tam uyum içinde ve özerk çalışmaları sağlanacak, hangi kuruma iye olursa olsun tüm hastanelerin finansal ve yönetsel özerkliği güvenceye alınacaktır. Kurumun kendi değerlendirmesine göre proje Banka'nın temel ilkeri ile uyumludur ve Banka yönetiminde onaylanmıştır. Projenin riski

önemli ve yüksek olarak derecelenmiştir. Söz konusu borç ise 61.26 milyon Avro gibi küçük bir paradır. Türkiye komik bir borç alabilmek için var olan sağlık modelini tepetaklak etmeyi göze almaktadır. Ya da bu tümceyi tersten okumak daha uygun olacaktır.

Konunun taraflarından, özellikle çalışanların ücretlerinin kamuca ödenmesinden yana olan TTB'den direnç beklenmelidir; bunu kırmak için 'ikna' yöntemleri uygulanacaktır. İkinci direnç odağının ise var olan sağlık sigortası kurumları olması beklenir. Tüm bunların yapılabilmesi için sağlık yasalarının değiştirilmesi gerekecektir.

Dünya Bankası konunun gerekliliğini açıklarken Sağlık Bakanı (Recep Akdağ) ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı'nın (Murat Başesgi-oğlu) Banka'nın teknik ve finans desteğine ne denli gereksinme duyduklarını belirten 6 ve 10 Mayıs tarihli rica mektuplarını da sunar. Mektupların ayırt edici özellikleri birbirlerine çok yakın tarihleri yanında, durum saptama / sorunlar / çözüm önerilerinin yazım tekniği yönünden alışılmış TC bürokrasisi yazışmasından çok ayrı bir biçimde ve aynı zamanda birbirine çok benzer biçimde ele alınmış olması, ayrıca yıllarını dış ilişkilerde geçirmiş değme diplomatın kullanamayacağı düzeyde bir İngilizce (doğrusu, Amerikanca) ile yazılmış olmasıdır. SB yazısı üstelik DB'nın SB örgütlenmesine aykırı olarak SB içinde 1990'lı yılların başlarında kurdurduğu ve kredilerle yaşatarak sosyalleştirmeyi yok etme amaçlı kullandığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü başlıklı kağıda yazılmıştır.

## **BAŞARISIZLIK (?) NEDENLERİ**

Siyasal yönetimler sosyalleştirmenin başarısız olduğunu söyleyegelmiştir. Sosyalleştirmenin ilk girişimde bulunulduğu günlerden başlayarak başarısız kılınması için yoğun çabalar hemen başlatılır. En sivri karşıtlar tıp fakültelerini saltanat makamı olarak kullanmaya alışmış, toplumun sağlıksızlığından büyük maddi çıkarlar sağlayan 'Hoca'lar (sözgelimi Tefvik Sağlam Paşa)dır (TTB, 1992). Fişek hizmetin kabul edilememesi ve yaygınlaştırılamamasıyla sürekli savaşır ve bu savaşının nedenlerini değişik zamanlarda değişik gerekçelerle açıklar.

1983 yılında yayımlanan 'Halk sağlığı'na giriş' kitabında başarısızlık nedenlerini açıklaması şöyle özetlenebilir:

- Bazı Bakanlar ve yöneticiler yasanın gereğine inanmamış ve personelin güvenini sarsmıştır.



- Hastane ve sağlık ocaklarına yeter sayıda hekim atanmamıştır.
- Hekim ve diğer çalışanlara okullarda hizmete yönelik eğitim verilmemiştir.
- Sağlık ocakları ile hastane işbirliği kurulmamıştır.
- İl ve grup başkanlığı düzeyinde yönetim yetersiz kalmış, şefsiz orkestra ya da komutansız orduya benzemişlerdir.
- Personel ödenekleri ödenmemiş; araç, gereç, ilaç verilmemiştir.

1986 yılında Zafer Öztekinle söyleşisinde bazı farklı noktalara değinir (TTB, 1992). Önce Maliyecileri suçlar; kar getirmeyecek işletmelerle yatırım yapmak istememelerini gerekçe gösterir.<sup>10</sup> Gerçekte Maliye'nin 'sözleşmeli hekim' konusundaki duyarlılığına takılmış olduğu düşünülmemelidir. Sonra politikacıların karşıtlığını neden olarak gösterir, buna açıklama getirmez. Daha sonra dizgesel olmaksızın, gelişigüzel bir anlatıyla aşğıdaki saptamaları yapar (*İtalik yazılanlar* olabildiğince Fişek'in sözcükleridir):

*Hekimlere yeterli finansın sağlanmaması:* Birinci Beş yıllık Plan'a -Maliye'nin şiddetle karşı çıkmasına karşın- Fişek'in baskısıyla SB için yatırımlar dışında cari harcama bütçesi de konur. İzleyen planlarda kaldırılacaktır.

