



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SAĞLIKTA SOSYALLEŞTİRME DEN AİLE HEKİMLİĞİNE  
GİDEN YOLUN TARİHSEL ARKA PLANI: TÜRKİYE BİRİNCİ  
BASAMAK SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİ**

OLCAY ÖZEN

SAĞLIK YÖNETİMİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN

İSTANBUL-2015

## ÖNSÖZ

Bu tez çalışmasında, ülkemizdeki birinci basamak sağlık örgütlenmesinin Cumhuriyet sağlık politikaları içerisinde nasıl bir süreç izlediği, erken dönemden son dönem politikalara gelinceye kadar ne gibi değişikliklere uğradığı; benzerlikleri, farklılıkları, dönemlerinin politik ortamları karşısında ne gibi tepkiler verdiği incelenmiştir.

Çalışmada, Milli Birlik Komitesi Genel Kurul Toplantısı tutanaklarından, Sağlık Bakanlığı tarafından çıkartılan mevzuat için bakanlık yayınlarından, yanı sıra Resmi Gazete' den ve ilgili literatürden yararlanılmıştır.

“Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı” ve “Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler” hakkında kapsamlı çalışmalar yapılmamış, plan ve programların tam metinlerinin de yapılan çalışmalarda genellikle bulunamadığı belirtilmiştir.

Sosyalleştirmenin yapıldığı dönem ile ilgili kayıtlar da oldukça kısıtlı olmakla birlikte, “Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları”, konu ile ilgili birinci ağızdan yol göstericidir.

Bu çalışmanın fikrini ortaya koyan, her aşamada yardımını gördüğüm, akademik ve meslekî yaşamımda yönlendirmeleriyle bana rehberlik eden ve her gün kendisinden yeni şeyler öğrendiğim değerli hocam sayın Prof. Dr. Sabahattin AYDIN'a,

Sağlık Yönetimi konusunda teşvik ve destekleriyle süreci kolaylaştıran Bölüm Başkanı Prof. Dr. Hacer Özgen NARCI'ya, görüş ve tavsiyeleri ile çalışmamı yönlendiren Prof. Dr. Osman HAYRAN'a, desteği ile birçok kritik kaynağa ulaşmamı sağlayan Dr. Hüseyin DEMİREL'e teşekkürlerimi sunarım.

## İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU.....	i
BEYAN.....	ii
ÖNSÖZ .....	iii
İÇİNDEKİLER .....	iv
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	3
GİRİŞ .....	5
TEMEL KAVRAMLAR.....	8
<b>1. BÖLÜM</b>	
<b>1945-1960 YILLARI; SOSYALLEŞMEYE GİDERKEN.....</b>	<b>11</b>
1.1. Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı .....	11
1.2. Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler .....	20
<b>2. BÖLÜM</b>	
<b>SAĞLIK HİZMETLERİNİN SOSYALLEŞTİRİLMESİ .....</b>	<b>24</b>
2.1. Sosyalleştirme Döneminin Politik Durumu .....	24
2.2. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun Fikrinin Ortaya Çıkışı .....	25
2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunun Gerekçesi .....	28
2.4. Kanun Tasarısı ve Yasalaşırken Değişen Maddeler.....	36
<b>3. BÖLÜM</b>	
<b>SAĞLIKTA SOSYALLEŞTİRMENİN ARDINDAN AİLE HEKİMLİĞİ .....</b>	<b>46</b>
3.1 Aile Hekiminin Görev ve Sorumlulukları .....	47
3.2. 224 Sayılı Kanun ve 5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanununun Karşılaştırması... 48	

#### **4. BÖLÜM**

**SONUÇ..... 51**

**5.KAYNAKLAR .....65**

**6. ÖZGEÇMİŞ.....67**

## ÖZET

# SAĞLIKTA SOSYALLEŞTİRME DEN AİLE HEKİMLİĞİNE GİDEN YOLUN TARİHSEL ARKA PLANI: TÜRKİYE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİ

## **The Historical Background of Transition from Socialisation in Health Policy to Family Medicine Practices: Organisational Network of Primary Care in Turkey**

Cumhuriyet dönemi sağlık politikalarında kalıcı iz bırakan belli dönemler vardır. Özellikle birinci basamak sağlık örgütlenmesine yönelik olarak yapılan çalışmalar üzerinde önemli tartışmalar yapılmıştır. Tarihsel seyri içinde Milli Sağlık Planı ve Milli Sağlık Programları, Sağlıkta Sosyalleştirme Politikası ve Sağlıkta Dönüşüm ile Aile Hekimliği uygulamaları bunların başında gelmektedir. Ülkemizde ulusal anlamda geliştirilmeye çalışılan sağlık politikalarının küresel eğilimlerden etkilendiğini söyleyebiliriz. Milli Sağlık Planı ve Milli Sağlık Programlarının Cumhuriyet'in erken dönem sağlık politikalarından beslenmesi muhtemeldir. Sağlıkta sosyalleştirme ile yapılmak istenen radikal değişikliklerin ise, yasalaşmadığı için göz ardı edilen, ancak son derece detaylı çalışıldığı anlaşılan Milli Sağlık Planı ve Milli Sağlık Programlarından bağımsız olduğu düşünülemez. Ülkemizde son dönem sağlık sistemimizde önemli derecede değişimlere yol açan Sağlıkta Dönüşüm Programı da, sosyalleştirmenin içinde olduğu süreçten bağımsız değildir. Kendi içinde bütünlük arz eden sağlık bölgeleri, bu bölgelerdeki hastane yapılanmalarına entegre birinci basamak sağlık örgütlenmesi ve hatta genel sağlık sigortasına kadar sağlık sistemimizin birçok unsuru, farklı formlar halinde de olsa, bu politikalar içinde yer almaktadır. Bu çalışma, birinci basamak sağlık örgütlenmesini merkeze alarak farklı dönemlerde geliştirilip uygulamaya konan sağlık politikaları arasındaki geçişi ve benzerlikleri incelemeyi amaçlamıştır. Özellikle sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile somut hale geçen ve başarı ile başarısızlığı on yıllardır tartışma konusu yapılan sağlık ocağı örgütlenmesinin öncül ve ardılı olan politikalar üzerinde durulmuştur. Sağlık hizmetlerinin ülke geneline yayılması, herkesin sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanması, sağlık finansmanı için yeni kaynakların oluşturulması, entegre birinci basamak sağlık hizmetleri örgütlenmesi ve sevk zinciri uygulaması ile ilçe, il ve bölge hastanelerinden oluşan kapsamlı bir sağlık ağı

oluşturulması bu politikaların ortak hedefini oluşturmaktadır. Milli Sağlık Programında ngrlen sağlık merkezleri, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde kurulan sağlık evi ve sağlık ocağı ağı ve nihayet aile hekimliği uygulamasında yer alan aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezleri de birbirini destekleyerek gelişen politika zincirini oluşturmaktadır. Sonuç itibarıyla, ülkemizde uygulanan politikalara yanlı olmayan analitik bir yaklaşımla baktığımızda, birbirini besleyen, mevcut birikimler üzerine yeni vizyonlar ekleyerek gelişen ve ortak olarak toplum sağlığının geliştirilmesini hedefleyen bir bütünlük arz ettiği grlmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Sağlık Politikası, Sağlıkta Sosyalleştirme, Milli Sağlık Planı, Aile Hekimliği, Birinci Basamak Sağlık Hizmeti,

## **ABSTRACT**

### **The Historical Background of Transition from Socialization in Health Policy to Family Medicine Practices: Organizational Network of Primary Care in Turkey**

There are some periods which had a great impact on health policies in Republic of Turkey. Lots of discussions have been made about works concerning especially the organization of primary care. Among these, National Health Plan and National Health Programme, Socialization Policy in Healthcare, Transformation in Health and Family Practice are the most prominent ones based on the historical progress. By no means, national health policy making efforts in Turkey are probably effected by global trends. It is possible that National Health Plan and National Health Programme are insuenced by early health policies in the Republic period. Consequently, radical changes aimed to be made by socialization policy in healthcare are not independent from National Health Plan and National Health Programme which were comprehensive and detailed policy texts although they were not supported by legislations. Health Transformation Programme in Turkey which has led to important changes in the healthcare system recently is not independent from the process that includes socialization either. A lot of elements of health system, including health regions, primary healthcare organizations integrated to hospital structure in these regions and even general health insurance are included in these policies, although they are described in different forms. This study aims to examine the transitions and similarities among health policies which have been developed and practiced in various periods, focusing on primary healthcare organizational structure. More emphasis was paid to the premise and successor models of primary care organizational structure, namely community health clinics realized by the socialization of healthcare services, of which success and failures have been a topic of discussion for decades. Expansion of healthcare services to whole country, every citizen's getting benefit of healthcare services free of charge, creating new resources for financing healthcare, establishing an extensive network of healthcare which includes integrated health services organization and referral chain together with district, province and regional hospitals constitute to be the common goal of these

policies. Health centers foreseen in National Health Programme, community health clinics and health houses established for socialization of healthcare services and finally family health centers of family medicine scheme form a progressing policy chain by supporting one another. As a result, when the health policies of the country are monitored with an objective analytical approach, similar attitudes which aim to improve health status of the population by supporting one another and adding new visions to the system are seen.

**Key Words:** Family Practice, Health Policy, National Health Plan, Primary Care, Socialization in Health,



## GİRİŞ

Cumhuriyet dönemi sağlık politikaları içinde en fazla iz bırakanların başında sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi projesi gelmektedir. 1960 darbesinin hakim olduğu siyasal ortamda, Kurucu Meclis tarafından kabul edilip 12/01/1961 tarihli ve 10705 Sayılı Resmi gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile bu proje yürürlüğe konmuştur.<sup>1</sup> Sağlık hizmetlerinin ülke geneline yayılması, herkesin sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanması, sağlık finansmanı için yeni kaynakların oluşturulması, entegre birinci basamak sağlık hizmetleri örgütlenmesi ve sevk zinciri uygulaması ile ilçe, il ve bölge hastanelerinden oluşan kapsamlı bir sağlık ağı öngören bu politika 1961 yılından itibaren kademeli olarak ülke geneline yayılmıştır.

Sağlıkta böylesine kapsayıcı bir politikanın oluşumuna zemin hazırlayan ulusal ve uluslararası gelişmeler şüphesiz vardır. İkinci Dünya Savaşından sonra Birleşmiş Milletler Teşkilatının ve hemen ardından 1948 de Dünya Sağlık Örgütünün kurulması yeni yapılanan dünyada sağlık politikalarını ülkelerin gündemine taşımıştır.<sup>2</sup> O yıllarda entegre birinci basamak sağlık hizmetleri örgütlenmesini önemli derecede başarmış olan İngiltere, İsviçre ve Sovyet Rusya gibi ülkeler bulunmaktadır. Nitekim sağlık hizmetlerinde sosyalleştirme projesinde İngiltere ve Rusya'nın örnek alındığı metinlerde yer almaktadır

Ülkemizde bu projenin sadece yurt dışı örneklere bakılarak geliştirildiği söylenemez. Cumhuriyet dönemi sağlık politika çalışmaları incelendiğinde sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine ve hatta bugün sahip olduğumuz genel sağlık sigortasının kurmasına zemin hazırlayan çabaların olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetlerinde sosyalleşme adımlarının arka planının hazırlanmasında önemli role sahip olduğunu düşündüğümüz projelerin gözden geçirilmesi sosyalleştirmeyi daha iyi kavramamıza yol açacaktır. Cumhuriyet döneminin ilk Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam'ın dönemlerindeki "hıfzıssıhha" merkezli politikalar ve ardından Dr. Behçet

---

<sup>1</sup> 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Resmi Gazete12.01.1961/10705

<sup>2</sup> AYDIN, Sabahattin, MOLLAHALİLOĞLU, Salih. "Uluslararası Sağlık Kuruluşları ve Türkiye İlişkileri", E:SUR,Haydar, PALTEKİ, Tuncay, "Hastane Yönetimi", 2013,İstanbul,s:1093

Uz'un farklı dönemlerde hayata geçirmeye çalıştığı plan ve programlar konunun aydınlatılması bakımından büyük önem taşımaktadır.

Cumhuriyet dönemi sağlık politikalarımızda yasalaşmadığı gerekçesiyle üzerinde durulmadan geçirilen, ancak teorik arka planının oldukça detaylı çalışıldığı anlaşılan Milli Sağlık Planı ve Milli Sağlık Programına göz atmak gerekmektedir. Zira sağlık hizmetlerinde sosyalleştirmeden öte, bugünün sağlık politikalarında da önemli yer tutan, entegre birinci basamak yapılanmasından sağlık bölgelerine, bu bölgelerde hastane yapılanmalarına ve hatta genel sağlık sigortasına kadar sağlık sistemimizin birçok unsurunun izleri bu çalışmalarda yer almaktadır.<sup>3</sup>

Yüksek Sıhhat Şurasının 15/16 Kasım 1946 tarihli toplantılarında onaylanan Milli Sağlık Planı, iki yıl sonra Bakanlar Kurulu'nda ve Türkiye Büyük Millet Meclisi ihtisas komisyonlarında görüşülüp kabul edilmiş, ancak yasalaşamamıştır. Bu planın devamı niteliğinde olan Milli Sağlık Programı 8 Aralık 1954 tarihinde dönemin Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından açıklanmıştır. Bu planda genel sağlık sistemi yapılanmasının yanı sıra sağlık finansmanı konusu da detaylı bir şekilde ele alınmıştır. Plan sağlık sigortasını oluşturarak sağlık, gebelik ve analık yardımları ile ölüm yardımlarını finanse etmeyi amaçlayan Milli Sağlık Bankası kurulmasını önermektedir.<sup>4</sup>

Sağlık hizmetlerinde sosyalleştirme politikalarını, küresel sağlık politikalarından ve ülkemizde sağlık politika gelişim sürecinden bağımsız olarak ele alamayacağımız gibi, ülkemizde son dönem sağlık sistemimizde önemli derecede değişimlere yol açan Sağlıkta Dönüşüm Programını da sosyalleştirmenin içinde olduğu süreçten bağımsız düşünemeyiz. Kuşkusuz bu programda ulusal sağlık politikaları gelişim sürecinin yanında günümüz küresel sağlık politika eğilimlerinin izlerin de görmek mümkündür. Ana konumuz olan birinci basamak sağlık hizmetleri özelinde olayı ele aldığımızda, Milli Sağlık Programında öngörülen entegre birinci basamak yapılanması, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde kurulan sağlık evi ve sağlık ocağı ağı ve nihayet aile hekimliği uygulamasında yer alan aile sağlığı

---

<sup>3</sup> UZ, Behçet, Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı, İdeal basım ve Ciltevi, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Sayı:124, Ankara, 1946

<sup>4</sup> UZ, Behçet, Milli Sağlık Programı Ve Sağlık Bankası Hakkında Etüdler, Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Neşriyatı, No: 177, Ankara, 1954

merkezleri ve toplum sağlığı merkezleri de birbirini destekleyerek gelişen politika zincirini oluşturmaktadır.

Bu çalışmamızın amacı, olumlu veya olumsuz bir bakış açısının açmazına kapılmadan birinci basamak sağlık hizmetlerine ilişkin politika dönüşümlerini irdelemek ve aralarındaki geçişleri anlamaya çalışmaktır. Farklı zamanlarda farklı bakış açılarıyla ortaya konan ve bu süreçte kampaşma ve siyasal tercihlere ilişkin tartışmalar arasında yeterince bağımsız değerlendirilemediğini düşündüğümüz bu politikaların birbiri ile çatıştığı noktaların olması doğaldır. Ancak birbirinden etkilenmesi ve birçok olumlu birikimi birbirine miras bırakması da aynı derecede doğal olmalıdır. Çalışmada üzerinde durduğumuz bu yaklaşımın geleceğe yönelik sağlık politikalarının geliştirilmesinde olumlu katkı sağlayacağı düşünölmektedir.

Çalışmamızda kalitatif araştırma yöntemleri kullanılmış, doküman inceleme yöntemi ile veriler toplanmış ve verilerin analizi için içerik analizi yapılmıştır.

## TEMEL KAVRAMLAR

1948 Dünya Sağlık Örgütü Tüzüğü'nde sağlığın tanımı "Yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve zihinsel iyilik hali" olarak yapılmıştır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi bağlamında sağlık, soyut bir durumdan çok fonksiyonel terimlerle anlatılabilen bir sonuca ulaşma aracı olarak, insanların bireysel, sosyal ve ekonomik olarak verimli bir yaşam sürmesine izin veren bir kaynak olarak düşünülmektedir. Sağlık, günlük yaşam için bir kaynaktır, hayatın amacı değildir. Sosyal ve kişisel kaynakları ve fiziksel kapasiteyi öne çıkaran pozitif bir kavramdır<sup>5</sup>. İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (Rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler sağlık hizmetidir.<sup>6</sup> Başka bir deyişle sağlık hizmeti kişilerin ve toplumların sağlığını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumların sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüdür.<sup>7</sup>

Sağlık hizmetlerinde birinci amaç sağlığı korumak, ikinci amaç erken tanı ve tedavi, üçüncü amaç ise rehabilitasyondur. Bu üç amaç sağlık hizmetlerinde Koruyucu Sağlık Hizmetleri, Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri ve Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri kavramları ile tanımlanmaktadır.<sup>8</sup>

Koruyucu Sağlık Hizmetleri, kişiyi ve toplumu hastalıklardan korumak için yapılan örgütlü uygulamalardır.<sup>9</sup>

Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri, bir kişideki hastalığın belirtilerini hafifletmek ya da yok etmek, hastalığın ilerlemesini önlemek, hastalığı geriletmek ya da tümüyle ortadan kaldırarak hastayı sağlığına kavuşturmak amacıyla yapılan her türlü işlemdir. Tedavi edici sağlık hizmetleri üç basamak biçiminde yapılabilir. Birinci basamak

---

<sup>5</sup> Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi. DSÖ, Cenevre, 1986

<sup>6</sup> 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun

<sup>7</sup> ÖZTEK, Zafer, "Sağlıkta Kavramlar, Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri", Yeni Türkiye Dergisi, cilt 7, sayı 3, Mayıs-Haziran 2003, s. 295

<sup>8</sup> BUĞDAYCI, Resul; ŞAŞMAZ, Tayyar; AYDIN, Süha, "Temel Sağlık Hizmetlerinin anlamı ve Bütünlüğü" Yeni Türkiye Dergisi, cilt 7, sayı 3, Mayıs-Haziran 2003, s 174