*Hekim bulundurulması güçlüğü:* Sözleşme ile çalıştırmanın ortadan kaldırılması. 1966 yılında Personel Kanunu ile sözleşmeli kamu görevlisi çalıştırma olanağı ortadan kalkar. 1980'in son günü askeri cunta 2368 sayılı yasa ile her hekime muayene açma hakkı verir (Fişek, 1983).

*Hekime rotasyon hakkının uygulanmaması:* Sözleşmeli çalışma esasına göre hekim üç yılı dolduktan sonra yeni sosyalleştirilmiş (görece gelişkin) bir ile atanma isteminde bulunma hakkına sahiptir. Genellikle sağlık müdürleri 'ben senin yerine yeni uzman (ya da hekim) nereden bulacağım' diyerek istemi onaylamaz. Bu engellenme hekimlerin göreve gönüllü olma isteğini azaltır.

<sup>10</sup> Bu gerekçeyi haklı görmek güçtür. 1975 yılında Hacettepe'de eğitim gören Toplum Hekimliği asistanları grubu Doğan Benli'nin başkanlığında SB Sosyalleştirme Daire Başkanı (Talat Doğan) ile tanışmaya giderler. Dairenin varlık nedeni sağlık ocakları ve evlerine arsa bulmak, binayı yapmak, donatmak ve personel atanması için hazır duruma getirmektir. Görüşmenin asistanların belleğine kazınan sözü Daire Başkanı'nın ağzından çıkar: 'Doğan abi, geçen yıl çok tasarruf ettim; 125 milyonluk bütçemin 90 milyonunu kullandım, kalanını geri verdim'. 1992 yılında sosyalleştirmeyi yıkıp aile hekimliğini kurmaya çabalayan Müsteşar Yardımcısı ve Proje Koordinatörü (Serdar Savaş)'ne yazar tamamlanmış olan sağlık ocakları binalarının ne olacağını sorar. Yanıt 'kullanacağız hocam, tüm Karadeniz'e dört kilometrede bir dört milyar değerinde bina yapmışlar' olur.

*Muayenehane açma izni verilmesi:* Bazı illerde hastanede kamu hizmeti yürüten hekimlerin -bağlantının aşırı kazanç getirmesi nedeniyle-muayenehanelerini kapatmamasına göz yumulur. Bunun en yaralayıcı örneği Diyarbakır'da Sağlık Bakanı Faruk Sükan'ın yöneltilen soruya 'yasanın yaşayacağı belli değil, kapamayın' yönünde yanıt vermesidir.

*Demokrasi'ye dönüş:* Yasa uygulamanın emirle sağlanabileceği ve herkese eşit olarak sunulacağı düşüncesiyle kurulmuştur. Başlangıçta sözü edilen 'devletleştirme' bu amacın somut göstergesidir. 27 Mayıs Yönetimi sonrası Demokrasi'ye dönülüp sağlıkta pazar ekonomisi yeniden uygulanmaya başlandığında 'eskiden parayı verirdik, hekim eve gelirdi; şimdi sağlık ocağında köylülerle sıra bekliyoruz' yakınmaları gündeme gelir. Devletçilikle sağlanmaya çalışılan eşitlik ilkesi burjuva demokrasisinde geçerli değildir, parayı bastıran -parası ölçüsünde- dileğini satın alır; parası olmayan da ortada kalır.

*Sağlık yönetimi kadrosunun oluşmaması:* Muş ve onu izleyen dört ile en değerli kadrolar, büyük özveriyle gider. Sonra sosyalleştirilen illerde aynı yönetim düzeyi tutturulamaz.

*Hizmetin tek elde toplanamaması:* SSK'nin (ve Türk-İş) modele girmeme ısrarı ve Üniversite'lerin sırça köşklerini terk etmeme kararına Devlet Demiryolları gibi özellikli kurumların da katılması illerdeki çok başlılığın sürmesine neden olur.

Başarısızlığın nedenleri arasında Fişek'in yaklaşımını da ele almak gerekir. 1986 yılında Zafer Öztekinle söyleşisinde belirttiği iki nokta çok önemlidir: '.. hem hastane hekimi, hem muayenehane hekimi olmaz ... İngiltere'de olduğu gibi, ... özellikle şehirlerde muayenehane hekimlerini kullanma zorunluluğu vardır' (TTB, 1992).<sup>11</sup> Yani hekim ya kamuda, ya özel çalışmalı, kentlerde hizmet özel hekimden satın alınmalıdır. Fişek'in bu görüşünün sosyalleştirmenin özünü bağdaşmadığı, 1970'lerin gelişiminden uzak kalması ve emeklilik sonrasında 'önce serbest hekimleri temsil etmesi' sonucu önceki düşünsel gelişiminden geri düştüğü çok açıktır (Bak: dipnot 7).

Hizmetin ve özellikle de pratisyen hekimin kimi yerde küçük görülmesi, gereği olmayan durumlarda da hekimin hastanın ayağına gelmesi beklentisi gibi modeli benimseyememe ve uyum sağlayamama sorun-

---

<sup>11</sup> Bu söylem Ulusal Sağlık Kongresi'nin toplanıp (1992) katılımcıların tam karşısı yazılı görüşlerine (Sağlık Bakanlığı, (1992a) karşın Sağlık Bakanlığı'nın 'kentlerde aile hekimliği uygulanacaktır' demesinden (Sağlık Bakanlığı, (1992b) birkaç yıl öncedir.

ları da başarısızlık nedeni olarak gösterilebilir. Özellikle kırsal alanda tek ulaşım aracı olan sağlık ocağı dört-çekerinin kötüye kullanımının çok acımasız uygulandığını gösteren gülünç uygulamalara rastlanır: Bir Doğu ilinde kar tipili bir gecede sağlık ocağına gelen birkaç köylü dağdaki irak köylerinde Kızamık salgını olduğunu bildirirler. Başta hekim, tüm ekip gerekli hazırlıkları yapar, donanımlarını alır ve yola koyulur. Köye ulaşıncı köylüler araçtan iner, (yönetmelikte mesai dışında başka bir köydeki hastaya çağırma gereği olan maddeye uygun olduğunu düşünerek -oysa bulaşıcı hastalıkta ödenmemesi gereken-) 50 lirayı uzatır ve 'haydin, kalın sağlıcakla' derler. Hekimin 'Kızamıklı çocuklar?' sorusuna 'Kızamık neyim yok tohtur bey, öyle demesek bu kış kıyamette köye nasıl varırdık' diye yanıt verirler. Sağlık ocağı kırsal alanın yoksul insanına yakın ve olanaklar sunabilen tek kamu kuruluşudur, ondan da herkes beklentisi ölçüsünde yararlanmaya çalışır.

Başarısızlığın gerçek ve temel nedenini, eğitimsiz ve örgütsüz bir halk kesimine dayatılan -sosyal devlet anlayışından bile yoksun- yeni emperyalist ekonomi sürecinde, topluma gereksindiği yerde ve ölçüde sağlığı hizmet olarak sunmaya çalışmak çelişkisinde aramak doğru olacaktır. Henüz Cumhuriyet kurulmadan başlatılan, büyük bunalım yıllarında yaklaşık 20 yıl ara verilmek zorunda kalınan kapitalizm, üzerinde iğreti bir yama gibi duran gerçek anlamdaki toplumsal hizmeti sindirebilecek amaç, istek ve olgunlukta değildir. Giderek azgımlaşan ve sağlı(ksızlı)ğı en büyük kazanç aracı olarak gören neoliberal kapitalizm başta sosyalleştirme olmak üzere önüne geleni silip süpürerek hedeflerine saldırıya geçmiştir. Toplumsal sınıfların -ibresi ağırlıklı olarak sermayeden yana olan- çatışmasının ortasında kalan sosyalleştirmenin yaşam alanı giderek daralır ve yok olmaya yüz tutar.

## **KAZANIMLAR VE SONUÇ**

Türkiye'nin sağlık göstergeleri yerkürenin en yoksul ve geri ülkeleriyle kıyaslanabilecek denli kötüdür. Ortadoğu komşularının sağlık düzeyi -önceki yıllarda Türkiye'nin çok önünde olan, ancak ABD saldırıları sonrası bozulan Irak dışında- çok daha olumlu düzeydedir. Sağlıkta olumsuzlukların temel nedeni toplumun dinsel kaderciliği, kırsal alanın kentsel alandan korkunç düzeyde bozuk yaşam koşullarında bulunması, kentsel alanda bile toplumsal sınıflar arasında derin uçurumlar yer alması ve politikacının sağlığı Allah'a havale etmesidir.