<sup>9</sup> ÖZTEK, Zafer, Halk Sağlığı Sözlüğü,1.baskı, T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü,1998,s.331

sağlık hizmetleri, bir ülkedeki sağlık sisteminde hastalıkların tanı ve tedavisi için ilk başvuru yeri olarak örgütlenmiş olan muayenehane, sağlık ocağı, aile sağlığı birimi gibi genellikle ayakta tanı-tedavi hizmetlerinin verildiği birimleri ifade etmektedir. Birinci basamak, ayakta tanı ve tedavi hizmetlerine ek olarak bireye yönelik bazı koruyucu hizmetleri de kapsamı nedeniyle çok zaman ve yanlı olarak “Temel Sağlık Hizmetleri” kavramı ile aynı anlamda kullanılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1978 yılında Alma-Ata Bildirgesi ile tanımlanan Temel Sağlık Hizmetleri, bir ülkede vatandaşların tamamına, yaygın biçimde ve yaşadıkları yerin yakınında sektörler arası işbirliği ve vatandaşın katılımı ile sunulması gereken ülke koşullarına göre değişebilmekle birlikte “en az”ı belirlenmiş olan bir hizmet paketini ifade ederken, “birinci basamak” o ülkenin tedavi edici hizmet sunumunda ilk başvuru yerini ifade eden bir kavramdır. Yani *birinci basamak hizmetler, temel sağlık hizmetleri paketinin içinde yer alan bir grup hizmetin adıdır.*<sup>10</sup> Türkiye de aile hekimliği sistemine geçiş yapılırken Birinci Basamak Sağlık Kuruluşunun tanımı şöyle yapılmıştır: hastane müdahalesi gerektiren acil durumlar (trafik kazası, travma, kalp krizi vb) dışında, hastanın ilk temasa geçtiği sağlık personelinin bulunduğu ve genellikle kişinin yaşadığı toplumsal çevre içinde bulunan sağlık kuruluşudur.<sup>11</sup> Kişilerin birinci basamakta teşhis veya tedavi edilemeyen hastalıkları nedeniyle, birinci basamaktan sevk edilerek sağlık sorunlarına çözüm getirmeyi amaçlayan, belli dallarda uzmanlaşmış hekimlerin görev yaptığı, teknik donanımı yüksek, yataklı veya yataksız sağlık tesisleri ikinci basamak olarak nitelendirilmektedir. Üçüncü basamak sağlık kuruluşları da, ana dallar veya yan dallar konusunda sağlık ve eğitim hizmetinin yürütüldüğü, genellikle ikinci basamaktan sevk ile gelen hasta grubuna hizmet vermeyi hedeflemiş üst düzey sağlık kuruluşlarıdır.<sup>12</sup>

Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri ise, fiziksel ya da zihinsel bir sakatlığı olan kişilerin kendi kendilerine yeter duruma mümkün olduğu kadar gelebilmeleri

---

<sup>10</sup> HAYRAN, Osman, “Kısırlaşan Dilimiz Ve Tartışılmayan Sağlık Politikaları”, <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/415/Kisirlasan-dilimiz-ve-tartisilamayan-saglik-politikalari.aspx>, Erişim Tarihi: 07.08.2015

<sup>11</sup> AYDIN, Sabahattin, “Aile Hekimliği Türkiye Modeli” T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara 2006, s:43

<sup>12</sup> AYDIN, a.g.e., s. 46

için gereken tıbbi, psikolojik, sosyal evde eğitim çalışmalarının bir hekim rehberliği altında bir ekip tarafından sunulması hizmetleridir.<sup>13</sup>

Dünya Sağlık Örgütüne göre sağlık politikası, sağlıkla ilgili konularda, amaçların, hedeflerin, önceliklerin saptanması ve bunlara başarılı şekilde ulaşılması için yapılması gerekenler konusunda varılan uzlaşma veya anlaşmadır.<sup>14</sup> Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda ülkemiz sağlık politikası: "Sağlık programında ana ilke halkın sağlık seviyesini yükseltmektir. Bu amaçla planda halk sağlığı (Koruyucu hekimlik) hizmetlerinin geliştirilmesine öncelik verilmiştir."<sup>15</sup> şeklindedir. Ancak Planın hazırlandığı dönemde politika kavramının sağlıkta kullanıldığını söylemek zordur.

Nusret Fişek, entegre sağlık hizmetini "Kişiyeye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri ile ayakta ve evde hasta tedavisi hizmetleri bir arada verilmesi olarak tanımlamaktadır.<sup>16</sup> Fişek'e göre, entegre örgütlenme modelinin en basiti çağdaş aile hekimliğidir. Çağdaş aile hekimi, ailedeki çocukların periyodik muayenelerini ve aşılarını yapar. Annelere çocuk bakımı öğretir. Yaşlıların -varsa gebelerin- periyodik muayenelerini yapar ve gereken önerilerde bulunur. Fişek, entegre örgütlenme biçiminin az gelişmiş ülkeler için daha gerçekçi bir modelinin ise sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde öngörülen ekip hizmetleri olduğunu belirtmiştir.<sup>17</sup>

Dünya Aile Hekimleri Örgütü'nün (WONCA) bölgesel kolu olan WONCA Avrupa (Avrupa Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Topluluğu)'nın 2002 yılında yayınladığı bildirgeye göre Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Disiplini ve Uzmanlığının tanımı "kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlık dalıdır." şeklindedir.<sup>18</sup>

---

<sup>13</sup> ÖZTEK, a.g.e., s. 404

<sup>14</sup>World Health Organization. Health 21: the health for allpolicy framework for the WHO European region. Copenhagen:WHO Regional Office for Europe; 1999. p. 2—3.

<sup>15</sup> T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşikati,"Kalkınma Planı(Birinci Beş Yıl)" Ocak,1963,s 406

<sup>16</sup> FİŞEK, Nusret, "Halk Sağlığına Giriş", Hacettepe Yayınları, Ankara, 1985, s:115

<sup>17</sup> FİŞEK, a.g.e, s:115

<sup>18</sup> BAŞAK, Okay, "Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı", " The European Definition of GP / FM", Erişim

<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20Turkish%20version.pdf>, 14.09.2015

## 1. BÖLÜM

### 1945-1960 YILLARI; SOSYALLEŞMEYE GİDERKEN

Sağlıkta sosyalleştirme diye adlandırdığımız ve 224 sayılı Kanunla oluşturulan ve özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin entegre olarak örgütlenmesini hedefleyen yapılanmayı 1960 'lı yıllardan başlatmak politikaların bu noktaya ulaştığı serüveni görmemize engel olacaktır. Şüphesiz ki, temel sağlık hizmetine odaklı olarak yerleştirilmeye çalışılan sağlıkta sosyalleştirme hareketi, politikalarımızın önemli bir dönüm noktasını oluşturmaktadır. Ancak bu noktaya gelinceye kadar verilen uğraşlar göz ardı edilemez. Refik Saydam'ın Sağlık Bakanlığı yaptığı dönemlerdeki “hıfzıssıhha” merkezli politikalar ve ardından Behçet Uz'un farklı dönemlerde hayata geçirmeye çalıştığı plan ve programlar konunun aydınlatılması bakımından büyük önem taşımaktadır. Bu politikalar arasındaki merkezîyetçi ve ademi merkezîyetçi yaklaşım farklılıklarını öne çıkarıp aralarındaki ortak çizgiyi atlamak doğru bir yaklaşım olmasa gerektir. Bu bölümde genellikle yasalaşamamıştır diye geçiştirilen ve teorik arka planında oldukça detaylı çalışıldığı anlaşılan Milli Sağlık Planı ve Milli Sağlık Programı üzerinde durulmaktadır. Zira entegre birinci basamak yapılanmasından sağlık bölgelerine, bu bölgelerde hastane yapılanmalarına ve hatta genel sağlık sigortasına kadar günümüz sağlık politikalarında önemli yer tutan unsurları bu çalışmalarda görmek mümkündür.

#### 1.1. Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı

Dönemin Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı Dr. Behçet UZ liderliğinde hazırlanmış ve Yüksek Sıhhat Şurasının 15/16 Kasım 1946 tarihli toplantılarında incelenerek onaylanmıştır. Sağlık Bakanı Behçet Uz tarafından 12 Aralık 1946'da açıklanmıştır. Ancak, yoğun bir çalışmayla hazırlanan bu plan kanunlaşmadan, Behçet Uz, Sağlık Bakanlığında ayrılmak durumunda kalmıştır. Yaklaşık 1,5 yılda kanun tasarısı haline gelen Milli Sağlık Planı, Dr. Behçet Uz, Hasan Saka Hükümeti'nde de (10.8.1947/10.6.1948) Sağlık Bakanı olunca “Bakanlar Kurulu'nda ve Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin dört komisyonunda görüşülüp kabul edildiği halde, Hükümet değişikliği nedeniyle kanunlaşamamıştır. Yeni Sağlık Bakanı olan

Dr. Kemali Beyazıt tarafından da, plan geri çekilmiştir. Planda öncelikle 6 başlıkta kısa bir özet yapılmış, ardından konu başlıkları detaylandırılarak işlenmiştir. Planın tamamı 61 sayfa olup, sonuna ülkemizi “7 Sağlık Bölgesi” olarak planlayan bir harita da eklenmiştir.<sup>19</sup> Planın hedeflerinin sıralandığı giriş kısmında, Cumhuriyet idaresinin Milli sağlığın yararına yaptırdığı birçok yeni hastane ve halk sağlığı mücadelelerini şükranla anılmış, ancak bunların bütün halkın, özellikle köylerdeki vatandaşların ihtiyaçlarını karşılayamadığı belirtilmiştir. İkinci Dünya Savaşından sonra bütün dünyada değişmiş olan yaşam şartları ve gereklilikleri, sağlık konusunu ön plana çıkarmıştır ki, sağlık konusunda eskiden beri ileride olan ülkelerde bile bu yeni ihtiyaçlar ve tedbirlerin alınmaya başlandığı belirtilmektedir. Köylerimize kadar memleketin her köşe ve bucağındaki halkımızın türlü sağlık ihtiyaçlarını çabuk ve iyi karşılayabilmek gibi pek önemli bir davayı on senelik bir “Milli Sağlık Planı” ile ele almak mecburiyetini duyduklarını belirtmişlerdir. Planın hedefleri:

“1. Bugünkü dünyada büyük bir mevki kazanan ve müspet neticeleri açıkça belirlenen koruyucu hekimlik teşkilatını kurmak ve yaymak.

2. Köy ve köylülerimizi sağlık teşkilatına kavuşturmak.

3. Mevcut sağlık personelini ve yenilerini günün ihtiyaçlarına göre yetiştirmek.

4. Mevcut hastaneleri ve diğer sağlık müesseselerini ilmin ve zamanın yeni icaplarına uygun hale getirmek.

5. Bütün illerimizi içine almak üzere yurdumuzun lüzumlu bölgelerinde personel ve teşkilat bakımından tam sağlık tesisleri kurmak.

6. Bu işleri en verimli bir tarzda gerçekleştirmek için de Milli Sağlık Bankası ve Sağlık Sandıkları kurmak.” şeklinde sıralanmıştır.<sup>20</sup>

Planın ana hatları incelendiğinde, birinci madde olarak koruyucu hekimliğin temelinden söz edilmektedir. Hastalıklardan korunma, sağlık eğitimi, nesil hijyeni,

---

<sup>19</sup> DEMİREL, Hüseyin, “Çok Partili Siyasi Hayata Geçerken Sağlık Politikaları”, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, Sayı 8, 2008, s.8.

<sup>20</sup> Uz, Behçet, Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı, İdeal basım ve Ciltevi, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Sayı:124, Ankara, 1946



genel ve sosyal hijyen, fert, çocuk, okul, spor ve iş hijyenleri planda belirtilen koruyucu hekimliğin başlıca konularıdır.<sup>21</sup>

Koruyucu hekimliğin Sağlık Planındaki yeri ve millete sağlayacağı yararlar için örnekler verilmiştir.

İlki çocuk bakımınıdır. İmkânsızlıklar yüzünden çocuk bakımının önemle ele alınamadığı, bu sebeple doğan çocukların büyük bir kısmının öldüğü, halbuki anne karnından başlayarak koruyucu tedbirlerle bu ölümlerin önüne geçilebileceği belirtilmektedir. Bunun içinde yurdun çeşitli yerlerine çocuk yuvaları, doğum evleri, çocuk hastaneleri ve kimsesiz çocuklar için yurtların açılacağı, süt ve diğer çocuk gıdaları ile de uğraşılacağından bahsedilmektedir.<sup>22</sup>

İkincisi hastalıklardan korunmadır. Koruyucu hekimliğin tam ve verimli bir biçimde uygulanmamasından her sene birçok kişinin sosyal ve bulaşıcı hastalıklar sebebiyle kaybedildiği, ancak, köy ve şehirlerde sıhhileştirme işlemleri, bataklıkların kurutulması, umumi aşı tatbikatı ve gerekli diğer koruyucu tedbirlerin zamanında alınarak tifüs, tifo, dizanteri, sıtma, verem, çiçek, trahom frengi gibi hastalıkların önlenilebileceği ve memleketin nüfus, kudret ve kabiliyetinin artırılacağı belirtilmektedir.

Milli Sağlık Planında, verem hastalığına özel bir önem verilmiştir. Sıtmayı tamamen ortadan kaldırmak için sıtma savaş teşkilatını kuvvetlendirmek, bataklıklar kurutmak, çalışmalar düzenlemek ve sıtma bölgelerinde tropikal enstitülerin açılmasını sağlamak hedeflenmiştir. Bunların yanı sıra, trahom hastalığının yayılmasını önlemek için göz mütehassıslarının sayılarının çoğaltılması, bir enstitü açılması ve tedavinin yerinde ve köylerde düzenli yapılması, halkın bilgilendirilmesi amaçlanmaktadır.<sup>23</sup>

Üçüncü olarak üzerinde durulan konu sağlık terbiyesi ve propagandasıdır. “Hastalıklar, bulaşma tarzları ve vahametlerinin halk tarafından anlaşılması için sağlık filmleri ve radyo programları yapılacaktır” ifadesine yer verilmiştir.<sup>24</sup>

---

<sup>21</sup> UZ, a.g.e., s. 7.

<sup>22</sup> UZ, a.g.e., s. 8.

<sup>23</sup> UZ, a.g.e., s. 9-11

<sup>24</sup> UZ, a.g.e., s. 12

Planın ikinci maddesi “Köy ve köylülerimizi sağlık teşkilatına kavuşturmak” tır. Nüfusun yüzde yetmiş beşini teşkil eden köylülerin hem nüfus artışı hem de üretimleri ile ülke için önemli oldukları halde sağlık yönünde mahrum olduklarına vurgu yapılmaktadır. Bu maddeye göre, “Sağlık teşkilatlarının köylünün ayağına götürülmesi zorunludur. Köylere doğru yapılacak sağlık teşkilatının en uç kademesi köy sağlık memurları ve köy ebeleri olacaktır. Her on köye bir köy sağlık memuru ve ebesi verilecektir. Her sene 400 sağlık memuru ve ebe yetiştirmek üzere on sene sonunda 4000 köy sağlık memuru ve ebesi yetişmiş olacaktır. Bunlar Köy Sağlık Merkezlerinin emri ve kontrolünde çalışacaklardır. Ortalama her 40 köy için on yataklı bir köy sağlık merkezi açılacaktır. Bu merkezlerde iki doktor, bir ebe, bir sağlık memuru ve bir de ziyaretçi hemşire bulundurulacaktır. Bu personel, bölgelerinde koruyucu hekimliğin tüm icaplarını yaptıkları gibi küçük tedavi ve doğum işlerine bakacaklar, ameliyat ve uzun tedavi isteyen hastaları motorlu ve motorsuz araçlarla il ve ana bölge merkezlerine gönderilmesini sağlayacaklardır.”<sup>25</sup>

Üçüncü madde olarak mevcut sağlık personelini ve yenilerini günün ihtiyaçlarına göre yetiştirmek planlanmaktadır. Milli Sağlık Planının gerçekleştirilebilmesi için önemle personel durumuna vurgu yapılmaktadır. Mevcutta 4590 sivil hekimin bulunduğu, bu sayının genel nüfusa oranlandığında 4000 kişiye bir hekim düştüğü ancak gerek nüfusun gerek ülke yüzölçümünün büyük olması ve hekimlerin özellikle büyük şehirlerde toplanması sebebiyle bu oranın hiç olmazsa 2000 kişiye bir hekim düşmesi gerekliliği belirtilmektedir. Bunun için de hekim sayısının bir an önce artırılmasının gereği üzerinde durulmaktadır. Bu amaçla Tıp Fakültelerinin artırılması ve bu fakülterlere gireceklerin sayısını artırmak amacıyla öğrenciler için gerekli kolaylıkların sağlanması zorunlu olduğuna değinilmektedir.

Özellikle merkezde, bütün yurdun sağlık işlerini düzenleyecek hijyen uzmanları ve epidemiyologlar, hijyen laboratuvarlarında çalışacak bakteriyologlar, frengi, trahom, verem, sıtma gibi hastalıklarla savaş ile ilgili uzmanların yetiştirilmesine öncelik verilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bununla birlikte hekim dışı sağlık personeli konusunda da ciddi eksiklikler olduğu ve bu konuda da önlemler alınması gerektiği de belirtilmiştir. Mevcut sağlık personeli sayıları: 1085 diş tabibi, 1635 ebe, 2197 sağlık memuru, 475 hemşire, 600 köy sağlık memuru, 730 köy ebesi

---

<sup>25</sup> UZ, a.g.e., s. 14

olarak belirtilmiştir. Sayıların yetersiz olduğu ve bu personel ihtiyacının karşılanması için sağlık memuru, ebe, hemşire ve laborant okulları açılması hedeflenmektedir.<sup>26</sup>

Dördüncü madde, “Mevcut müesseseleri ve diğer sağlık tesislerini ilmin ve zamanın yeni icaplarına uygun bir hale getirmek” şeklindedir.

Plana göre mevcut hastane ve diğer sağlık kurumlarının birçoğu bina, malzeme ve fenni teçhizat bakımından yetersiz bir durumdadır. Özel idareler ve belediyelerin elindeki hastanelerin hemen hepsi acınacak bir haldedir. Her bakımdan bugünün ihtiyaçlarını karşılayamayan bu hastanelere müracaat eden hastaların birçoğu ya kısa ve noksan bir tedavi görmekte veya büsbütün açıkta kalmaktadırlar. Plana göre bu sebepler dolayısıyla hastanelerin ilmin ve zamanın yeni icaplarına uygun bir hale getirilmesi bir zorunluluktur. Bu amaçla plan dâhilinde yurttaki bütün özel idare ve belediye hastaneleri Sağlık Bakanlığı eline alınacak ve Bakanlığın diğer sağlık tesisleriyle birlikte her bakımdan tekemmül ettirilecektir.<sup>27</sup>

Beşinci madde, “Bütün illerimizi içine almak üzere yurdumuzun yedi bölgesinde personel ve teşkilat bakımından birer Tıp Fakültesine çekirdek olabilecek kudrette ve her türlü sıhhi ve sosyal ihtiyaçları karşılayacak şekilde yeni tesisler kurmak ve işletmek” şeklindedir. Planda, askeri hastaneler hariç, devlet, özel idareler, belediyeler, azınlıklar, dernekler ve şahıslara ait hastanelerde 16,364 yatağın mevcut olduğu belirtilmektedir. Diğer bazı ülkelerle kıyaslandığında bizdeki hasta yatak sayısının az olduğu ortadadır. Bu hastanelerin çoğunun büyük şehirlerde toplanmış olduğu belirtilmiştir. Örneğin sadece İstanbul’daki hasta yatağı sayısının 7.500 olduğu buna karşın birçok ilde bulunan hastanelerin gerek yatak sayısı ve gerekse fenni teçhizat bakımından çok yetersiz bir durumda olduğu vurgulanmıştır. Plana göre bu durum vatandaşlara büyük ıstıraplar ve mahrumiyetler yüklemektedir. Bunu önlemek için sağlık teşkilatının yurdun uygun bölgelerine dağıtarak her yönden ihtiyaca cevap verecek bölge tesislerin vücuda getirilmesi gerekliliği vurgulanmıştır.

Bu sorunun çözümü konusunda ise ülkenin sağlık örgütlenmesi bakımından coğrafi durumuna göre yedi ana bölgeye ayrılması planlanmıştır. Her bölgede kurulması planlanan 21 sağlık ve sosyal yardım kurumu ulaştırma kolaylıkları, iklim icapları ve sosyal şartlar göz önünde bulundurularak yapılacak uzun incelemelerden

---

<sup>26</sup> UZ, a.g.e., s. 15-16

<sup>27</sup> UZ, a.g.e., s. 16-17

sonra bu bölge sınırları içindeki şehir ve kasabaların en uygun görülen yerlerinde tesis olunacaklardır. Bu kurumlar bir taraftan da vilayetlerdeki tali merkezlerin en kuvvetli yardımcıları olarak çalışacaklardır.<sup>28</sup>

Bu yirmi bir sağlık ve sosyal yardım kurumu<sup>29</sup>:

I) Bölge Genel Hastaneleri: Ana bölgelerde geniş bir muhitten ve vilayetlerden gelecek hastaları kabul etmek üzere 500 yataklı ve tam teşkilatlı ana hastanelerin kurulması

II) Akıl ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri: Yatak eksikliği yüzünde halk arasında gelişigüzel dolaşarak her an tehlike ve ıstırap unsuru teşkil eden akıl hastaları için her bölgede 300 yataklı akıl ve sinir hastalıkları hastanelerinin kurulması

III) Çocuk Hastalıkları Hastaneleri: Çocuk ölümlerinin önüne geçebilmek için yedi ana bölgenin her birinde 300 yataklı çocuk hastanelerinin kurulması

IV) Çocuk Yuvaları: Çalışmak zorunda olan annelerin çocukları için gündüz bakım evleri ve kreşlerin kurulması

V) Doğumevleri: Yedi ana bölgenin her birinde 200 yataklı doğum evleri kurulması

VI) Verem Dispanserleri: Verem ile savaşta büyük önemi olan dispanserler kendi bölgelerindeki halkın sağlığı, veremlinin teşhisi, yönlendirmesi, tedavi sonrası takibinin yapılması için her ilde birer verem dispanserinin kurulması

VII) Prevantoryumlar: Verem ile savaşta çocuk ve kapalı veremliler için her bölgenin en elverişli yerine 100 yataklı prevantoryum kurulması

VIII) Sanatoryumlar: Her bölgenin iklim, yol ve hava şartları müsait olan yerlerinde 300 yataklı birer sanatoryum açılması

IX) Verem Hastaneleri: Tedavi imkânlarını kaybetmiş veremli hastalara son bir yardım olmak ve hastanın etrafındakileri veremden korumak maksadıyla her bölgede ihtiyaca göre 250-300 yataklı birer verem hastanesinin kurulması

---

<sup>28</sup> UZ, a.g.e., s. 18-19

<sup>29</sup> UZ, a.g.e., s. 20-35

X) Frengi Savaşı ve Zührevi Hastalıklar Dispanseri: Gerek bölge, gerekse bu bölgelere giren il merkezlerinde, ilçe ve köylerde zührevi hastalıklar savaşını da üzerine alacak sağlık merkezlerini desteklemek ve zaman zaman gereken yerlerde taramalar yapmak üzere her biri 20 yataklı birer zührevi hastalıklar dispanseri kurulması

XI) Dinlenme Yurtları: Hastane tedavisini geçirdikten sonra kuvvetlendirilmesi ve dinlenmesi gereken nekahatlılara, sinir ve ruh arızaları gibi tedaviden öte dinlenme gerektirenler için dinlenme yurtlarının açılması

XII) Yaşlılar ve Düşkünler Yurdu: yaşlanmış veya herhangi bir sebeple iş göremeyecek duruma girmiş kişiler için her bölgede belirlenecek ihtiyaca göre düzenlenecek yataklı kurumların kurulması

XIII) Dilsiz ve Körler Kurumu: Her bölgede 100 kişilik konuşma ve işitme duygularından mahrum kişiler için Dilsiz ve Körler Kurumlarının kurulması

XIV) Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklar Hastaneleri: Her bölgede 100'er yataklı bulaşıcı ve salgın hastalıklar hastanesinin kurulması

XV) Tropikal Enstitüler: Yurdun en sıcak bölgelerini teşkil eden bölgelerinde ilmi araştırmalar yapmak, epidemiyolojik tetkiklerde bulunmak, konu ile ilgili sağlık personeli yetiştirmek amacıyla Tropikal Enstitüler kurulması

XVI) Sağlık Memurları, Hemşire ve Ebe Okulları: Sahada eksik olan yetişmiş, olgun ve bilgili yardımcı elemanların yetiştirilebilmesi amacıyla Sağlık Memurları, Hemşire ve Ebe Okullarının kurulması

XVII) Bölge Hijyen Enstitüleri: Bakteriyolojik ve serolojik tahliller, şimik ve biyolojik tahliller, yiyecek ve içecek maddelerinin muayene ve kontrolleri, bölgenin bulaşıcı hastalıklar durumuna göre epidemiyolojik ve hijyen bakımında araştırmalar yapmak üzere Bölge Hijyen Enstitülerin kurulması

XVIII) Sağlık Müzeleri

XIX) Yıkınma ve Temizlenme Yeri

XX) Personel Lojmanları

XXI) Sağlık Merkezleri: Planda, sağlık merkezlerinin pek çok ileri memleketlerdeki koruyucu hekimlik üzerindeki önem vurgulanmış ve yapılan sağlık inkılabının temel taşı olduğu belirtilmiştir. Her kırk köyde bir tane açılması planlanan sağlık merkezleri, kuruldukları yerlerde yaşayan bütün halkı fert ve aile olarak, tuttuğu sosyal ve tıbbi fişlerle tanıyacak ve onları sosyal ve sağlık bakımından inceleyecektir. Sağlık merkezi, bölgesinin bütün sağlığını korumakla görevlendirilmiştir. Böylece de planda, sağlık merkezlerinin kurulacağı yerlerde sosyal ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele eden diğer kurullara gerek kalmayarak hem personel hem de masraf tasarrufu sağlanacağı belirtilmiştir.<sup>30</sup>

Sağlık merkezlerinin çalışma programlarının ana hatları:

- Anne ve çocuk himaye ve hijyeni
- Fert hijyeni
- Bulaşıcı ve salgın hastalıklardan korunma
- Keyif verici zehirlerle mücadele ve sosyal hijyen
- Okul ve okul çocukları hijyeni
- Sıhhileştirme işleri

-Halkın sağlık ve yaşama bilgilerini kuvvetlendirmek ve zararlı göreneklerini kırmak ve düzenlemek için film, ders, gösteri, ziyaretçi öğütleri ve her türlü vasıtalarla istifade ederek aydınlatma.

-Yukarıda sıralanan koruyucu hizmetlerin görülmesi sırasında rastlanacak her türlü hastalıkların tedavisini elindeki imkânlar ve yetkisi oranında sağlamaktır.<sup>31</sup>

Hastaların zaman kaybetmeden uzman hekim bakımına ve bölge merkezlerinin çeşitli sağlık kurumlarında yatırımları hedeflenmektedir. Özellikle verem ve zührevi hastalıklarla diğer sosyal hastalıklar fert sağlığını ve milli sağlığı tehdit eden sıtma, trahom ve saire gibi konular da önemle ele alınacaktır

---

<sup>30</sup> UZ, a.g.e., s. 36-37

<sup>31</sup> UZ, a.g.e., s. 37-38

Sağlık merkezlerinin faaliyetlerine başladıkları günden itibaren, yurdun her köşesinde ve her bakımdan büyük bir sağlık kalkınması göze çarpacağı hedeflenmektedir.

Bu merkezler her bölgede nüfus ve köy sayısı ve bunlar arasında muvasala kolaylık ve imkânları göz önüne alınarak kurulacaktır.

Plana göre, sağlık merkezinin kuruluşunda müessese binasıyla, doktor evlerinin ve diğer personelin yatma yerleri de ele alınacak ve halkın münferit ve toplu bir halde temizlenmesi de sağlanacaktır.

On yılda gerçekleştirilecek olan planla, bir taraftan ana bölgelerdeki tesisler öte yandan sağlık merkezleri sayesinde hem ülke sağlığı bakımından büyük bir kalkınma elde edilecek hem de hastaların faydalanabilecekleri yatakların sayısı 10,000 kişiye 24 olmak suretiyle Balkan Devletlerinin yatak sayısına ulaşılacağı hedeflenmiştir.<sup>32</sup>

Ayrıca planda yeni tesisler dışında üzerinde durulacak konular olarak;

-Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Müessesesinin geliştirilmesi

-Müstahzarlar işi

-Kaplıca ve maden sularımız olarak belirlenmiştir.<sup>33</sup>

Milli Sağlık Planına göre yedi bölge ile köy gruplarındaki sağlık tesislerini on yıl içinde meydana getirilmesi planlanmaktadır. Planın ilk on yılında kırk köyde bir kurulması düşünülen sağlık merkezlerinin kurulması, ikinci döneminde bu merkez sayılarının artırılması ve ayrıca il merkezlerindeki sağlık kurumlarının parça parça nüfus yoğunluğuna göre ilçelere kaydırılması sağlanacak, bu şekilde yirmi yılda tüm yurttaki koruyucu ve tedavi edici hizmetler yayılmış olacaktır.<sup>34</sup>

Milli Sağlık Planının uygulanabilmesi için gerekli bütçenin yaklaşık altı yüz milyon lira olduğu planda belirtilmektedir. Planın para kaynakları olarak ise; 1947 Sağlık Bakanlığı bütçesi olan 41,807,455 liranın ancak o günkü hizmetin devamı için yeterli olabileceği, planın uygulanabilmesi için yeni para kaynaklarına ihtiyaç olduğunun zorunluluğu vurgulanmaktadır. Bu kaynaklar olarak Sağlık Sandığı ve

---

<sup>32</sup> UZ, a.g.e., s. 39

<sup>33</sup> UZ, a.g.e., s. 41-45

<sup>34</sup> UZ, a.g.e., s. 46

Sağlık Bankası kurulması kararlaştırılmış ve banka için özel bir de kanun tasarısı hazırlanmıştır.<sup>35</sup> Milli sağlık planı tamamlanmak üzere iken 1948 yılında Dr. Behçet UZ, bakanlıktaki görevinden ayrılmıştır. Yerine gelenler planın gerçekçi olmadığını ileri sürerek uygulama yönünde çaba göstermemişlerdir. Planın, TBMM’de ilk sunulduğunda övgü ile karşılandığı, ancak daha sonra yoğun eleştirilere maruz kaldığı ileri sürülmektedir.<sup>36</sup>

## 1.2. Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etüdler

Milli Sağlık Planının devamı niteliğinde olan bu program 8 Aralık 1954 tarihinde dönemin Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından açıklanmıştır. Programın tamamı 59 sayfa olup ilk otuz sayfasında Milli Sağlık Programı açıklanmakta, geri kalan sayfalarında ise gerekçeleriyle birlikte Milli Sağlık Bankası Türk Anonim Ortaklığı Kanunu Layihası anlatılmaktadır. Metnin sonunda Milli Sağlık Programına göre 16 Sağlık bölgesini gösteren bir harita da eklenmiştir.<sup>37</sup>

Bu programın esas prensipleri önsöz bölümünde aşağıdaki şekilde özetlenerek belirtilmiştir:<sup>38</sup>

1-Nüfusumuzun yuvarlak hesap yüzde 85’ inin yaşadığı kasaba ve köylerimizin umumi sağlığını korumak, kontrol altında bulundurmak ve gerekli tedbirleri süratle yerinde alarak hastalık ve ölümleri azaltmak üzere kazalarda, teşkilat halinde, müttehiden ve aynı hedefe müteveccihen çalışan bir sağlık idaresi kurulacaktır. Bu teşkilat, Sağlık Merkezlerinde toplanarak kâfi miktarda yatak ve elemanla mücehhez olacak ve böylece hem koruyucu hem de tedavi edici olarak çalışılabileceklerdir.

2-Vilayet hastanelerimiz, modern teçhizatla donatılmak ve yatak sayıları artırılmak suretiyle her bakımdan bugünkü terakki ve tekniğe ve aynı zamanda ihtiyaca uygun bir seviyeye eriştirilecektir.

---

<sup>35</sup> UZ, a.g.e., s. 52-53-

<sup>36</sup> ÖZDEMİR, Yusuf Ekrem, “Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları-Cumhuriyetin Kuruluşundan 1980’li yıllara Sağlık Politikaları”, Yeni Türkiye Dergisi, Sayı 39, Mayıs-Haziran 2001, s 263

<sup>37</sup> DEMİREL, Hüseyin, “Çok Partili Siyasi Hayata Geçerken Sağlık Politikaları”, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, Sayı 8, 2008, s.9-10

<sup>38</sup> UZ, Behçet, Milli Sağlık Programı Ve Sağlık Bankası Hakkında Etüdler, Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Neşriyatı, No: 177, Ankara, 1954, s. 3-4



3-Nüfusumuzun memleketimizin genişliğine nazaran az ve dağınık olması göz önünde tutularak yer yer tam teşkilatlı ve kifayetli sağlık bölgeleri kurulacaktır.

4-Nüfus gruplarını kütle halinde hasta etmekte ve büyük ölçekte öldürmekte en tehlikeli amil olan bulaşıcı hastalıklara karşı koruyucu tababet teşkilatının memleketin her tarafında faaliyete hazır olması için en yeni vasıta ve imkânlar temin edilecektir.

5-Halen hariçten getirildiği için hem pahalıya mal olan ve çok defa da bayatlayan çocuk mama ve gıdaları daha ucuz ve daha faydalı olarak memlekette imal edilecek ve bunların imalcilerine yardım olunacaktır.

6-Asırlardan beri memleketimize büyük bir nimet teşkil etmek üzere mevcut olduğu halde hassalarından layıkıyla faydalanılamayan kaplıca ve şifalı sularımız, modern su tedavisi tesisleri haline getirilerek halkımızın istifadesine arz olunacaktır.

Planda sağlık hizmetinin demokrasilerde önemi vurgulanmış ve hem devletin halka sağlık hizmeti sunmasının gerekliliği hem de vatandaşın en iyi sağlık hizmetini talep etmesi gerekliliğinden bahsedilmiştir.

Ülkede demokrasi rejiminin kurulması ile birlikte halk daha fazla talepte bulunmuş ve buna karşılık ta Devlet sağlık bütçesini artırmıştır.<sup>39</sup>

Plana göre bir memleketin ruhu ve en büyük varlık kaynağı nüfustur. Akıllı, bilgisi ve karakter bütünlüğü yerinde fertlerden teşekkül etmiş sağlam bir nüfus o memleket için paha biçilemez bir servettir. Bu da ancak o memleket halkının sağlık işlerinin düzenlenmesiyle mümkündür.<sup>40</sup>

Ülkenin kalkınmasında en önemli faktör olan sağlıklı nüfusun hızla artması için kapsamlı bir sağlık planına ihtiyaç olduğu ve günün şartlarının buna müsait olmadığı, halen faaliyette bulunan, gerek koruyucu gerekse tedavi edici sıhhi tesisler ne sayı, ne ihtiva ettikleri yatak ve ne de personel bakımından, birçok milletlerin kabul ettiği asgari ihtiyaç ölçülerine bile yaklaşmamış bulunmaktadır.

Milli Sağlık Programının mali yapısı incelendiğinde Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâletinin her yıl devlet bütçesinden kendisine tahsis edilen ödeneklerle günün tesislerini dahi yürütememektedir.<sup>41</sup>

---

<sup>39</sup> UZ, a.g.e., s. 8

<sup>40</sup> UZ, a.g.e., s. 8

<sup>41</sup> UZ, a.g.e., s. 18

Programın finansmanının sağlanabilmesi için iktisadi icaplara uygun, seyyaliyet ve serbestiyi temin bakımından hususi şahısların kurdukları bankalara benzeyen anonim şirket olarak Milli Sağlık Bankası kurulması gerektiği belirtilmektedir.

Milli Sağlık Bankası Türk Anonim Ortaklığı Kanun Layihası Gerekçesinde, Dünya Sağlık Teşkilatı Anayasasında sağlık kelimesi yalnız hastalık ve malullük geçirmek değil, ruhen, bedenen ve sosyal bakımdan huzur içinde yaşamak tarif edildiği, sosyal emniyet denen bu durumu sağlayabilmek için günün ileri memleketlerinde milli gelirin %6 sı ile %22 si arasında yıllık masraf yapıldığı vurgulanmaktadır. Ancak ülkemizde bu oran hiçbir zaman %5 ten yukarıya yükselmediği gibi hastane yatağı oranının da 1000 kişiye 1,3 gibi son derece düşük bir miktarda olduğu belirtilmektedir. Halkın sağlıkla yaşatılabilmesi için günün rayiciyle bir milyar 100 milyon Türk Lirası ve teşkilâtın sürdürülebilmesi için de 300 milyon Türk lirası harcamak gerekmektedir. Plana göre de bu parayı devlet bütçesinden temine imkân yoktur.<sup>42</sup>

Bankanın ilgileneceği belli başlı konulardan birisinin de sağlık sigortasını kurarak sigortalılara gerekli sağlık, gebelik ve analık yardımları ile ölüm yardımları yapmaktır.

Milli Sağlık Bankası Kanununun sağlık sigortasına dair hükümleri:

- a- Yurtta (Sağlık Sigorta Sandıkları) kurulmasına ve işletilmesine,
- b- Sağlık sigortasının ilgililerine, yani, mecburi ve ihtiyari sağlık sigortasına tâbi olanlara,
- c- Sağlık sigortasının mevzuuna ve sigortalılara temin edeceği menfaatlere,
- ç- Sağlık sigortasının sigortalılara yükleyeceği külfetlere,
- d- Sağlık Sigorta Sandıklarının işleme ve idare tarzına,
- e- Sağlık Sigorta Sandıklarını idare ve murakabe ile görevli olan Milli Sağlık Bankasının merkez idare organının mahiyet ve fonksiyonlarına,
- f- Banka ve sigorta sandıklarının muamelelerinde kanuni imtiyaz ve menfaatlerine ait bölüm ve hükümleri muhtevi bulunmaktadır, şeklindedir.<sup>43</sup>

---

<sup>42</sup> UZ, a.g.e., s. 31-32

<sup>43</sup> UZ, a.g.e., s. 33

Ayrıca, Bankanın gelirlerinin sigorta primleri ile sağlık kurumlarının hasta yatak, laboratuvar ve muayene ücretlerinden ibaret olmadığı, bunun yanı sıra bankanın kuracağı pastörize süt, diğer gıda maddeleri, tıbbi ilaçlar ve benzeri sağlık işleri ile ilgili tesislerin ve kaplıca işletmelerinin temin edeceği kâr ve bankacılık işlemlerinden elde edilecek gelirlerin de hastane ücretleri ve primlere eklendiği ve on yıl boyunca Milli Sağlık Programı uygulandığı takdirde hissedarlara ayrıca kâr payı dağıtılabileceği ve bu suretle devletin de büyük bir mali külfetten kurtulacağı öngörülmüştür.<sup>44</sup>

Bu program da Behçet Uz'un daha önce hazırladığı Milli Sağlık Planı gibi yasalaşamamıştır. Ne var ki, bu gayretli çabaların daha sonra yeni bir politika gibi sunulan sosyalleştirmenin siyasal ve toplumsal kabulünde önemli bir rol oynadığı açıktır. Hatta daha öteye giderek, gerçekte entegre sağlık örgütlenmesinin fikri alt yapısının Milli Sağlık Planı ve Milli Sağlık Programıyla oluşturulduğunu söylemek çok yanlış olmayacaktır. Sağlık Bankasıyla nasıl bir sağlık sigortacılığı fikri alt yapısının oluşturulduğu ayrı bir tartışma konusudur.