Bu olumsuzluklara karşılık ülkenin Avrupa ülkelerinde rastlanmayacak denli gelişkin tıp fakülteleri ve özel hastaneleri bulunur. Birçok Avrupa ülkesinde serbestçe uygulanan bilim dışı sözde tıp uygulamaları mevzuat ve meslek kuruluşları çabalarıyla kesinlikle engellenmiştir. Yeterli sayıda, son derece iyi eğitilmiş ve nitelikli hekim ve diğer sağlık personeli görev almaktadır. Ancak kapitalizmin gelişmeye başladığı 1940'lı yıllardan bu yana iki önemli uygulamaya yönelinmiştir: 1. İnsan sağlığı korunmaya ve geliştirilmeye çalışılmamış, 'hastayım' diye başvurana yönelik ve özel sektör ağırlıklı model yerleştirilmiş; 2. Pazar ekonomisine uygun olarak istemin yüksek olduğu kentsel alanda hizmet satışına ağırlık verilmiştir. Sosyalleştirmenin yola çıkış amaçları bu gidişi değiştirme olmamasına karşın, giderek 1. Bütüncül sağlık hizmetine, 2. Ulaşamayana hizmet götürmeye yönelmiş, bu iki kavram sosyalleştirmenin özünü oluşturmaya başlamıştır.

Sosyalleştirme tüm olumsuzlukları ve engellemeleri bir yana itmiş, herkesi kapsayan bir politika üstlenmiş; öncelikle en olumsuz koşullarda yaşayan, hizmete gereksinmesi en fazla olan ve olduğunu bile sezinleyemeyen, başvurmak istediğinde ulaşamayan, ulaştığında bakılamayan, itilip kakılan, ödeyemeyen; tüm bunların yanında bu koşulları yaşamasına karşın *çoğunluk* olan kesime yüzünü dönmüştür. Kapitalist ekonominin acımasızlığına birkaç ay gibi kısacık bir ara verilen ve toplumun ezilen çoğunluğuna yönelik önlemleri düşünebilecek bir 'devrim' süreci içinde: Birincisi herkese ve özellikle de yoksul ve yoksuna; ikincisi politikacının ilçe yapılanması ve emri dışında, topluma ulaşan ve politikacının değil sağlıkçının denetiminde olan bir hizmet oluşturmuştur.

Devrimci ve genç bir kadro tarafından 'devletleştirme' ilkesiyle ortaya konan; genel ekonomide ve sağlıkta serbest piyasa koşullarına inanan deneyimli, dürüst ve çalışkan bir bürokrat tarafından üretilen Sosyalleştirme yaşama geçmiş ve ne anlama geldiği artık belirgin olarak ortaya çıkmıştır. Doğru zamanda, doğru yerde, doğru kişiyle karşılaşan devrimci hareket siyasal anlamda farklı düşünse ve tam istediği sonuca ulaşmasa da istendiğinde toplum yararına bir girişimin başarılabilirliğini ortaya koymuştur. Ebesinden uzman hekimine, sıtma savaşçısından kadın doğumcusuna, tıbbi sekreterinden müsteşarına uygulama tam anlamıyla yaşanmış ve deneyim kazanılmıştır. Neyin uygun planlandığı, neyin eksik kaldığı, neyin ne yönde değiştirilmesi ya da eklenmesi

gerektiği denenerek ve engellerle savaşılarak anlaşılmıştır. Özellikle Fişek'in öğrencisi olan Halk Sağlıkçılar ulusal ve sonra uluslararası deneyimleriyle yarın çok daha iyi bir model hazırlayabileceklerini ve yürütebileceklerini kanıtlamışlardır.