---

<sup>44</sup> TEKİN, Gürkan, Sıhhiye Ve Muavenet-İ İctimaiye Vekâleti'nden Sağlık Bakanlığı'na (1920-2000), Ankara Üniversitesi Türk İnkılâp Tarihi Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara,2011.s.102

## 2. BÖLÜM

### SAĞLIK HİZMETLERİNİN SOSYALLEŞTİRİLMESİ

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi, bu hizmetlerin bireyler için kişisel kazanç kaynağı olmaktan çıkarılmasını, var olan olanaklardan herkesin eşit şekilde yararlanmasını, sağlık hizmetinden yararlanmanın kişilerin parasal olanaklarıyla sınırlandırılmamasını, hizmetin devlet eliyle yürütülmesini ve belirli bir programa göre geliştirilmesini sağlayan bir düzenin kurulması anlamında kullanılmıştır.<sup>45</sup> Bir başka deyişle sosyalleştirme; halkın tamamına gelir düzeylerinden bağımsız bir şekilde belli mal ve hizmetlerden yararlanabilmeleri için eşit fırsatın verilmesidir. Bu kapsama başta eğitim ve sağlık girmektedir ve özellikle koruyucu sağlık hizmetleri birçok ülkede sosyalleştirme kapsamında yer almaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri sosyalleştirildiğinde toplumsal sağlık sorunlarının azalması ve bu sayede sağlık harcamalarının azalması ve tasarruf yapılması umulur.<sup>46</sup>

#### 2.1.Sosyalleştirme Döneminin Politik Durumu

27 Mayıs 1960 askeri darbesi ile Demokrat Parti iktidardan indirilmiş ve müdahaleyi yapan ordu ilk iş olarak anayasa değişikliğine gitmiştir.

25 Ekim 1961 tarihine kadar Türkiye Büyük Millet Meclisi kapalı kalmış, bunun yerine 12 Haziran 1960 tarihinde “Teşkilat-ı Esasiye Kanunu’nun Bazı Hükümlerinin Kaldırılması ve Bazı Hükümlerinin Değiştirilmesi Hakkında Geçici Kanun”un kabul edilmesi ile birlikte müdahaleyi gerçekleştiren subaylardan oluşan Milli Birlik Komitesi (MBK) yönetimi eline almış ve bu yönetim 6 Ocak 1961 tarihine kadar devam etmiştir. Bu tarihten itibaren de Milli Birlik Komitesi, Türkiye

---

<sup>45</sup> FİŞEK, Nusret, “Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları – I Sağlık Yönetimi” Özgür İnsan Cilt 6,sayı 46,1977(Erişim) [http://www.ttb.org.tr/n\\_fisek/kitap\\_1/23.html](http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/23.html), 10.Haziran 2014

<sup>46</sup> ALTAY, Asuman, “Sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni açılımlar ve Türkiye açısından değerlendirilmesi.” Sayıştay Dergisi, Sayı 64,2007,s.43-44

Büyük Millet Meclisi'nin yetkilerini yeni Anayasayı hazırlayacak olan Kurucu Meclis'e vermiştir.<sup>47</sup>

Halk oylaması 9 Temmuz 1961 günü yapılmış, geçerli oyların % 61,5'i "evet", % 38,5 "hayır" yönünde çıkmıştır.<sup>48</sup> Yeni Anayasa 20 Temmuz 1961 tarih ve 10859 sayılı Resmî Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir.

27 Mayıs 1960'ta yönetimi ele geçiren ordu Sağlık Bakanlığına Prof. Dr. Nusret Karasu'yu getirmiştir. Asıl dönemin önemli düzenlemelerini gerçekleştiren isim 15 Temmuz 1960'ta Sağlık Bakanlığı Müsteşarlığına getirilerek altı yıl bu görevi yerine getiren Doktor Nusret Fişek'tir. Fişek'in altı yıllık müsteşarlığı süresinde sekiz ayrı bakanın görev yapması siyasi istikrarsızlığın göstergesi iken, bürokratik anlamda istikrar ve devamlılığı göstermektedir. Nusret Fişek'in bu süre zarfında müsteşarlık görevinde etkin bir şekilde bulunması bürokratik devamlılığın politikaları belirlemesini sağlamıştır.<sup>49</sup>

## **2.2.224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun Fikrinin Ortaya Çıkışı**

Darbenin gerçekleştiği dönemde ülkedeki sağlık hizmetlerini ve hizmetlerin sosyalleştirmesi ihtiyacını Nusret Fişek şöyle anlatmaktadır: "*Kamu sektörüne dahil her kurumun ayrı bir sağlık örgütü kurması nedeniyle yatırım ve işgücü kaybına bağlı olarak Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (S.S.Y.B.) nin bile her önemli sağlık sorunu için ilçe ve köylere kadar uzanan birbirinden ayrı örgüt kurmuş olduğunu; sağlık personelinin ülke yüzeyinde adil bir oranda yayılmadığını; yatak sayıları az olduğundan, tedaviyi çok pahalıya mal eden yataklı kuruluşların kurulmuş olduğunu; hekimlerin yeni tıp görüşlerine uygun olarak toplumcu bir görüşle yetiştirilmediklerini; evde tedavi örgütünün planlanmadığını; tedavi hizmetiyle ana ve çocuk sağlığı gibi en önemli sağlık hizmetlerinin köylere kadar götürülmediğini; Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Merkez örgütünün hizmeti iyi bir şekilde*

---

<sup>47</sup> EROĞUL, Cem, "Anatüzeeye Giriş (Anayasa Hukununa Giriş)", İmaj yay. Ankara, 1995, s 214-216

<sup>48</sup> "Yüksek Seçim Kurulunun, Anayasanın Halkoyuna Sunulmasının Kesin Sonuçlarına İlişkin 19 Temmuz 1961 tarih ve 106 sayılı Kararı", *Resmî Gazete*, 20 Temmuz 1961, Sayı 10859

<sup>49</sup> Gürkan, a.g.e. s.118-119

yürütecek durumda olmadığını ve hizmetin merkezi yönetim sistemi yüzünden çok aksadığını görürüz.

*Bu durum, Cumhuriyet Hükümetlerinde sağlık yöneticilerinin hatalarından değil, bunların uymak zorunda oldukları yasa ve tüzüklerin yetersizliğinden ve hükümetlerin her tür faaliyeti içine alan iyi bir çalışma planı yapamamalarından ileri gelmiştir. Sağlık hizmetleri alanında bir atılım yapabilmek için hizmetleri bir elde toplamak; sağlık personelinin ülke yüzeyine dengeli dağılımına engel olan nedenleri gidermek; az sayıda yatağı bulunan tedavi kuruluşlarından vazgeçerek etkin müesseseler kurmak; yönetim sistemini bölgeselleştirmek ve köylere kadar ulaşabilen evde tedavi örgütü oluşturmak gerekiyordu. İşte sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki yasa bu gereksinimlerin ürünüdür.”<sup>50</sup>*

Muş ilindeki sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerini denetlemeye çıkan Müsteşar Nusret H. Fişek’in, Muş sağlık personeliyle yaptığı bir söyleşide Sosyalleştirme Kanunu’nun ortaya çıkışını da şöyle anlatmaktadır:“1960 yılı Temmuzunda Cumhuriyet gazetesinde Milli Birlik Komitesi üyeleriyle bir seri röportaj çıktı. Röportajda komite üyelerine, ülke için ne düşünüyorsunuz? Şu iş ne olacak gibi sorular soruluyordu. Bu arada Albay Sami Küçük demecinde, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin İngiltere’dekine benzer şekilde sosyalleştirilmesini ve herkesin sağlık hizmetlerinden yararlanmasını istediğini ve bu iş için çalışacağını söyledi.

*Bu demeci, o zaman sağlık bakanı olan Prof. Dr. Nusret Karasu’ya okudum ve “Hocam, bu çok ilginç bir görüş. Şimdiye kadar Bakanlığımız böyle bir girişime özendirilmemişti” dedim. “Kendileriyle görüş” yanıtını verdi. Bunun üzerine Sami Küçük’e bir mektup yazarak “Gazetede röportajda düşüncelerinizi okudum. Bu husus gerçekten önemli bir sorundur. İsterseniz görüşelim” dedim. Bir süre sonra, Komitenin Sosyal Komisyonundan Muzaffer Özdağ imzasıyla bir mektup geldi. Bu mektupta “sağlık hizmetlerinin devletleştirilmesini kararlaştırdık. Bu hususta bize bir rapor hazırlayınız” deniliyordu. Doğal olarak bu iş üzerinde düşünmeye başladım. Ne şekilde bir rapor hazırlanacak? Sosyalleştirme ya da devletleştirme ne şekilde yapılacak? Bunları öğrenmem gerekiyordu. Çünkü, bu tür bir hizmet, değişik ülkelerde çeşitli şekillerde uygulanıyordu. Bunları belirlemek üzere telefon edip*

---

<sup>50</sup> FİŞEK, Nusret, Sağlık Dergisi, 37: Sayı:3, Mart 1963

randevu aldım, gittim ve konuştum. Baktım devletleştirmeyi istiyorlar ama bu konuda yeterli bilgiye sahip değiller. Sonunda Muzaffer Özdağ, “Efendim mademki değişik sistemler vardır, siz bu hususları belirleyen bir rapor hazırlayın” dedi.

Bunun üzerine bir rapor hazırladık. Bu raporda İngiltere, İsveç ve değişik ülkelerin sağlık sistemlerini kısaca açıkladık. Raporun son bölümünde hekimlere yeterli bir ücret ödenmesini, devlet hizmetinde çalışan hekimlerin muayenehane açmamarı ilkesinin kabulünü, halkın hekimini seçmekte serbest olmasını, hekimlerin ister sosyalleştirmede isterse serbest hekim olarak çalışmasının sağlanmasını, ana ilke olarak koruyucu hizmetlere önem verilmesini, köy ve kentlerde şu anda bulunmayan örgütün kurulmasının gerektiğini açıkladık.

Bu raporu gönderdikten sonra uzun süre ses çıkmadı. Bir gün, Bakan Nusret Karasu beni çağırttı ve “Rapor görüşüldü, komite bu raporu beğenmedi. Bir plan istiyorlar” dedi. “Hocam” dedim “iyi ama bir plan ve programa başlayabilmek için bunun finansmanının çözümlenmesi gerekir. Ne kadar para verecekler? Finansman kaynaklarına biz karar veremeyiz” deyince “Böyle söylediler” demekle yetindi. Bunun üzerine A, B, C planı şeklinde 3 değişik plan hazırladık. A planı bugün uygulanan plandır. B planında, Bakanlığın bundan önce uygulamaya başladığı sağlık merkezleri programı var. “Bu sağlık merkezlerine hekimli, taşıt araçlı, hemşireli ve sağlık memurlu gezici köy ekipleri verelim, bu ekipler ilçenin büyüklüğüne göre 1, 2 ya da 3 tane olabilir. Ekip personeli ilçe merkezinde oturur ve düzenli olarak köy gezileri yapar” önerisinde bulunduk. C planında ise bunların tahmini finansmanını belirttik. Buna da para yetmiyorsa, sadece doğu bölgesindeki 20 il için bir plan önerdik. Aradan bir süre geçti. 1960 Ekim ayında bir gün Suphi Gürsoytrak geldi. “Doktor, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi için yasa tasarısı hazırlayalım” dedi. “Hazırlayalım ama hangi planı uygulayacaksınız?” soruma, “Karar verdik A planını uygulayacağız” dedi.”<sup>51</sup>

Yukarıda anlatılanlardan çıkarım yaparsak sözü edilen A planına göre ilkeler şöyledir :

- 1- Hekimlerin ücretinin artırılması

---

<sup>51</sup> Nusret Fişek, “Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları III” [http://www.ttb.org.tr/n\\_fisek/kitap\\_3/38.html](http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_3/38.html) Erişim tarihi: 10.05.2015

- 2- Sosyalleşmenin bir sistem olarak ele alınması ve bu sisteme dahil olan hekimlerin tamgün süreyle istihdamı
- 3- Sistem dışında kalan hekimlerin serbest meslek icra edebilmesi
- 4- Halkın hekim seçme özgürlüğünün temini
- 5- Koruyucu hizmetlere önem verilmesi
- 6- Köy ve kentlerde yaygın entegre sağlık örgütlenmesinin yapılması
- 7- Bunun için gerekli mali kaynağın devlet tarafından ayrılmasıdır.

Bu ilkelerin daha detaylı bir şekilde kanunun gerekçe metninde yer aldığını görüyoruz.

### **2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunun Gerekçesi**

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında kanun çıkarmaktaki gaye Türk toprakları üzerinde yaşayan herkesin ruh ve beden sağlığını korumak, bütün gayretlere rağmen hasta olanlara ırk, cins, mezhep, sınıf ve yaş farkı gözetmeksizin eşit tedavi imkânları sağlamaktır.<sup>52</sup>

Kanunun gerekçesinde memleketin sağlık durumuna göre acilen halledilmesi gereken sağlık meseleleri şu şekilde sıralanmıştır.<sup>53</sup>

1- Köylerdeki sağlık hizmeti: Nüfusun %80'nini oluşturan köylünün ayağına götürülmüş bazı koruyucu hekimlik hizmetleri haricinde başka sağlık hizmeti hemen hemen yok gibidir.

2- Halk sağlığı (koruyucu hekimlik) hizmetleri: Halk sağlığı hizmetleri çok yetersizdir. Bunun sebepleri halk sağlığı alanında uzman personel yetiştiren ve ilmi etüdler yapan bir merkezin kurulmamış olması ve tedavi sahasında çalışan hekimler ile halk sağlığında çalışanların gelirlerinin birbirinden çok farklı olmasıdır. En önemli halk sağlığı meseleleri;

---

<sup>52</sup> Ragıp Üner, Nusret Fişek, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Uygulama Planı Üzerine Çalışmalar, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yay. No 256, Ankara, 1961, s 70

<sup>53</sup> ÜNER, FİŞEK, a.g.e. s:70-74



- 2-a) Veremle savaş
- 2-b) Ana- çocuk sağlığı
- 2-c) İstatistik hizmetleri
- 2-d) Çevre sağlığı
- 2-e) Halk için sağlık eğitimi
- 2-f) Halkın beslenmesi ve nüfus siyasetidir.

3- Sağlık laboratuvarları: Laboratuvar hizmetleri ilkel seviyededir. Bunun sebepleri laboratuvar hizmetleri yapacak kalifiye ve yeter sayıda personelin yetiştirilmemiş olması, usul ve teşkilatın kurulmamış bulunmasıdır.

4- Hastane hizmetleri: Dünya Sağlık Teşkilatı'nın az gelişmiş memleketler için kabul ettiği norm 10.000 kişiye de 30 hastane yatağıdır. Memlekette 10.000 kişiye 19 yatak düşmektedir.

5- Büyük şehirlere hasta akını: Bunun başlıca sebepleri bu merkezlerde hasta tedavi imkanlarının diğer yerlerdekinden çok farklı olması ve büyük merkezlerde tedavisi icap eden hastaları seçerek oralara sevk eden bir teşkilatın kurulmamış olmasıdır.

6- Personel ihtiyacı: Bu güne kadar sağlık hizmetlerinde bina yapılması ve malzeme satın alınması gibi hizmetlere ön planda yer verilmiş, buna mukabil hizmette esas olan yeter sayıda ve kalifiye personel ile bunların hizmete bağlanması hususları sağlanmamıştır.

7- Bakanlık teşkilatı: Sağlık Bakanlığı Teşkilatı ve Vazife Kanunu 1936 yılında yayınlanmıştır. O zamandan beri nüfusun artması, teşkilatın genişlemesi ve hizmetlerin komplike bir hal alması sebebiyle bu kanun ihtiyaçları karşılayamaz hale gelmiştir.

8- İlaç meselesi: Gaye memleketimizin ihtiyacını karşılayacak miktarda iyi ve ucuz ilaç teminidir.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunun Gerekeçe metninde uygulanması planlanan sağlık politikası şu satırlarla anlatılmıştır:

“Yukarıda sayılan sağlık meselelerini en iyi şekilde ve kökünden halletmek için teknik bakımdan en doğru ve emin yol, sağlık hizmetlerinin verimli bir şekilde

yürütülecek surette Sosyalleştirilmesi ve halen cari sağlık mevzuatında mühim değişiklikler yapılması ile mümkündür.”

“Bütün memleket ölçüsünde olmak üzere yurdumuzda ilk defa basit bir sağlık idaresi kurulmasını derpiş eden İdare-i Umumiye-i Tıbbiye Nizamnamesinin 1871 tarihinde çıktığını düşünürsek aradan geçen 89 senenin hizmeti, bu basit ve zamanımız için kifayetsiz şekliyle dahi tamamlamaya yetmediğini görürüz. Bu nizamname yoksulların parasız muayenesi için memleket tabiplikleri ve bunlar tarafından keza yoksullara verilen ilaçların parasız olması için belediye eczaneleri ihdas ediyordu. Ancak hazinenin fakirliği dolayısıyla bu teşkilatı memleketin her tarafında kurmaya imkan olmamıştı. Daha sonra ise tedrici bir tekamülle illerde sağlık müdürlükleri, mümkün olan yerlerde hastaneler açılmış, mahdut ölçülü bir zührevi hastalıklar savaşı teşkilatı da kurulmuştu. Nihayet İstiklal Savaşı esnasında, 1920’de teşkil edilen Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı memleketin barışa kavuştuğu 1923 tarihinden itibaren yurdun sıhhi ve sosyal durumu için ciddi bir tehlike teşkil eden sıtma, frengi, trahom gibi hastalıklarla savaşa başlamış ve iyi neticeler almıştır. Diğer taraftan bakanlık teşkilatı genişletmek, sağlık tesislerini artırmak, koruyucu tababeti kuvvetlendirmek için de gayretler göstermekten geri kalmamışsa da bu sahada yüksek başarı elde edememiştir. Filhakika bugün, köyler bucaklar şöyle dursun, tabipsiz ilçelerimiz bile yok değildir. Kaldı ki bu günün ekişmiş ve birbiriyle işbirliği eden çeşitli sahalarda sorumlu personelden mürekkep modern sağlık hizmetini tek tabiple başarmaya da imkan yoktur. Bu başarısızlığın sebepleri personele güçleri yetmeyecek kadar iş verilmesi, hizmetin personeli kendisine bağlayacak derecede cazip olmaması, sağlık personelini memleketin her tarafına gönderebilecek bir sistemin yokluğu ve sağlık hizmetlerinin layıkıyla yürütmeye gerekli tesislerle malzemenin mevcut olmayışıdır. Bu faktörlere personelin geçimlerini sağlayacak kadar aylık almaları dolayısıyla serbest meslek sahasında çalışmaya mecbur kalmaları ve zaten normalden fazla olan işlerine kendilerini tamamıyla verememelerini de ilave etmek lazımdır. Teknik özelliğinden sarfınazar sağlık hizmeti de iş hacmi, çeşitli personel ve gerekli tesis gibi üç ana faktöre icra edilebilir. Bunlardan birincisi olan iş hacmi, bir sağlık hizmeti ünitesine muayyen sayıdaki insan grubundan fazla bir nüfus kitlesinin işini yüklememeyi icap ettirmektedir. Aksi takdirde hizmet yükün altından kalkamaz ve aksar. İkinci faktör

sağlık ünitesinin en küçük kademedede dahi tabip, hemşire veya sağlık memurları gibi bir ekipten tereküp etmesini emir bulunmaktadır. Çünkü bu nüfus kitlesiyle onun işgal ettiği fizik ve meydana getirdiği sosyal muhitlerin sıhhi ihtiyaçları yalnız bir sahada yetişmiş bir sağlık adamının karşılayamayacağı kadar geniş, çeşitli ve komplekstir. Üçüncü faktör, ikinci faktörü tamamlayan önemli bir hizmet şartıdır. Personel ne kadar tam ve iş hacmi onların gücüne ne derece uygun olursa olsun elde gerekli tesisler bulunmazsa, sağlık hizmetinin kalitesi düşer, başarısı azalır.”

“Bugünkü sağlık teşkilatımızı bu üç esas faktör bakımından inceleyecek olursak her üçünden yana yoksun ve hatta büsbütün mahrum yerlerimizin mevcudiyetini görürüz. Filhakika, iş hacmi nüfusa göre değil idari taksimata göre yapılmaktadır. Bugün bir tabiple gerekli miktarda hemşire veya sağlık memurundan mürekkep modern Küçük bir sağlık ünitesinin yolları bol ve düzgün bir bölgede bakabileceği nüfus miktarı normal 5.000 veya azami 10.000 olarak tespit edildiği halde, memleketimizde nüfusu bu azami miktarın birkaç misli, yol ve sair ulaştırma imkanları az veya kıt bir ilçeye bir hükümet tabibiyle bir veya iki sağlık memuru verilir. Bu hükümet tabibinden beklenen hizmet de 1958 tarihli Vilayet Sıhhat Müdür ve Hükümet Tabipleriyle Belediye Sağlık İşleri Müdür ve Belediye Tabiplerine ait Vazife Talimatnamesinin 22-41’inci sayfalarında tespit edildiği üzere, 104 çeşittir. Bir kimsenin sadece bir veya iki yardımcı ile büyük ve umumiyetle dağınık bir nüfus kitlesinin yaşamakta olduğu bir bölgede bu kadar çok hizmeti nasıl başarabileceği ne kadar düşünülse caizdir. Neticede hükümet tabipliği bir meslek değil, mecburi hizmet esnasında çekilen bir mihnet halini almakta ve mecburi hizmetlerini bitiren tabiplerin çoğu asistanlığa can atmaktadır.”

“Diğer taraftan sağlık hizmetinin en basit kademesinde dahi tabibin, ziyaretçi hemşirenin, sağlık memuru ve ebenin işbirliği halinde ve ciddi şekilde çalışmaları gerekir. Bunun bir şartı kendilerine güçlerinin yeteceği kadar iş hacmi vermek olup bunun lüzumunu yukarıda görmüş bulunuyoruz. Diğer ise sağlık ünite veya ekiplerini ilk kademedeki tesis olarak sağlık merkezinin ilmi ve idari varlığıyla desteklemek, bu merkezleri de daha umumi ve derin vazifeleri olan hastaneler etrafında kademelenmektir. Sağlık teşkilatıyla bunlara gerekli sağlık tesisleri hakkındaki ikinci ve üçüncü faktörleri de bu arz ettiklerimizle özetlemek

mümkündür. Memleketimizde sağlık merkezleri henüz bütün ilçelerimize yayılmadığı gibi hastanelerimiz de kıfayətli miktar ve standartta değildir.”

“89 yıl önce başlayan memleket ölçüsünde sağlık hizmeti kurmak yolundaki faaliyetlerimizin henüz çok eksik olduğunu belirten bu kısa açıklamadan sonra elimizde imkan ve vasıtalara da bir göz atmamız muvafık olacaktır. Bu gün memleketimizde Bakanlığımızın diploması tescil edilmiş tabip sayısı 12.264 olup takriben yuvarlak hesap 2.000 nüfusa bir tabip düşmektedir. İleri memleketlerde bu nispetin 1.000’den aşağı nüfusa bir tabip düşmesi şeklinde olduğunu bir tarafa bırakalım; bu miktarın tahminen 7.000 kadarı (%57,5) İstanbul, Ankara, İzmir gibi üç büyük şehirde yerleşmiş bulunmaktadır. Geri kalan 5.264 tabip arasında ise hariçte çalışanlar da vardır. 1953 sayımına göre nüfusumuzun %85’inden fazlası tabip bakımından yoksundur. Hemşire, sağlık memuru, ebe, köy ebesi ve yardımcı hemşire gibi pek lüzumlu ve değerli yardımcı sağlık personelimiz de hem sayıca az, hem de dağıtım bakımından keza büyük şehirlerimizde toplanma durumu göstermektedir. Sağlık tesislerini kalite bakımından ölçmeye yarayan kıstaslar pek çeşitli ve teknik mahiyettedir. Fakat genel olarak bunların iş gücünü temsil eden bir kıyaslama ölçüsü vardır ki o da nüfusa nazaran haiz oldukları yatak sayısıdır. İleri memleketlerde bu sayı üzerinden yapılan nispetler 1.000 nüfusta 10 yatağı aşar ve 1.000 nüfusta 5 yataktan aşağı yatak kapasitesi bulunan memleketlerde de verimli bir hastalık sigortası kurulmayacağı kabul edilir. Bununla beraber ekonomik bakımdan geri kalmış memleketler için caiz görülen ve yatak nispeti bu miktardan da aşağı olan memleketlerde hayatta kalmayı şansa bağılı bir hal olarak telakki ettiren bir nispet vardır. O da 1.000 nüfusa 3 yatak düşmesidir. Memleketimizde halen, askeri hastane yatakları hariç, resmi ve hususi bütün hastane yatakları sayısı 50.000’e yakındır. Buna göre bizde 1.000 nüfusa 1,9 yatak düşmektedir ki gerekli olan 3 yataktan da epeyce azdır. Komşularımızdan Yunanistan’da bu nispet 3,6; Bulgaristan’da ise 4’dür. Hastane yatakları da, tıpkı tabipler ve yardımcı personel gibi, bütün memlekete eşit nispet üzerinden dağılmamış olup takriben %50’si üç büyük şehrimizde bulunmaktadır.”

“Bu durum karşısında nüfusumuzun %15 kadarının sağlık teşkilat ve tesisleri bakımından uygun vaziyette olduğu akla gelirse de yurdumuzun geri kalan kısımlarının bu alandaki eksikliği dolayısıyla, büyük şehirlerimize olan hasta akını

bunlardaki tesislerde de yatak darlığı yaratmaktadır. Ancak, büyük şehirlerimize gelebilmek bir varlık ve onlarca beklemeden boş yatak bulabilmek bir şans eseri olduğundan sarfinazar, bir çok yurttaşımız mali imkansızlıkları yüzünden büyük şehirlere gelememekte, ıstıraba, maluliyete, bedence ve ruhen düşük değerli kalmaya mahkum bulunmaktadır. Memleketimizin bilhassa her bakımdan kalkınmaya, ilgi ve yardım görmeye muhtaç ve kısaca “mahrumiyet bölgeleri” diye adlandırılan yerlerinde sağlık teşkilat ve tesislerinin eksikliği, sıhhat ve hayat bakımından pek acıklı hatta feci manzaralar doğurmaktadır.”

“Bu hal karşısında ilk akla gelen tedbir, böyle yerlerimizde yeter sayıda sağlık personeli bulundurmak ve yeter miktarda ve kalitede sağlık tesisi kurmaktır. Ancak bu tedbirin gerçekleşmesi idari ve mali bakımlardan rasyonel bir usul takip etmeden mümkün olamaz. Bu rasyonel usulü tababetin sosyalleştirilmesinde bulmaktayız. Tababetin sosyalleştirilmesinden maksat modern tıbbi hizmetleri geliri veya ödeme kabiliyeti ne olursa olsun her vatandaşa ücret almadan sağlamak demektir. Bu da ya sağlık personelinin bütün masrafları devletçe görülmek ve kendilerine keza devletçe maaş verilmek suretiyle veyahut mecburi hastalık sigortası kurup halkı buna kaydetmekle olur.”

“Sosyalleştirilmiş tababet en tam manasıyla, İngiltere ile Sovyet Rusya’ya tatbik edilmek olup bu memleketlerde birkaç bin nüfusa bir pratisyen tabip tahsis olunmakta; bunların tedavi edemedikleri vakalarda hastanelere gönderilmektedir. Tabipler kendi listelerine giren nüfus arasından hastalananlara, para almaksızın bakmaya mecburdurlar. Buna karşı kendilerine devletçe yüksek ücretler ödenmekte; onlar da buna karşın memleketin her tarafına giderek ciddiye ve gayretle çalışmaktadırlar. Bu iki memlekette tababetin sosyalleştirilmesi sayesinde her yerde, muayyen miktardaki nüfus grubu emrine tabip ve diğer sağlık personeli tahsis etmek mümkün olmuştur. Aynı usulü memleketimizde de tatbik etmekle 89 yıldan beri bir türlü başarı ile netice alınamayan, sağlık hizmetimizi köylere kadar yurttaşın ayağına götürmemiz ve çok verimli bir standarda erişmemiz mümkün olacaktır.”

“Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde Bakanlığımızın esas tuttuğu teşkilatı ana hatlarıyla şöylece şematize etmek mümkündür. Her 5.000–10.000 kişilik nüfus grubuna bir tabip ve en az iki yardımcı sağlık personelinden ibaret bir ekip verilecektir. Bu teşekkülün adı “sağlık ocağı”dır. Bu ekiplere teknik mahiyetteki

yardım ve önderliği ilçelerde kurulan sağlık merkezleri veya varsa ilçe hastaneleri yapacaktır. Bizzat sağlık ocaklarına bağlı olarak da köylerde, yalnız yardımcı sağlık personelinin çalıştığı “sağlık evleri” kurulacaktır. Köylerde sağlık evleri inşaatı biraz daha geniş tutulursa aynı zamanda okul ve öğretmenin lojman meselesi de halledilebilir. Bu suretle sağlık evleri köy halkına merkezi vazifesi görecektir. Bu merkezler gezici sağlık ekipleri aracı ile öğretmene her türlü tıbbi yardım yapacağından ve onun ilçe merkezi ile ilgisini kolayca sağlayacağından öğretmen moral bakımından takviye edilmiş olacak ve hizmetini daha verimli bir şekilde yapacaktır.”

“İl ve ilçe merkezlerindeki veteriner ve ziraatçıların gezici sağlık ekiplerinin vasıtalarından faydalanacakları ve halkla temaslarını sağlık evlerinde yapmaları suretiyle her çeşit köy hizmetinin koordine bir şekilde yürütülmesi hususu mümkün olacaktır. Bu suretle sağlık evinin bulunduğu köy, köy grubu içinde hususi bir mevki olacak ve ileride küçük köylerin birleşmesi davasının hallinde de bir adım atılmış olacaktır. Sağlık evi, sağlık ocağı ve sağlık merkezi kademelerinde yapılan sağlık hizmetlerinden fayda görmeyenler ise illerdeki hastanelere gideceklerdir.”

“Pek basitleştirilmiş bir şeması yukarıda arz edilen sosyalleştirilmiş tababet hizmeti hakkında, aşağıda tasarı maddelerine göre izahat verilecektir. Yalnız tasarıya geçmeden şunu da belirtelim ki memleketimizde sağlık hizmetinin verimi ve teşkilatla tesisatın bütün yurda eşit nispetlerde dağıtımı gibi esaslar tabiplerin ve sağlık personelinin bütün çalışma müddetlerini vazifelerine hasretmesiyle mümkündür. Bu da vazifeyi nerede olursa olsun, personel için cazip ve kendilerini hariçte hayatlarını kazanmak kaygısından vareste kılmakla kabildir. Halbuki memleketimizde resmi sağlık hizmetleri, maaş masrafından kaçınmak için, sağlık personelinin serbest çalışmaya bıraktığından cumhuriyetin kuruluşunda sağlık idaresinde yapılmak istenen hamle en can alacak noktadan sakatlanmış ve bu sebeple istendiği şekilde inkişaf edememiştir.

“Sağlık sahasında yapılması istenilen bu büyük hamleyi gerçekleştirebilmek ve köylük bölgelerde yaşayan vatandaşlarımızın şehirlerdekilere yakın bir seviyede tıbbi bakıma asil olabilmelerini sağlamak, geniş mali imkanların teminini gerektiren bir teşebbüstür. İngiltere ve İsveç gibi sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği ve hizmet seviyesinin yüksek olduğu memleketlerde bu hizmetler için nüfus başına

yılda 400 lira, memleketimizde işçi sigortalarında tıbbi bakım için nüfus başına yılda 90 lira sarf edilmektedir.”

“Milli gelir ve milli bütçemizden sağlık işlerine Garp memleketlerindeki oranlar üzerinden bir pay verilirse bu büyük proje yürürlüğe girebilir. Gerçekten İstatistik Genel Müdürlüğü'nün yayınlarına göre 1958 yılındaki milli gelirimiz 33 milyar liradır. Garp memleketlerinde milli gelirin %5'inin tıbbi bakıma (tedavi hizmetleri) sarf edildiği göz önüne alınırsa memleketimizde de 1,6 milyar liranın bu hizmetlere sarf edilmesi gerektiği kabul edilebilir. Garp memleketlerinde bundan başka hükümet bütçelerinin %10-15'ide halk sağlığı hizmetlerine tahsis edilmektedir. Bizim bütçelerimizden de bu oranda bir tahsis mümkün olursa bu kaynaklardan da genel sağlık hizmetlerine yılda 600-900 milyon lira arasında bir ödenek ayrılması icap eder.”

“Memleketimizde bugün sağlık hizmetlerine sarf edilen paraya gelince bunun nüfus başına yılda 30 lira civarında bulunduğu tahmin edilmektedir. Bu paranın 15 lirası sağlık Bakanlığı bütçesine konan ödenektir. 15 lirası ise hastaların serbest meslek icra eden sağlık mensuplarına ödedikleri muayene ve tedavi ücretleri ile ilaca verdikleri paranın toplamıdır.”

“Sosyalleştirmenin gerektirdiği masraflar, yabancı memleketlerde nüfus veya aile başına alınan vergilerle veya mecburi sigorta primleriyle karşılanmaktadır.”

“Bununla beraber milli gelirin son yıllardaki seyri yakinen incelenirse bunun vasıf değiştirdiği, evvelce %50'den tarım gelirine dayandığı halde 1958'de %45'inin tarım, %55'inin de endüstri, ticaret ve meslekler icrasına dayandığına işaret etmek isteriz. Bu da milli gelirimizin; vergi, sigorta primi, resim cibayeti gibi imkanları artıracak bir seyir aldığını gösterir.”

“Tıbbi bakım için kurulacak sağlık müesseselerinin tahmini tesis ve idare masrafları, bugünkü para kıymeti üzerinden aşağıdaki tabloda örülmektedir.

#### Beher Tesisin Kuruluş ve İcra Masrafları

<u>Müessesenin adı</u>	<u>Tesis masrafı</u>	<u>İdame masrafı</u>
Sağlık evi	40.000	10.160
Sağlık ocağı	140.974	115.006
Sağlık merkezi (25) yataklı	717.666	296.850
Hastane (200) yataklı	9.145.400	1.898.536

“Hazırlanan kanun tasarısına göre tatbikat, kılavuz bölgeler ihdası ile başlayacak ve bu bölgelerdeki tatbikat üç yıl sürecektir. Bu süre içinde halk sağlığı hizmetlerinde çalışan personelde bu kanun hükümlerinden faydalanacaktır. Kılavuz bölgelerinde tesis ve idamesi ile koruyucu hekimlik hizmetlerinin geliştirilmesi için bütçeye mutad sarfiyata ilave olarak 1961 yılında 75.000.000, 1962’de 50.000.000, 1963’de 50.000.000 lira ilavesi lazımdır.”

“1964 yılından itibaren sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri bütün yurda on yılda ve kademe kademe teşmil edecektir. 1974 yılında nüfusumuz 40 milyonu bulacağına göre 13 yıl içinde tesis masrafı olarak 5,5 milyar lira sarf edilmesi gerekmektedir. İdame masrafları da programın teşmiline muvazi bir şekilde artarak 1974 yılında 1,8 milyar liraya baliğ olacaktır. Programın tatbiki için yıllarca dağıtılmış ödenek ihtiyacı 4 numaralı ekli listede görülmektedir.”

“Tasarının kanunlaşması ve tatbiki ile memleketimizde yeniden 10.000 sağlık evi, 4.000 sağlık ocağı açılarak; sağlık merkezi sayısı 300’den 600’e ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına bağlı sağlık tesislerindeki yatak sayısı 40.000’den 120.000’e çıkacak; köyde ve kentte bütün yurttaşların hastalık halinde bakılmaları ve sağlıklarının korunması yolunda bu gün bir serap mahiyetinde olan emeller gerçekleşecektir.”<sup>54</sup>

#### **2.4. Kanun Tasarısı ve Yasalaşırken Değişen Maddeler**

Kanunun çıkartılmasındaki gaye ve kanun tasarısında hazırlanan üç, dört, yirmi altı, yirmi yedi, yirmi sekiz, yirmi dokuz, otuz iki, otuz dört ve otuz yedinci maddeler Milli Birlik Komitesi’ndeki kanun görüşmeleri sırasında aşağıdaki değişikliklere uğramışlardır.

Kanun gayesinde madde 3: “sosyalleştirilmiş bölge veya kurumlarda çalışan amme sektörü sağlık personelinin ücret karşılığında veya herhangi bir menfaat mukabilinde serbest meslek yapmalarını yasak etmektedir. Yukarıda belirtildiği üzere Kanunun başarı ile tatbiki bakımından personelin kendilerini tamamıyla vazifelerine vermeleri esastır. Madde bu ciheti sağlamaktadır.”