Sosyalleştirme birçok ülke ve kişinin toplumsal yaklaşımlarının DSÖ'de tartışıldığı ve kabul gördüğü bir dönemde yaşama geçirilmiştir (Aksakoğlu, 2002; Aksakoğlu, 2003a). Konu üzerinde Sovyet Sosyalist Cumhuriyetleri Birliği (SSCB) ve Çekoslovakya başta olmak üzere çok sayıda ülkede deneyimler yaşanmaktadır. İngiltere ve İskandinavya arayışlar ve başlangıçlar içindedir. Fişek Cenevre'ye (DSÖ) yansıyan görüşler ve Avrupa'da gördüğü örneklerle yola çıkmıştır. Dönemin en iyi hizmetini -sağaltım ve koruma ayrı yürütülse de- Uçastok modeli ile SSCB vermektedir (Aksakoğlu, 2003c). Fişek bu ülkeyi ziyaret etme ve modeli inceleme gereği duymamıştır. İngiltere sağlık ocağı ile iyi bir örnektir; ancak model, aile hekimleri ve hastanelerin ayrı durmasıyla birbirinden farklı üç unsur içermektedir, tümü birlikte değerlendirildiğinde iyi örnek değildir. İsveç hemşirelerle evde hizmet sürdürmesine ve hekim evdeki kişilerle telefon bağlantısı kuruyor olmasına karşın henüz model oluşturmamıştır. Fişek tüm ve görüş yaklaşımları değerlendirerek kısa zamanda özgün bir görüş ve model ortaya koymuştur. Birçok kişinin savladığı gibi bu model Alma-Ata Bildirgesi'ne örnek olmuş değildir; ama onun evrensel doğrularının tümünü içermekle yeryüzünde varlığı bilinen ve daha önemlisi uygulanabilen en iyi sağlık örgütlenme modelini oluşturmaktadır.

Sosyalleştirme kuruluş amacına uyan ve bazen başarıya ulaşan hizmetler vermiştir. Doğum öncesi bakımı bir sistem olarak yerleştirmiş, kampanyalarla engellenmesine karşın oldukça yaygın bir bağışıklama etkinliğine ulaşmış, çevre sağlığına sağlıkçı gözü ve parmağı girmesini olanaklı kılmış, başvuran hasta sayısının yaklaşık yarısına tek başına hizmet sunmuş, anne ve bebek-çocuk ölümlerinin önemli ölçüde azalmasını sağlamıştır. Halkın içinde, bazen zorunlu hizmetle, görev yapmanın tadını ve sağlık sorunlarını anlayabilme ve çözebilenin keyfini sağlık çalışanlarına yaşatmıştır.

Sosyalleştirme her şeyden önce sağlığı insan hakkı olarak görmüş ve sağlık hizmeti sunumuna yönelik temel ilkeleri oturtmuştur.

Nusret Fişek izleyen yıllarda her zamanki saygın kimliği ve olgun tavriyla yalnızca hekimleri değil, tüm sağlıkçıları kurumsal olarak

temsil edecek; baskıcı rejimler hekimleri işkenceye alet edecek amaçlarla kullanmaya çalıştıklarında mahkeme karşısında sanık konumunda evrensel değerleri kişisel ve kurumsal görüşü olarak onurla savunacaktır.

### **Teşekkür:**

*İçerik ve akış yönünden katkıları yanında, teknik desteği nedeniyle de **Reci Meseri**'ye teşekkür ederim.*