---

<sup>54</sup> ÜNER, FİŞEK, a.g.e. s:75-85



Hazırlanan kanun tasarısında Madde 3: “Sosyalleştirilen bölge veya kurumlarda çalışan amme sektörünün sağlık personeli ücret mukabilinde veya herhangi bir şekilde menfaat sağlayarak serbest meslek icra edemezler. Telif ve tercüme hakları, konferans ücretleri, ilmi mükafatlar gibi doğrudan doğruya hasta muayenesi ile alakalı olmayan kazançlarla bu kanun gereğince alınan *primler* bu kayıttan müstesnadır.”<sup>55</sup>

Milli Birlik Komitesinin 05.01.1961 tarihli oturumunda kabul edildiği hali ile Madde 3: “Sağlık hizmetlerinin Sosyalleştirildiği bölge veya kurumlarda çalışan amme sektörünün sağlık personeli ücret mukabilinde veya herhangi bir şekilde menfaat sağlayarak serbest meslek icra edemezler. Telif ve tercüme hakları, konferans ücretleri, ilmi mükafatlar gibi doğrudan doğruya hasta muayenesi ile alakalı olmayan kazançlarla bu kayıttan müstesnadır.”<sup>56</sup>

Kanun gayesinde 4. Madde: “Amme sektöründen maaş ve ücret almayan hiçbir menfaat sağlamayan tabip ve tababet şubeleri mensuplarının serbest çalışmalarına imkan vermektedir. Yani esasen serbest çalışan tababet mensuplarını veya sosyalleştirmenin tesisi üzerine amme sektöründen ayrılan tababet mensuplarının serbest çalışmalarına kanun mani olmamaktadır. Böylece sosyalleştirme bütün tababet mensuplarına şamil olmayıp yalnız amme sektöründe çalışanları bu mecburiyete tabi tutmak suretiyle sosyal adalet icapları gözetilmektedir. Tababet aslında serbest meslek halinde gelişmiş, hastanın tabibini seçerken hür olması, hasta tabip münasebetlerine teşkil etmiştir. Çünkü sağlık ve hayatı tehlikede bulunan 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.”<sup>57</sup> Şeklindedir.

Aynı maddenin kanun taslağındaki hali: “Amme sektörüne dahil maaş ve ücret almayan ve hiçbir şekilde menfaat sağlamayan hekim ve tababet şubeleri

---

<sup>55</sup> ÜNER, FİŞEK, a.g.e. s:46

<sup>56</sup> T.C. Milli Birlik Komitesi Genel Kurul Toplantısı Görüşme Tutanakları. Yetmiş birinci Birleşim. 5/1/1961 Perşembe. Cilt 5. (Erişim). [http://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/TUTANAK/MBK\\_/d00/c005/mbk\\_00005071.pdf](http://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/TUTANAK/MBK_/d00/c005/mbk_00005071.pdf), 10.05.2015 Sayfa: 21

<sup>57</sup> ÜNER, FİŞEK, a.g.e. s:86-87

mensupları, -mer'i kanunların hükümleri dairesinde- mesleklerini serbestçe icraya ve hususi sağlık müesseseleri ve eczane kurmağa mezundurlar.”

Milli Birlik Komitesinin 05.01.1961 tarihli oturumunda kabul edildiği hali ile Madde 4: “Amme sektörüne dahil maaş veya ücret almayan ve hiçbir şekilde *ayni ve nakdi menfaat sağlamayan* menfaat sağlamayan hekim ve tababet şubeleri mensupları, -mer'i kanunların hükümleri dairesinde- mesleklerini serbestçe icraya ve hususi sağlık müesseseleri ve eczane kurmağa mezundurlar.”<sup>58</sup> Şekliyle kabul edilmiştir.

Milli Birlik Komitesinin kanun görüşmelerinde Kanunun 26, 27 ve 28. Maddeleri çok tartışılmış, uzlaşma sağlanamadığından Maliye Bakanlığı ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı temsilcileri ayrıca görüşüp aynı oturumda son halleri kabul edilmiştir. İlgili maddelerin gayeleri;

26'ncı madde- “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde mukavele ile sağlık personeli çalıştırabileceğine dairdir. Bu da personel eksikliğini telafi düşüncesiyle konmuş bir hüküm olup çalışabilecek kabiliyetteki emeklilerin veya tamamıyla serbest sahada çalışmış personelin vazifeye alınmasına imkan verecektir.”

27'nci madde- “Sosyalleştirilmiş kurul ve bölgelerdeki sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personeline, klinik ihtisası yapan asistanlar hariç, verilecek ek ödenekleri tespit etmektedir. Tababet, insanlık aleminde doğmasıyla beraber, serbest meslek halinde gelişmiş, taşıdığı derin ilmi ve beşeri mahiyete ve ölüm karşısında insanın en güvendiği tabibe tedavi olabilmesi dolayısıyla, memuriyet kaydıyla sınırlanmaksızın, serbest tatbikine zaruret hasıl olmuştur. Aynı lüzum, bugün atık basit birer emir kulu olmaktan çıkıp, kendi sahalarında sorunlu ve müstakil hareket edebilecek duruma yükselmiş bulunan, yardımcı sağlık personeli bakımından da varittir. Bu sebeple birçok memlekette olduğu gibi yurdumuzda da sağlık hizmeti personeli memuriyetle birlikte serbest olarak da çalışmaktadır. Bu memuriyet ödevlerinin bazı bakımlardan memleketimiz için yegane addolunabilecek özellikler gösterdiğine de şurada işret edelim. Mesela mücadele tabiplerimiz her ayın 20 gününü muntazaman köylerde geçirmektedir. Bunların yardımcı sağlık personeli ise

---

<sup>58</sup> T.C. Milli Birlik Komitesi Genel Kurul Toplantısı Görüşme Tutanakları. Yetmiş birinci Birleşim. 5/1/1961 Perşembe. Cilt 5. (Erişim). [http://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/TUTANAK/MBK\\_/d00/c005/mbk\\_00005071.pdf](http://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/TUTANAK/MBK_/d00/c005/mbk_00005071.pdf), 10.05.2015 Sayfa: 22

daha da uzun bir müddet köylerde vazife görmektedir. Köy ebeleri ve köy sağlık memurları münhasıran köy gruplarına bağlı olarak çalışmaktadır. Hükümet tabipleri için vazife bakımından, resmi zamanı; gece ve gündüz bahis konusu değildir. Ehemmiyetli olmayan hastalık vakaları ve ekseriyetle geceleri işlenen cinayetler onları bazen sabaha kadar uykusuz bırakan vazife icaplarıdır. Burada hepsini saymak pek uzun düşecek olan çetin vazife şartları dolayısıyla, serbest mesleğe cevaz verilmesi halinde bile, yurdumuzun bir hayli yerine memur tabip bulamamaktayız. Buralarda, umumiyetle mahrumiyet bölgeleri olması dolayısıyla, serbest tabip de yerleşmemekte ve binaenaleyh büyük bir yurttaş kitlesi çeşitli sağlık ve hayat tehlikelerine karşı çaresiz ve bakımsız kalmaktadır. Sağlık personelinin tutabildiğimiz yerlerde ise, bunların hayatlarını kazanabilmek için, resmi ödevlerinin yanı sıra serbest olarak da çalışmalarını hizmetin istenen ve gerekli kaliteye yükselmesine imkan vermemektedir. Bu haller bu günün ileri memleketlerinde de kendini göstermekten geri kalmadığından İngiltere ve Sovyet Rusya gibi tababet sistemlerini sosyalleştiren memleketlerde tabiplere gerekli tahsisat bağlanarak serbest meslek icrası yetkilerinin memuriyet icrası esnasında kaldırılması cihetine gidilmiştir. Memleketimizde de hekimlik ve mühendislik gibi temeli serbest mesleklere dayanan vazifeler mensuplarına böyle bir tazminat verildiği ve memuriyetin ancak bu şekilde cazip kılındığı malumdur. Bu maddedeki hüküm sağlık hizmetleri mensuplarına da aynı imkanı sağlamakla, şimdiye kadar devam edegelen bu mühim noksanı izole etmek için konmuştur. Filhakika maaşların kifayetsizliği dolayısıyla sağlık personelinin serbest çalışmak zorunda kalmasının belli başlı üç çeşit mahsuru vardır;

(1) Serbest tabip sahasında tatbik yeri olmayan koruyucu tababet hizmetlerini sağlık personelinin gözünden düşürmek ve neticede halk sağlığı bakımından pek önemli olan bu hizmet kadrolarını boş ve kalitesi düşük bırakmak; tedavi tababetiyle ilgili olmakla beraber serbest tababet sahasında büyük bir tatbik yeri olmayan patolojiler ve kısmen de bazı laboratuvar işleri için personel bulunmaması da bu noksanlığı ifade eden diğer bir olaydır.

(2) Tedavi tababeti sahasındaki resmi vazifelere de tabibi tamimiyle bağlayamamak; günlük çalışma vaktinin bir kısmını ve çalışma enerjisinin de büyük bir kısmını muayenehane veya kabinesindeki serbest çalışmasına hasretmek, bu

müddet esnasında hastane veya sağlık tesisinde ancak kendisinin yapabileceği önemli işleri ertesi gün resmi saatine bırakmak;

(3) Memleketin her tarafında maaşlar aynı ve miktarca da düşük olduğuna göre, sağlık hizmetine en çok muhtaç olan, mahrumiyet bölgelerindeki vazifelere hiç rağbet etmemek. Sosyalleştirilmiş sağlık bölgelerindeki personele tatbik edilecek olan bu ek ödenek hükmü bu personelin serbest çalışmasını yasak eden üçüncü madde hükmü ile birlikte mesleği cazip ve hizmeti verimli kılmak gayesini matuf düzenlemedir. Sağlık personelinin terfi gibi bir emelle konmamıştır. 27. madde ile konan ek ödenek yekunu sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti masrafının %5'ini aşmamaktadır.

Miktarlar bakımından kıyaslama imkanı verebilmek için İngiltere'de 4.000 nüfusa bakmakla mükellef bir pratisyen tabibin yılda bizim paramızla 87.000 kusura lira aldığına, Sovyet Rusya da 3.000-6.000 nüfusluk bir sağlık taksimatına bakmakla mükellef pratisyen tabibin ayda, yukarıdaki nüfus miktarına göre, bizim paramızla 3.000 liraya yakın veya 3.000 liradan fazla aylık aldığına, günde ortalama 5,5 saat çalıştığına ve kendi bölgesi dışındaki hastalara çağırılmak halinde bunlardan ücret almaya yetkili olduğuna işaret edelim. Yardımcı sağlık personeline ait ek ödenekler de sağlık ekiplerimizi bu lüzumlu ve faydalı organlarından mahrum etmemek için konmuştur. Asistanlar, hizmet görerek yetişen görevliler olduklarından, ek ödeneklerden istisna edilmişlerdir. Asistanlık, eğitimin vazife ifası ile birlikte devami mahiyetindedir. Maddenin muhtelif bentleri ek ödeneklerin kıdem, ehliyet ve şartlarına göre nasıl verileceğini amir bulunmaktadır.”

28'nci madde- “Ek ödenek tediyesine ait formaliteyi tespit etmektedir.”

Kanun taslağında bu maddeler;

26. madde- “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmiş olduğu bölgelerde mukavele ile sağlık personeli istihdam edebilir. Verilecek ücretlerin esasları Sağlık ve Sosyal Yardım ve Maliye Bakanlıkları tarafından müştereken tespit olunur.”

27. madde- “Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği kurum ve bölgelerde sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personeline – klinik ihtisası yapan asistanlar hariç- aşağıdaki esaslar dahilinde tespit edilen miktarlarda ek ödenek verilir.

a. Üniversite ve yüksekokul mezunlarına ayda bin lira, lise muadili meslek okulları mezunlarına ayda üç yüz lira, lise muadili tahsil yapmamış sağlık personeline ayda yüz lira temel ek ödenek verilir.

b. Tahsil süresi altı seneden az olan fakülte ve yüksekokul mezunlarının temel ödeneklerinden eksik olan her tahsil yılı için %10 nispetinde indirim yapılır.

c. Personelin mektepten mezun olduklarından itibaren geçen her yıl için temel ödeneklerine, temel ödeneklerinin %2'si zam edilir.

d. Şehir, kasaba ve köyler, ekonomik ve sosyal şartlar göz önüne alınarak beş bölgeye ayrılır; birinci sınıf mahrumiyet bölgelerinde çalışanların temel ödeneklerine, temel ödeneklerinin %40'ı, ikinci sınıftakilere %30'u, üçüncü sınıftakilere %20'si, dördüncü sınıftakilere %10'u zam edilir. Beşinci bölgedekilere bu maksatla zam yapılmaz. Bu ödenek ancak o bölgede çalıştığı süre boyunca alınır. Bölgeler Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından hazırlanan bir yönetmelikle tayin edilir.

e. Sağlık personelinin işgal ettikleri mevkiin önemi ve yaptıkları vazifenin ağırlığı göz önüne alınarak hizmet yerleri 5 dereceye ayrılır. Birinci derecedeki hizmet yerlerinde çalışanların temel ödeneklerine, temel ödeneklerinin %100'ü, ikinci derecedekilere %80'i, üçüncü derecedekilere %60'ı, dördüncü derecedekilere %40'ı, beşinci derecedekilere %20'si zam edilir. Bu ödenek ancak bu hizmette çalışıldığı süre boyunca alınır. Hizmet yerlerinin derecelendirilmesi Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından hazırlanan bir yönetmelikle tespit edilir.

f. Fakülte veya meslek mekteplerinden mezun olduktan sonra ihtisas yapanların temel ek ödeneklerine, temel ödeneklerin %50'si nispetinde zam yapılır mesleki kurs görenlerin gördükleri kursun her üç ayı için temel ödeneklerine, temel ödeneklerinin %3'ü zam edilir. Bu kanun gereğince verilecek ödenekler için 7244 sayılı kanunun hükmü uygulanmaz.”

28. madde- “Ek ödenekler aybaşlarında ve aylıklarla birlikte ödenir. Bu ödeneğe hak veren bir göreve tayin edilenlerin ödenekleri göreve başlayış tarihini kovalayan aybaşında verilmeye başlanır. Ve bu görevlerden ayrılanların ay sonuna kadar olan istihkakları geri alınmaz. Ödenekleri kesilmesi gerekenlerin ödeneklerinin kesilmesinde ve görevlerine dönmeleri üzerine tekrar ödenmeye başlanmasında yukarı ki hükümler uygulanır.”

Sözü edilen maddelerin Milli Birlik Komitesinin 05.01.1961 tarihli oturumunda kabul edildiği halleri aşağıda verilmiştir.

Madde 26 – “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı veya ilgili Bakanlık Sağlık Hizmetlerinin sosyalleştirilmiş olduğu bölgelerde kadro mevzuu olan hizmetlerinde mukavele ile sağlık personeli istihdam eder.

Sağlık personeline mukavele ile verilecek ücret miktarı bu meslek mensuplarının umumi serbest kazanç seviyeleri, hizmet süreleri, ihtisasları, işgal ettikleri mevkiin önemi, yaptıkları vazifenin ağırlığı ve çalıştıkları bölgelerde maruz kaldıkları mahrumiyet şartları göz önüne alınarak Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının teklifi ve Devlet Personel Dairesinin tespit ettiği esaslara göre Bakanlar Kurulunca tayin olunur.

2847, 3656 ve 3659 sayılı kanunlara tabi daire ve teşekküllerde istihdam edilen personelden sosyalleştirilmiş bölgelerde istihdam edilenlerin istihdamları müddetince emeklilik, kıdem ve terfi hakları mahfuzdur. Bu gibi kimseler sosyalleştirilmiş bölgelerden ayrıldıkları zaman iktisap etmiş oldukları emeklilik ve terfi dereceleri nazarı itibara alınarak nakil ve tayinleri yapılır.”

Madde 27 – “Ücret mukabili muayene ve tedavi edilen hastalardan ücret, hizmeti yapan sağlık personeli tarafından, makbuz mukabilinde tahsil edilir.”

Madde 28 – “Sosyalleştirilmiş hizmetlerde çalıştırılan karı veya kocanın aynı mahalde ayrı iki teşekkülde çalıştırılmaları mümkün değilse bunlar aynı hizmet yerine tayin edilebilirler.”<sup>59</sup>

Kanunun 29. Maddesinin gayesi, “Sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti personelinin izin veya hastalık müddetleri yılda bir ayı aşarsa, bir aydan fazla müddet için ek ödenek alamayacaklarını amirdir.”<sup>60</sup>

Kanun taslağında ise madde 29: “Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetleri personelinin izinli veya hasta olduğu müddet bir yılda 30 günü aşarsa 30 günden fazlası için ek ödenek alamazlar. Bu suretle çalışmadıkları günler için ek ödenekten

---

<sup>59</sup> T.C. Milli Birlik Komitesi Genel Kurul Toplantısı Görüşme Tutanakları. Yetmiş birinci Birleşim. 5/1/1961 Perşembe. Cilt 5. (Erişim). [http://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/TUTANAK/MBK\\_/d00/c005/mbk\\_00005071.pdf](http://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/TUTANAK/MBK_/d00/c005/mbk_00005071.pdf), 10.05.2015 Sayfa: 40-41

<sup>60</sup> ÜNER, FİŞEK, a.g.e. s:94

yapılan kesinti ek ödenek miktarı o ay içindeki tam ve yarım işgünlerine bölünerek bulunur.”<sup>61</sup> Kanun maddesi Milli Birlik Komitesince görüşmelerde iade edilmiştir.<sup>62</sup>

Kanun gayesinde 32’nci madde- “Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetinin maliyeti, her memlekette olduğu gibi, yurdumuzda da yüksektir. Bu masrafın tamamıyla bütçeye yüklemenin pratik olmayacağına aşıkardır. Bu sebeple hizmeti destekleyecek mali kaynaklar bakımından vasıtasız ve vasıtalı vergilere başvurmak imkanları araştırılmıştır. Madde bu vergilerle esas tahsisatı tespit etmektedir. Bunlar sıra ile şöyledir: (a) sağlık hizmetleri sosyalleştirilmiş bölge halkından adam başına yılda 25 lira olarak alınacak sağlık sigortası primi, (b) tuzun kilosu başına alınacak 5 kuruş sağlık vergisi, (c) memleket içinde mektup, posta kartı ve tebrik kartlarından alınacak 5 kuruş sağlık vergisi, (d) sağlık hizmetleri sosyalleştirilmiş bölgelerdeki bilgili kurumlarca toplanan sağlık sigortası primi ve sair aidat, (e) özel idarelerin bir evvelki mali yıl içindeki gelirlerinin %5’i (f) genel muvazeneden ayrılacak tahsisat, (g) sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri teşkilatınca toplanan ücretler, (h) radyo cihazı sahiplerinden her yıl alınacak 25 lira sağlık vergisi”<sup>63</sup>şeklindedir.

Taslak kanunda ise bu madde – “Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin gelir kaynakları şunlardır:

a) Sağlık hizmetinin sosyalleştirildiği bölgede yaşayan ve 12 yaşını geçmiş olanlardan yılda nüfus başına alınacak olan 25 lira sağlık sigortası primi.

b) Beher kilo tuzdan alınacak 5 kuruş sağlık vergisi (Tekel İdaresince doğrudan doğruya ihraç olunacak tuzlar bu vergiden müstesnadır.)

c) PTT İdaresince naklonulan dahili mektup, posta kartı ve tebrik kartlarından alınacak 5 kuruş sağlık vergisi.

d) Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde İşçi Sigortaları Kurumu ve diğer kurumlarca sağlık sigorta primi, aidat gibi muhtelif namlarla toplanan paralar.

e) Özel İdarelerinin bir evvelki mali sene içindeki gelirinin %5’i.

---

<sup>61</sup> ÜNER, FİŞEK, a.g.e. s:106

<sup>62</sup> T.C. Milli Birlik Komitesi Genel Kurul Toplantısı Görüşme Tutanakları. Yetmiş birinci Birleşim. 5/1/1961 Perşembe. Cilt 5. (Erişim). [http://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/TUTANAK/MBK\\_/d00/c005/mbk\\_00005071.pdf](http://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/TUTANAK/MBK_/d00/c005/mbk_00005071.pdf), 10.05.2015 Sayfa: 35

<sup>63</sup> ÜNER, FİŞEK, a.g.e. s:95

- f) Umumi Muvazeneden ayrılan tahsisat.
- g) Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri teşkilatı tarafından toplanan ücretler.
- h) Radyo alıcısı makinesi sahiplerinden her yıl alınacak 25 liralık sağlık vergisi.”<sup>64</sup>

32. madde Milli Birlik Komitesinde tartışılmadan kaldırılmıştır.

Kanun gayesinde 34’ncü madde- “Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri için lüzumlu teçhizat ve malzemenin satın alınmasının 2490 sayılı arttırma, eksiltme ve ihale kanunun hükümlerine tabi olamadığını amir bulunmaktadır. Tasarının 17. maddesi gereğince sosyalleştirme planının tatbiki tesis ve teçhizatın ikmaline bağlıdır. 2490 sayılı kanundaki formaliteler ise memleketin bu gibi fenni malzemeyi temin hususundaki güçlükler muvacehesinde, bunların satın alınmasını geciktirdikten maada bazen tedariklerine imkanda vermemekte ve hatta konulan tahsisatın yanmasına dahi sebep olmaktadır. Binaenaleyh teçhizat ve malzemenin süratle temini bakımından bu hükme lüzum görülmüştür. Aksi takdirde hizmet, gerekli malzeme ve teçhizat noksanından, şiddetle aksayacaktır.”<sup>65</sup>

Kanun taslağında ise 34. Madde- “Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgeler için lüzumlu malzeme, teçhizat, ilaç vs. maddeler, motorlu nakil vasıtaları ve yedek parçalarının satın alınmasına ve bunların memleket içinde nakillerine müteallik taahhüt işleri ve motorlu nakil vasıtalarının tamirleri ile her türlü inşaat ve bina tamirleri 2490 sayılı Arttırma Eksiltme ve İhale Kanunu hükümlerine tabi değildir. Bu hususta uygulanacak esaslar Maliye, Bayındırlık ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlıklarınca müştereken tespit olunur.”<sup>66</sup>

34. madde Milli Birlik Komitesinde tartışılmış ve kaldırılması kararlaştırılmıştır.

Kanun gayesinde 37. madde- “Sağlık hizmetinin sosyalleştirildiği bölgelerde ücretle tedavi olacıklardan alınacak ücretin miktarı ile 32’nci maddenin a-c

---

<sup>64</sup> ÜNER, FİŞEK, a.g.e. s:106

<sup>65</sup> ÜNER, FİŞEK, a.g.e. s:95

<sup>66</sup> ÜNER, FİŞEK, a.g.e. s:107



fıkralarındaki gelirlerin tarh ve toplanmasına ait esasların maliye ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlıklarınca müştereken tespit ve ilan olunacağına dairdir.”<sup>67</sup>

Kanun taslağında ise 37. Madde- “Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinde ücretli olarak muayene ve tedaviye tabi şahıslardan alınacak ücretlerin miktarı ile 32. Maddenin a,b,c fıkralarında gösterilen gelirlerin tarh, tahakkuk, tahsil, itiraz ve düzenleme şekilleri Maliye ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlıkları tarafından müştereken tespit ve ilan olunur.”

Bu maddenin Milli Birlik Komitesinin 05.01.1961 tarihli oturumunda kabul edildiği hali ise- Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinde ücretli olarak muayene ve tedaviye tabi şahıslardan alınacak ücretlerin miktarı Maliye ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlıkları tarafından müştereken tespit ve ilan olunur.<sup>68</sup>şeklindedir.

---

<sup>67</sup> ÜNER, FİŞEK, a.g.e. s:96

<sup>68</sup> T.C. Milli Birlik Komitesi Genel Kurul Toplantısı Görüşme Tutanakları. Yetmiş birinci Birleşim. 5/1/1961 Perşembe. Cilt 5. (Erişim). [http://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/TUTANAK/MBK\\_/d00/c005/mbk\\_00005071.pdf](http://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/TUTANAK/MBK_/d00/c005/mbk_00005071.pdf), 10.05.2015 Sayfa: 38

### 3. BÖLÜM

#### SAĞLIKTA SOSYALLEŞTİRMENİN ARDINDAN AİLE HEKİMLİĞİ

224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki kanunun görüşmeleri sırasında pilot uygulamanın batıda Tekirdağ, orta Anadolu’da Çankırı ve doğuda Elazığ ilinin yapılması düşünülmüşse de bu konu daha sonra “Bakanlar Kurulu’nun karar vermesi” şeklinde karara bağlanmıştır.<sup>69</sup> Muş ilinden sonra 1964’de Ağrı, Bitlis, Hakkâri, Kars, Van; 1965’de Diyarbakır, Erzincan, Erzurum, Mardin, Siirt, Şanlıurfa; 1967’de Adıyaman, Bingöl, Elazığ, Malatya, Tunceli; 1968’de Artvin, Trabzon, Giresun, Rize; 1969’de Maraş, Edirne ve 1970’de Nevşehir illeri sosyalleştirme kapsamına alınmıştır.<sup>70</sup> Sosyalleştirme 1961 yılında kabul edildiğinde 15 yıl içinde bütün ülkeye yayılması planlanmasına rağmen bu sürenin bitiminde yalnızca 47 il sosyalleştirilebilmiştir. O tarihe kadar sosyalleştirilmeyen 20 il, 1983 yılında sosyalleştirilmiştir.<sup>71</sup> Sosyalleştirmenin 2. Maddesine göre takriben 5000 - 10000 kişiye bir sağlık ocağının hizmet vermesi gerektiği halde ulaşılabilen istatistikleri göre 1997 yılında 11.734 kişiye bir sağlık ocağı, 2000 yılında ise 11.461 kişiye bir sağlık ocağı düşmektedir. Ancak bu rakamlar Türkiye ortalamasını verdiğiinden Güneydoğu Anadolu’da yıllara göre 15.857 ile 15.893 arasında, Marmara Bölgesinde ise 18.933 ile 19.434 kişi arasında değişmektedir.<sup>72</sup> 2002 yılına gelindiğinde ise İstanbul ilinde toplan 208 sağlık ocağı ile 49.733 kişiye bir sağlık ocağı düşmektedir.<sup>73</sup> 1960’lardan 2000’li yıllara kadar sağlık ocakları ağı ile sağlanmaya çalışılan entegre birinci basamak hizmetleri, sağlık

---

<sup>69</sup> T.C. Milli Birlik Komitesi Genel Kurul Toplantısı Görüşme Tutanakları. Yetmiş birinci Birleşim. 5/1/1961 Perşembe. Cilt 5. (Erişim). [http://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/TUTANAK/MBK\\_/d00/c005/mbk\\_00005071.pdf](http://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/TUTANAK/MBK_/d00/c005/mbk_00005071.pdf), 10.05.2015 Sayfa: 19

<sup>70</sup> AKIN, AYŞE. “Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulamalarının ilk döneminde yönetim (1963–1980) başarılı oldu mu?” Sağlık reformlarının sağlık yönetimine etkileri sempozyumu. Sempozyum Kitabı; 2009 19–21 Kasım Bursa s: 4–11

<sup>71</sup> KURT, ÖNER, TAYYAR, ŞAŞMAZ,” Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi: 1961–2003”, Lokman Hekim Journal, 2012; 2 (1),s:21

<sup>72</sup> TÜRKİYE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KURUMLAR: Niceliksel ve Niteliksel Yetersizlik, Türkiye’nin Sağlığı,(Erişim) [http://www.ttb.org.tr/kutuphane/tr\\_saglik/kurumlar.pdf](http://www.ttb.org.tr/kutuphane/tr_saglik/kurumlar.pdf), 10.08.2015

<sup>73</sup> Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yılığ 2002, tablo:18(Erişim) <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2960/temel-saglik-hizmetleri-genel-mudurlugu-calisma-yilligi.html> , 11.08.2015

örgütlenmesi için zamanın şartlarına göre önemli bir görevi yerine getirme uğraşı vermiştir.

2002'den sonra ülkenin siyasal konjonktüründeki değişim, halkın beklentileri ve gelişen dünya anlayışı ile birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimliği uygulaması ile yeniden şekillendirilmeye başlanmıştır. Aile hekimliğinin hedefi, birinci basamak sağlık hizmetlerini, profesyonel bir ruhla ve toplumun katılımını sağlayacak bir biçimde, bireyin yaşadığı ve çalıştığı yerlerde koruyucu, tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici yönleri ile birlikte sunmaktır.<sup>74</sup>

### **3.1 Aile Hekiminin Görev ve Sorumluluklar**

Aile hekimleri kendilerine bağlı bireylerin sağlıklarının korunmasından ve hastalandıklarında tedavi edilmelerinden birinci derecede sorumlu kişilerdir. Bireylerin acil durumlar dışında sağlık sistemine giriş kapısını oluştururlar. Kendisine kayıtlı kişilerin sağlık kayıtlarını tutmak, bağışıklama ve diğer koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamaktaki tanı ve tedavi hizmetlerini üstlenmek, ikinci ve üçüncü basamak bakımlarını koordine etmek aile hekiminin görevleridir. Ulusal ve bölgesel sağlık hedef ve önceliklerinin plânlanmasına yardımcı olmak üzere gereken bildirimleri üst kuruluşlara yapmak ve plânlama sonucunda merkezi otoritenin öngöreceği programları uygulamak da aile hekiminin görevleri arasındadır. Bu görev ve sorumluluklar kısaca şu başlıklar altında özetlenebilir:

1. Aile sağlığı birimini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak,
2. Çalıştığı bölgenin sağlık planlamasının yapılmasında ilçe sağlık idaresi ile işbirliği yapmak,
3. Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları kamu sağlığı merkezine ve ilçe sağlık idaresine bildirmek,
4. Kişiye yönelik rehberlik hizmetleri ile sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetleri vermek; bu kapsamda ana-çocuk sağlığı ve aile planlamasını, periyodik muayeneleri (meme kanseri taraması, rahim kanseri taraması gibi), bireysel koruyucu

---

<sup>74</sup> AYDIN, Sabahattin, "Aile Hekimliği Türkiye Modeli" T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara 2006, s:52

sağlık hizmetlerini (rutin aşılar), ruh sağlığı hizmetlerini ve yaşlı sağlığı hizmetlerini yerine getirmek,

5. İlk kayıta ev ziyareti ile sağlık durumunun tespitini yapmak ve Bakanlığın öngördüğü sıklıkta ev ziyaretlerini tekrarlamak,

6. Aile sağlığı biriminde ve gerektiğinde evde birinci basamak tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini vermek,

7. Birinci basamakta tanı ve tedavisi yapılamayan hastaları ilgili uzmanlık dalına sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirilen muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakımın koordinasyonunu yapmak,

8. Temel laboratuvar hizmetlerini vermek veya verilmesini sağlamak,

9. Aile hekimliği uygulamaları ile ilgili kayıt ve bildirimleri yapmak,

10. İlk yardım ve acil müdahale hizmetlerini vermek veya verilmesini sağlamak,

11. Yerel sağlık idaresince belirlenmiş olan ilaç temininde zorluk çekilen yerlerde ilgili mevzuata göre ecza dolabı açmak veya ilaçların teminini sağlamaktır.<sup>75</sup>

### **3.2. 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve 5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanununun Karşılaştırması**

Sosyalleştirme Kanununda takriben 5000 - 10000 kişinin köyler grubu veya bir kasaba veya şehir ve büyük kasabalardaki mahalle grupları bir sağlık ocağını teşkil eder<sup>76</sup> iken Aile Hekimliği Kanununda Hizmetin esasları başlıklı 5. maddesinde her bir aile hekimi için kayıtlı kişi sayısı; asgarî 1000, azamî 4000'dir. Aralıksız iki ayı aşmayan süreyle kayıtlı kişi sayısı 1000'den az olabilir.<sup>77</sup>

---

<sup>75</sup> AYDIN, Sabahattin, a.g.e. s:56-57

<sup>76</sup> 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Resmi Gazete, 12.06.1961/10705

<sup>77</sup> Aile Hekimliği Kanunu, Resmi Gazete, 9/12/2004 /25665

Her iki kanuna göre de sunulan sağlık hizmetleri prensipte ücretsizdir. Ancak aile hekimliği sevk zinciriyle ilişkili bir katkı payından söz ederken sosyalleştirmede sevk zincirine uymayanlar, bölge dışından gelenler ve mesai dışı hizmet alanların ücreti mukabili hizmet alması öngörülmektedir. Aile Hekimliği Kanununda aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde acil haller ve mücbir sebepler dışında, kişi hangi sosyal güvenlik kuruluşuna tâbi olursa olsun, aile hekiminin sevki olmaksızın sağlık kurum ve kuruluşlarına müracaat edenlerden katkı payı alınır. Alınacak katkı payı tutarı Sağlık, Maliye ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik bakanlıklarınca müştereken belirlenir<sup>78</sup> ifadesi yer alırken 224 sayılı kanunda, Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde hasta muayene ve tedavisi bu kanunun 16 ncı maddesi hükümleri dairesinde ücrete tabi olan ilaç bedelleri ve aşağıda zikredilen haller hariç parasızdır. Bu haller;

a) Sağlık ocağı tarafından sevk edilmedikleri halde sağlık merkezlerine veya hastanelere veya sağlık merkezi ve bir hastaneden diğer bir hastaneye sevk edilmeden hastanelere müracaat edenler (Acil vakalar hariç),

b) Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmediği bir bölgeden gelip de müracaat ettiği ocak bölgesinde ikametleri 90 günü aşmamış olanlar (Mahallin mülki amirlerinden fakirlik belgesi alanlar hariç),

c) Bölgede yaşayan halkın çalışma saatleri nazarı itibara alınarak tayin edilen mesai saatleri dışında ve tatil günlerinde nöbetçi olmayan hekim ve yardımcı sağlık personeline muayene ve tedavi olmak isteyenlerdir.<sup>79</sup> Kanunun 16. Maddesinde Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri gören teşekküller tarafından parasız veya bedelinin bir kısmı veya tamamı hastalar tarafından ödenerek alınacak ilaç ve tedavi vasıtalarının listeleri her yılın ilk ayında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından ilan edilir. Liste harici ilaç ve tedavi araçları bedeli hastalar tarafından ödenmek suretiyle alınır ifadesi yer almaktadır.<sup>80</sup>

5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanununun 8. Maddesinin 1. Fıkrasına dayanılarak hazırlanan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmeliğin 11.

---

<sup>78</sup> Aile Hekimliği Kanunu, Resmi Gazete, 9/12/2004 /25665

<sup>79</sup> Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Resmi Gazete, 12.06.1961/10705

<sup>80</sup> Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Resmi Gazete, 12.06.1961/10705

Maddesine göre aile hekimleri tam gün esasına göre çalışmaktadırlar. Kanunun personelin statüsü ve malî haklar başlıklı 3. maddesinde Sağlık Bakanlığı; Bakanlık veya diğer kamu kurum veya kuruluşları personeli olan uzman tabip, tabip ve aile sağlığı elemanı olarak çalıştırılacak sağlık personelini, kendilerinin talebi ve kurumlarının veya Bakanlığın muvafakatı üzerine, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu ile diğer kanunların sözleşmeli personel çalıştırılması hakkındaki hükümlerine bağlı olmaksızın, sözleşmeli olarak çalıştırmaya veya bu nitelikteki Bakanlık personelini aile hekimliği uygulamaları için görevlendirmeye veya aile hekimliği uzmanlık eğitimi veren kurumlarla sözleşme yapmaya yetkilidir hükmü yer almaktadır. 224 Sayılı Kanunda ise Personele dair hükümler başlıklı 24. Maddede Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinde vazife alanlar, vazifeye başladıkları günden itibaren mukavele imzalamaya mecburdurlar. Bu mukavele 1 yıldan az, 3 yıldan fazla olamaz<sup>81</sup> şeklinde çalışma esasları belirlenmiştir.

---

<sup>81</sup> Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun,Resmi Gazete, 12.06.1961/10705

## 4. BÖLÜM

### SONUÇ

Milli Sağlık Planı ve Sağlık Programı, Sağlıkta Sosyalleştirme ve Aile Hekimliğini içine alan Sağlıkta Dönüşüm Programının ilke ve hedeflerini birlikte değerlendirdiğimizde, köylerden başlayarak bütün ülkede entegre bir sağlık örgütlenmesini sağlamak, koruyucu sağlık hizmetlerine önem vermek, mevcut il ve ilçe hastanelerini günü şartlarına göre modernleştirmek ve sağlıkta yeterli ve yetkin insan kaynağı yetiştirmek gibi ortak hedeflere sahip olduklarını görürüz. Hem sosyalleştirme hem de dönüşüm programı halkın hekim seçme özgürlüğünü ilkesel olarak ön plana çıkarmıştır. Gerek Milli Sağlık Plan ve Programı, gerek Sağlıkta Dönüşüm Programı ülkeyi sağlık bölgelerine ayırarak kendi içinde performans hedefleri olan ve kendine büyük oranda yeter olacak sağlık bölgelerini oluşturmayı hedeflemiştir. Sosyalleştirme ise buna benzer bir yaklaşımı ilçe, il ve bölge hastaneleri hiyerarşisi içinde ortaya koymaya çalışmıştır.

Sağlıkta sosyalleştirme ile birlikte Sosyal Sigortalar Kurumu hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na hukuken devredilmiş olduğunu da belirtmek gerekir. Yasanın 30. Maddesi:

“Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde amme sektörüne dahil kurumların sağlık teşekküllerine ait binalar, malzeme, ilaç ve eşya Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının lüzum gösterdiği ve iş emniyetini tehdit etmediği takdirde aşağıdaki esaslar dairesinde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına devrolunur:

a) Devlete ait binalar Maliye Bakanlığınca Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı emrine tahsis olunur.

b) Sermayesinin tamamı Devlete ait iktisadi teşekküllerden Hazineye devredilecek binaların iktisap bedellerinden amortisman bedelleri çıkarıldıktan sonra geri kalan bakiye bu teşekkülün sermayesinden tenzil edilir. Binalar Hazine adına tescil edildikten sonra Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı emrine verilir.

c) Bir kısım sermayesi hakiki veya hükmi şahıslara ait olan amme sektörü müesseselerinin malı olan binaların devrinde Devlet hissesine düşen kısım hakkında

(b) fıkrasındaki gibi muamele yapılır. Hakiki ve hükmi şahısların hissesi kendilerine ödenir.

d) İşçi Sigortaları Kurumuna ait sağlık tesisleri, binaları, tıbbi malzeme, eşya ve ilaçlar, iktisap bedeli verilmek suretiyle, Sağlık ve Sosyal Yardım ve Çalışma Bakanlıkları tarafından müştereken tespit edilecek esaslar dairesinde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına devredilir.

(a), (b) ve (c) fıkralarında yazılı binalarla eşya, malzeme ve ilaçların devrine ait diğer hususlar Maliye, Sağlık ve Sosyal Yardım ve ilgili Bakanlıklar arasında müştereken tespit edilecek esaslara göre yürütülür.”