### **KAYNAKÇA**

- Aksakoğlu G. (1992), “Çok yönlü önder: Nusret Fişek”, *Çalışma Ortamı*, 5, s. 18-20, <http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-nusretfisek.pdf>
- Aksakoğlu G. (1994), Denenmeyen model: Sosyalleştirme, *Toplum ve Hekim*, 60, s. 52-5.
- Aksakoğlu G. (1995), “Sağlık Hizmetine Kaymakam Engeli”, *STED*, 4, s. 304-7.
- Aksakoğlu G. (2002), “Herkes için sağlık’tan Hedef21’e: Dünya Sağlık Örgütü değişiyor”, *Toplum ve Hekim*, 172, s. 91-100, <http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-dsodegisiyor.pdf>
- Aksakoğlu G. (2003a), “Dünya Sağlık Örgütü ve sağlık politikalarında değişim”, *Sol*, 199, s. 41-5, <http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-dsosol.pdf>
- Aksakoğlu G. (2003b), “Uluslararası sermaye ve bağışıkla pazarı”, *Toplum ve Hekim*, 18, s. 323-30, <http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-uluslararasıbagisiklamapazari.pdf>
- Aksakoğlu G. (2003c), “Sovyetler Birliği özelinde sosyalist ülkelerde ‘sağlık reformu’”, *Toplum ve Hekim*, 18, 68-80, <http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-sovyetler.pdf>
- Aksakoğlu G, Kılıç B, Uçku R. (2003), “Aile hekimliği Türkiye için uygun değildir”, *Toplum ve Hekim*, 18, s. 251-7, <http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-ailehekimligi.pdf>
- Aksakoğlu G. (2004), “AKP’nin hedefi, sağlığın belkemiği SSK”, *Cumhuriyet Gazetesi*, 5 Aralık, s. 2, <http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-sagliginbelkemigiSSK.pdf>
- Aksakoğlu G. ve Giray H. (2007), “Kentsel alanda sağlıkta dönüşüm”, *Memleket Mevzuat*, C. 2, S. 21-22, 2007, s. 3-12, <http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/gakentselalandadonusum.pdf>
- Aksakoğlu G. (2007), “Kuşkusuz, Sağlık Ocağı”, *Pratisyen*, Mayıs 2005, 6, s. 19-20; *Memleket Mevzuat*, C. 2, S. 24, Haziran 2007, s. 60-2, <http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-kuskusuzsaglikocagi.pdf>
- AnaBritannica (1988), İzmir İktisat Kongresi, Ana Yayıncılık, C.12, İstanbul, s. 180.
- Avcıoğlu D. (1969), *Türkiye’nin Düzeni (Dün-Bugün-Yarın)*, Bilgi Yayınevi, 2. Basım, Ankara.
- Aydemir Ş. S. (1973), *İhtilalin Mantığı ve 27 Mayıs İhtilali*, Remzi Kitabevi, Ankara.
- Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi (tarihsiz), *Türkiye’de ‘Çoğulcu Demokrasi’ Dene-mesi: 1961-1971 içinde Kurucu Meclis*.
- Bilimsel Tiyatro Sahnesi, 27 Mayıs 1960, <http://www.btasahnesi.net/yazilar/hf/hf18/envergokce-turanemeksiz.htm>
- Civaner M, Demiral Y, Aksakoğlu G. (2002), “An Invaluable Experience: “Institute of Community Medicine, Hacettepe University””, *38th International Congress on the History of Medicine*, 1-6 Eylül, İstanbul. <http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-invaluableexp.pdf>
- Demiröz E., *Askeri Darbeler ve Türkiye*, <http://www.emredemiroz.com/askeri-darbeler-ve-turkiye.html>

- Ekinci T.Z. (1980), “Sağlık Örgütlenmesinde Tarihsel Gelişme ve Yapısal Sorunlar”, *Toplum ve Hekim*, 30, s. 35-47.
- Fişek N.H. (özetleyen) (tarihsiz), *SSYB 1977 Mali Yılı Bütçe Raporu Özeti*, Mimograf.
- Fişek N. (tarihsiz), *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunun Getirdiği İlkeler*, Mimograf.
- Fişek N. (1982), “Sağlık Hakkı ve Yeni Anayasa”, *Cumhuriyet Gazetesi*, 5 Ağustos, s. 2.
- Fişek N.H. (1983), *Halk Sağlığı'na Giriş*, Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No: 2, Ankara, s.163-6, 170-1.
- Fişek N. (1997a), “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Üzerine Çalışmalar”, *Sağlık Dergisi*, 37/3, 1963 içinde Prof. Dr. Nusret Fişek’in kitaplaşmamış yazıları (I), TTB, Ankara, s. 106-116.
- Fişek N. (1997b), “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesinin Tarihçesi ve Temel İlkeleri”, *Muş Sağlık Bülteni*, Sayı: 4-8, 1964 içinde Prof. Dr. Nusret Fişek’in kitaplaşmamış yazıları (I), TTB, Ankara, 1997, s. 117-128.
- Fişek N. (1997c), “Genel Sağlık Sigortası Bir Finansman Kaynağıdır!..Para Toplamayı Amaçlar”, *Sağlık İşkolunda Sendika Dergisi*, Sayı: 2, Haziran 1990 içinde Prof. Dr. Nusret Fişek’in kitaplaşmamış yazıları (I), TTB, Ankara, s. 164-167.
- Fişek N. (1997d), “Temel Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Konusunda Söyleşi”, *Sağlık İşkolunda Sendika Dergisi*, Sayı: 1, Ocak 1990 içinde Prof. Dr. Nusret Fişek’in kitaplaşmamış yazıları (I), TTB, Ankara, 1997, s. 168-173.
- Giray H, Aksakoğlu G. (2006), “Sağlıkta Sosyal Devlet Hizmetinden Piyasa Ekonomisine TEB”, *İlaç Haber Aktüel*, Haziran 2006, s. 18-9, <http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-sosyaldevlet.pdf>
- Hayat Dergisi Arşivi, 1960-1.
- İpekçi A., Coşar Ö. S. (1965), *İhtilalin İçyüzü*, Birinci Cilt, Uygun Yayınevi, Ankara.
- Karavelioğlu K. (2007), *Bir Devrim İki Darbe: 27 Mayıs, 12 Mart, 12 Eylül...*, Güner Yayınları, İstanbul.
- Kars H. Z. (2003), *1929 Polemikleri: Tıp Tarihi Notları*, TTB, Ankara, 2003.
- Kemal Gözler, *1961 Anayasası*, Türk Anayasa Hukuku Sitesi, <http://www.anayasa.gen.tr/1961anayasasi.htm>
- Kılıç B., Aksakoğlu G. (2006), “Eğitim-Araştırma Sağlık bölgeleri (1964-2005)”, *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25/3, s. 7-14, <http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-egitimaramastirmabolgeleri.pdf>
- Narlidere Eğitim ve Araştırma Bölgesi raporlarından derleme, <http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-narlidederededegisim.pdf>
- Saçaklıoğlu F., Davas A., Döner B., Durusoy R., Ergin I., Erol N., Hassoy H. (2003), *Aşı Pazarı Can Pazarı: “Aşı Üretiminin Perde Arkası”*, TTB, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (1992a), *1. Ulusal Sağlık Kongresi: Çalışma Grupları Raporları*, Ankara, 1992.
- Sağlık Bakanlığı (1992b), *1. Ulusal Sağlık Kongresi: Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dokümanı*, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2004), *Temel Sağlık Hizmetleri Çalışma Yılığ*, <http://www.saglik.gov.tr/istatistikler/temel2004/sekil2.htm>
- Sedat Akman (2008), “1968 Gençliği, Bağımsız Türkiye İdealinin Yaşamak İçin Çok Uğraşlar Verdi”, *Sol Birlik*, [http://www.solbirlik.net/haber\\_detay.asp?haber\\_id=6633&gid=86](http://www.solbirlik.net/haber_detay.asp?haber_id=6633&gid=86)
- SSYB (1961a), *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin İnkişaf Ettirilmesi Konusunda Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nın Mütalaası* içinde Üner R., Fişek N., “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Uygulama Planı Üzerine Çalışmalar (Beyaz Kitap)”, Ankara, s. 19-29.

- SSYB (1961b), *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunun Gerekeşi* içinde Üner R., Fişek N., “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Uygulama Planı Üzerine Çalışmalar (Beyaz Kitap)”, Ankara, s. 70-97.
- SSYB (1961c), *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun Tasarısı* içinde Üner R., Fişek N., “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Uygulama Planı Üzerine Çalışmalar (Beyaz Kitap)”, Ankara, s. 98-108.
- SSYB (1961d), *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun* içinde Üner R., Fişek N., “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Uygulama Planı Üzerine Çalışmalar (Beyaz Kitap)”, Ankara, s. 109-118. (Kanun No: 224, Kabul Tarihi: 5/1/1961, Resmi Gazete ile neşir ve ilanı: 12 Ocak 1961-Sayı: 10705)
- SSYB (tarihsiz a), *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik* içinde Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ile İlgili Kanun, Kararname, Yönetmelik ve Protokoller (1962-1972), Ankara.
- SSYB (tarihsiz b), *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönerge*, Yayın No: 154, Ankara.
- SSYB (1967), *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Uygulanan İstatistik Formları ile ilgili Açıklama*, Ankara.
- SSYB (1973), *Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl*, Ankara.
- T.C. Başbakanlık Neşriyat ve Müdevvenat Umum Müdürlüğü, Kanun No: 224, Kabul tarihi: 5/1/1961. (Resmi Gazete ile neşir ve ilanı: 12 Ocak 1961–Sayı: 10705), Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun içinde Üner R., Fişek N., Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Uygulama Planı Üzerine Çalışmalar (Beyaz Kitap), Ankara, s. 109-118.
- TTB (1992), *Nusret Fişek ile Söyleşi*, Ankara.
- Yasıada davaları, <http://www.nedirvekimdir.com/?s=bumin+yamano%F0lu>