Ne yazık ki bu amir hükmün uygulanması için 45 yıl geçmiş ve aynı konu Sağlıkta Dönüşüm Programıyla tekrar ele alınmak zorunda kalınmıştır. 19 Ocak 2005 tarih ve 25705 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan 5283 sayılı Bazı Kamu Kurum Ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun ile Kamu kurum ve kuruluşlarına ait tüm sağlık birimleri; bunlara ilişkin her türlü görev, hak ve yükümlülükler, taşınırlar, taşınmazlar ve taşıtlarla birlikte, Sosyal Sigortalar Kurumuna ait olanlar rayiç bedeli karşılığında Sağlık Bakanlığa devredilmiştir.<sup>82</sup>

Sağlık finansmanı konusunda Milli Sağlık Planı sosyal sağlık bankası ve sağlık sandıkları gibi, sosyal sigorta arayışları ortaya koyarken, Sosyalleştirme ilke olarak mali kaynağın devlet tarafından ayrılmasını öngörse de, bunun sürdürülebilirliği konusunda tereddüt göstererek Kanun Taslağında “sigorta aidatı ödenmesine” ve “vasıtalı ve vasıtasız vergilere” ilişkin maddelere yer vermiştir. Kanun Tasarısı ve Yasalaşırken Değişen Maddeler başlığı altında ayrıntısı verilen 32.madde Milli Birlik Komitesinde tartışılmadan kaldırılmıştır.

Bu maddelerin yasalaşmamış olmasının sistemin sürdürülebilir bütünlüğüne ve uygulanabilirliğine olumsuz ettiği açıktır.

224 sayılı Kanun gerekçesinde sağlık finansmanı konusundaki ifadeler son derece açıklayıcıdır.

---

<sup>82</sup> Bazı Kamu Kurum Ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun, Resmi Gazete 19.01.2005/25705



“ Memleketimizde bugün sağlık hizmetlerine sarf edilen paraya gelince bunun nufus başına yılda 30 lira civarında bulunduğu tahmin edilmektedir. Bu paranın 15 lirası sağlık Bakanlığı bütçesine konan ödenektir. 15lirası ise hastaların serbest meslek icra eden sağlık mensuplarına ödedikleri muayene ve tedavi ücretleri ile ilaca verdikleri paranın toplamıdır. “

Sosyalleştirme Kanunu tasarısının Milli Birlik Komitesi'nde kanunlaşmayan maddeleri, sosyalleştirmenin uygulanabilir olması için modeller önermekte ve bir anlamda sosyal sağlık sigortasını hayata geçirmek istemektedir. Kanunun gerekçe metnindeki ifadeler son derece açıktır: “Tababetin sosyalleştirilmesinden maksat modern tıbbi hizmetleri geliri veya ödeme kabiliyeti ne olursa olsun her vatandaşa ücret almadan sağlamak demektir. Bu da ya sağlık personelinin bütün masrafları devletçe görölmek ve kendilerine keza devletçe maaş verilmek suretiyle veyahut mecburi hastalık sigortası kurup halkı buna kaydetmekle olur.”

Sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti ucuz değildir. Gerekçe metni bunu şu sözlerle ifade etmektedir: “Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin maliyeti her memlekette olduğu gibi yurdumuzda da yüksektir. Bu masrafı tamamıyla bütçeye yüklemenin pratik olamayacağı da aşıkârdır.”

“Sosyalleştirmenin gerektirdiği masraflar, yabancı memleketlerde nufus veya aile başına alınan vergilerle veya mecburi sigorta primleri ile karşılanmaktadır... Sivil halk 33. Maddede göröldüğu üzere sigorta aidatı ödeyecektir. (...) şu halde sivil nufusun sosyalleştirilmiş sağlık hizmetine sigorta aidatı ödemeleri en doğru ve faydalı bir tedbir teşkil edecektir.”

Göröldüğu gibi 60'lı yıllarda kişi başı sağlık harcamasının yarısının cepten harcama olduğu bilgisine yer verilmiş. Ayrıca sosyalleştirmenin gerektirdiği masrafların karşılanması için yabancı ölkelerden örnekler verilirken, nufus veya aile başına alınan vergilerle veya mecburi sigorta primlerinden söz edilmekte, bunlar üzerinde ısrarlı bir tercihte bulunulmamaktadır. Ülkenin o günkü ekonomik şartlarında genel vergilerle finanse edilemeyeceği anlaşılan sosyalleştirmeye kaynak oluşturulmaya çalışılmakta olduğu görölmektedir. Hatta kanun taslağı hazırlanırken her iki modele de atıfta bulunularak günün siyasi şartlarında kabul edilebilir alternatiflere kapının açık bırakıldığı görölmektedir.

Kanun Taslağının 32. Maddesinin yasalaşmamış olmasıyla, ek vergiler hayata geçirilememiş, sosyalleştirme kapsamında daha önce Milli Sağlık Planında da öngörülen mecburi sigorta gündeme alınamamıştır. Kısacası günün mevcut bütçe kısıtlılığı içinde bir proje hayata geçirilmeye çalışılmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ise Genel Sağlık Sigortası adı altında genelde prim esaslı ancak doğrudan katkılar ve primsiz ödemeler adıyla devletin üstlendiği genel bütçe katkısının da olduğu bir karma modeli hayata geçirmiştir. 5510 Sayılı Kanunun Genel sağlık sigortalısı sayılanlar başlıklı 60. Maddesi, harcamaları, taşınır ve taşınmazları ile bunlardan doğan hakları da dikkate alınarak, Kurumca belirlenecek test yöntemleri ve veriler kullanılarak tespit edilecek aile içindeki geliri kişi başına düşen aylık tutarı asgari ücretin üçte birinden az olan vatandaşlar ile gelir tespiti yapılmaksızın genel sağlık sigortalılığı ya da bakmakla yükümlü olduğu kişi bulunmayan Türk vatandaşlarından 18 yaşını doldurmamış çocuklarını genel sağlık sigortası kapsamında saymaktadır.

Ayrıca bu kanuna göre, Uluslararası koruma başvurusu veya statüsü sahibi ve vatansız olarak tanınan kişiler, 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler ile ana ve babası olmayan Türk vatandaşlarından 18 yaşını doldurmamış çocuklar başta olmak üzere pirim ödeme sorumluluğu bulunmayan çok sayıda kişiyi genel sağlık sigortası kapsamına almaktadır.<sup>84</sup> Kanunun bütünü incelendiğinde aktüeryal dengelere dayalı bir sağlık sigortacılığı yerine, hizmet alacak toplumun kapsandığı ve sunulacak hizmetin sınırlarının belirlendiği, sadece prim gelirlerine bağlı olmayan bir sosyal sağlık sigortasının tasarlandığı anlaşılmaktadır.

Nitekim aynı kanunun 62. Maddesi, bu Kanun gereğince genel sağlık sigortasından sağlanacak sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanmanın, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için bir hak olduğunu, Sosyal Güvenlik Kurumu için ise bu hizmet ve hakların finansmanını sağlamanın bir yükümlülük olduğunu belirtmektedir. Kanundaki ifadesiyle, “Bu Kanun

---

<sup>84</sup> Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Resmi Gazete 16/6/2006 / 26200

kapsamındaki kişilere sağlanacak sağlık hizmetleri ve diğer haklar ile kişilerden alınan primlerin tutarı arasında ilişki kurulamaz.”

Genelde sağlık finansman modelleri, kaynağın toplanış biçimi esas alınarak vergi tabanlı ya da prim esaslı olmasına göre ayrıştırılmaktadır. Tarihsel süreçte baktığımızda Beveridge, Bismarck, Semashko gibi adlarla anılan finans kaynağı temelli bu modellerin bugün için kıyaslamasını yapmak çok kolay değildir. Çoğu ülke finans kaynağına dayalı kendi modelleri içinde bir dizi reformlar yaparak günümüze kendilerini uyarlamışlar ve farkı uygulamalarla ayırmışlardır. Sağlık ve finans sektörün örgütlenme biçimi, kaynakların dağıtım mekanizmaları, kapsama alınan hizmetin niteliği ve miktarı gibi hususlar bu reformlara konu olmaktadır. Ayrıca kaynağa ilişkin reformlarla vergi ve zorunlu ya da isteğe bağlı prim esaslı kaynakların mobilize edildiği karma sistemler doğmuştur. Bu itibarla “vergi tabanlı” sistem ya da “sosyal sağlık sigortası” sistemi gibi temel ayrımlar teorik planda anlaşılmalı kolaylaştırılmalı da, gerçek sağlık finans sistemlerini yeterince kavramamıza ve ülke modellerini kıyaslamamıza yeterince yardımcı olmayacaktır. Hatta sağlık finansman sistemindeki bu kategorik yaklaşım, bütün olarak topluma ve sisteme odaklanmaktan ziyade model içindeki kritik uygulamaların başarı ve başarısızlıklarına odaklanılmasını kısıtlamakta ve muhtemel politika alternatiflerinin geliştirilmesini zorlaştırmaktadır.<sup>85</sup> Hem sağlıkta sosyalleştirme hem de aile hekimliği mevzuat metinleri hizmetlerin ücretsiz olduğunu beyan etmektedir. Sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması konusunda genelde politik söylemlerde yanıltıcı bir algı oluşmuş durumdadır. Hatta bu algının etkisiyle ülkemizdeki sağlık politikaları arasında sanal uçurumlar oluşturulmakta ve aradaki geçiş dinamikleri iyi analiz edilememektedir. Ne sosyalleştirmenin ne de bugün uygulanan sağlık politikalarının herkese, her aşamada, tamamen ücretsiz sağlık hizmeti sunulduğu gibi bir iddiası yoktur.

224 sayılı Kanununun 2. Maddesi, “ Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi, vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile amme sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden

---

<sup>85</sup> KUTZİN JOSEPH, “Conceptual Framework For Analysing Health Financing Systems And The Effects Of Reforms”. Implementing Health Financing Reform. Lessons from countries in transition. European Observatory on Health Systems and Policies 2010, Ch 1. Pp 3-24

ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına iştirak suretiyle eşit şekilde faydalanmalarıdır.” diyor. Yani primden ve masrafın bir kısmına iştirakten bahsediyor. Beşinci madde, eğer sağlık personeli veya müesseseyi seçme hakkını kullanacaksa, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde yaşayanların ücretini şahsen ödemelerini şart koşturmuştur. Kanununun 14. Maddesi paralı durumları saymaktadır. Buna göre, bölge dışından gelenlere ve mesai saati dışında sağlık hizmeti ücretli verilmektedir. Madde 32, sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinde ücretli olarak muayene ve tedaviye tabi şahıslardan alınacak ücretlerin miktarının Maliye ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlıkları tarafından müştereken tespit ve ilan olunacağını duyurmaktadır.<sup>86</sup>

5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanununun Hizmetin esasları başlıklı 5. Maddesi şu ifadelerle yer vermektedir: “ Aile hekimliği hizmetleri ücretsizdir; acil haller hariç, haftada kırk saatten az olmamak kaydı ile Bakanlıkça belirlenen kıstaslar çerçevesinde ilgili aile hekiminin talebi ve o yerin sağlık idaresince onaylanan çalışma saatleri içinde yerine getirilir. Aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde acil haller ve mücbir sebepler dışında, kişi hangi sosyal güvenlik kuruluşuna tâbi olursa olsun, aile hekiminin sevki olmaksızın sağlık kurum ve kuruluşlarına müracaat edenlerden katkı payı alınır. Alınacak katkı payı tutarı Sağlık, Maliye ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik bakanlıklarınca müştereken belirlenir.”<sup>87</sup>

Her iki uygulama da birinci basamak sağlık hizmetlerini teşvik etmeyi amaçlamış ve hastaya maliyet paylaşımı sorumluluğu yüklememiştir. Sağlıkta sosyalleştirmeye geçilen bölgelerde bölge içine dışarıdan gelenler, mesai dışı hizmetler istisna tutulsa da, aynı hedefin gözetildiği anlaşılmaktadır. Aile hekimliği uygulamasında ise kapsam daha geniş tutulmuş, sigortalı olma gibi bir sınırlama dahi getirilmeden tüm vatandaşların ücretsiz yararlanması hedeflenmiştir.

Sosyalleştirmede sağlık ocağından sevkle ikinci basamak sağlık kuruluşuna gidilmemesi halinde ücreti mukabil hizmet verilmesi öngörülürken, aile hekimliğinde aynı durumda farklı düzeylerde katkı payı sorumluluğu yüklenmektedir. Bu katkı paylarının çerçeve ve miktarı 5510 sayılı kanunda belirlenmiştir. Netice itibarıyla her

---

<sup>86</sup> Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Resmi Gazete, 12.06.1961/10705

<sup>87</sup> Aile Hekimliği Kanunu, Resmi Gazete 9/12/2004 / 25665

iki model de sevk zincirini hayata geçirmeyi hedeflemiş, bunu teşvik etmeye çalışmıştır. Ancak uygulamaların tarihsel süreci incelendiğinde ne sosyalleştirmenin ne de aile hekimliği ve genel sağlık sigortası uygulamasının sevk zinciri konusunda başarılı olduğunu söylenememektedir. Sevk zinciri başarısızlığı ayrıca analiz edilmeye muhtaç olup çalışmamız kapsamını aşmaktadır.

Sağlık hizmetinin bedelinin karşılanmasında sosyal güvenlik sistemi ile hizmet alan hastanın maliyet paylaşımı kritik bir konudur. Maliyet paylaşımı konusunda Genel Sağlık Sigortasının hastaya yüklediği sorumluluk, sağlıkta sosyalleştirmeye göre daha sınırlıdır. Bu durum 224 sayılı kanun bütünlüğü ile 5510 sayılı kanun karşılaştırıldığında daha net anlaşılacaktır. Sosyalleştirmenin sürdürülebilir bir politika olarak tasarlanmasında önemli yeri olan ve 224 sayılı kanun tasarısında yer aldığı halde göz ardı edilen 27. ve 32. Maddelerdeki “ücret mukabili muayene ve tedavi” ile sağlık finansmanına ilişkin hükümler bu savımızı desteklemektedir.

Burada maliyet paylaşımının bir gelir kaynağı olarak değil, sağlık sisteminde hastayı amaca uygun yönlendirme amaçlı bir kontrol aracı gibi kullanmanın daha uygun olduğu düşünülmektedir. Bu paylaşım hastanın hizmet anında katkı payı ödemesi şeklinde doğrudan paylaşım şeklinde olabildiği gibi, hastaların hizmetlere erişiminin zorlaştırılması ve bekleme listelerinin oluşturulması gibi dolaylı yollarla da yapılabilmektedir.<sup>88</sup> Bu bakımdan sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması bir anlamda maliyet paylaşımını azaltan bir uygulama gibi etki etmektedir. Erişimin kolaylaştırıldığı bir sistemde hastanın sürece maddi katılımı, yani bir anlamda elini taşın altına sokması da önemli bir yönlendirme aracıdır. Bu husus doğrudan parasal bir gelir olmaktan ziyade sistemin bozulmasını ve kötüye kullanılmasını önleyici bir araç olması bakımından önemlidir. Hastanın hizmete maddi katılımı sisteme gelir kaynağı gibi görülürse sistemin ana hedeflerinden sapma riski ortaya çıkar. Bu itibarla hastaların hizmetlere maddi katılımı, sürekli izlenerek aracın amaca hizmet ettiği derecede korunacağı veya bu yönde ayarlamaların yapılacağı dinamik bir uygulama olmalıdır.

---

<sup>88</sup> KUTZİN JOSEPH, “Conceptual Framework For Analysing Health Financing Systems And The Effects Of Reforms”. Implementing Health Financing Reform. Lessons from countries in transition. European Observatory on Health Systems and Policies 2010, Ch 1. Pp 3-24

1960 darbesinin gerçekleştiği dönemde ülkedeki sağlık hizmetlerini ve hizmetlerin sosyalleştirilmesi ihtiyacını Nusret Fişek şöyle anlatmaktadır: *Sağlık hizmetleri alanında bir atılım yapabilmek için hizmetleri bir elde toplamak; sağlık personelinin ülke yüzeyine dengeli dağılımına engel olan nedenleri gidermek; az sayıda yatağı bulunan tedavi kuruluşlarından vazgeçerek etkin müesseseler kurmak; yönetim sistemini bölgeselleştirmek ve köylere kadar ulaşabilen evde tedavi örgütü oluşturmak gerekiyordu. İşte sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki yasa bu gereksinimlerin ürünüdür.”*<sup>89</sup>

Yine Nusret Fişek'in Milli Birlik Komitesi için hazırladığı rapordan söz ederken, “ Raporun son bölümünde hekimlere yeterli bir ücret ödenmesini, devlet hizmetinde çalışan hekimlerin muayenehane açmama ilkesinin kabulünü, halkın hekimini seçmekte serbest olmasını, hekimlerin ister sosyalleştirmede isterse serbest hekim olarak çalışmasının sağlanmasını, ana ilke olarak koruyucu hizmetlere önem verilmesini, köy ve kentlerde şu anda bulunmayan örgütün kurulmasının gerektiğini açıkladık.” der .<sup>90</sup>

Görüldüğü gibi, sağlıkta sosyalleştirme ile yapılmak istenenleri gözden geçirdiğimizde, merkezi organizasyon ve planlama yapmak, sağlık personelinin ülkeye dengeli dağılımını temin etmek, sağlık yönetim sisteminde yerelin etkisini artırmak, köylere kadar ulaşabilen sağlık hizmet ağı kurmak, evde tedaviyi öngörmek, koruyucu hizmetlere önem vermek, kamu görevlisi hekimlerin tam gün esasına göre çalışmasını sağlamak, ancak sistem dışındaki hekimlerin serbest meslek icra etmesine fırsat vermek şeklinde özetlenebilir. Bütün bunları Sağlıkta Dönüşüm Programıyla hayata geçirilen Aile Hekimliği uygulaması için de tekrarlamak mümkündür.

Aile hekimliğinin telaffuz edilmeye başlandığı 80'li yıllardan itibaren sağlık ocağı-aile hekimliği, genel pratisyen-aile hekimi ikilemi sağlık politika söylemlerinde yerini almıştır. Bu kavramlara farklı siyasal pencerelerinden bakarak farklı anlamlar yüklenmesi ve sağlık sisteminin entegre birinci basamak

---

<sup>89</sup> FİŞEK, Nusret, Sağlık Dergisi, 37: Sayı:3, Mart 1963

<sup>90</sup> FİŞEK, Nusret, “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesinin Tarihçesi ve Temel İlkeleri”, Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları - I, (Erişim) [http://www.ttb.org.tr/n\\_fisek/kitap\\_1/21.html](http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/21.html), 10.05.2014

örgütlenmesini amaçlayan ana temasının göz ardı edilmesi riski vardır. Halbuki cumhuriyet dönemindeki farklı dönemlere ait sağlık politikalarının aynı temayı hedef olarak seçtiği bilinmektedir. Bu hedef sadece ülkemizde değil, İkinci Dünya Savaşı sonrası oluşan yeni küresel yapılanmada birçok ülkenin politika ajandasında yer almıştır.

224 sayılı sosyalleştirme kanununun gerekçe metninde “Sosyalleştirilmiş tababet en tam manasıyla, İngiltere ile Sovyet Rusya’ya tatbik edilmek olup bu memleketlerde birkaç bin nüfusa bir pratisyen tabip tahsis olunmakta; bunların tedavi edemedikleri vakalarda hastanelere gönderilmektedir.” şeklinde dönemin örneklerine işaret edilmektedir.

İkinci Dünya Savaşından sonra Batı dünyasında birçok ülke sağlık hizmetlerini yaygın ve entegre bir şekilde örgütleme çabaları içinde olmasına rağmen, birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimde en fazla kolaylık sağlayabilen İngiltere örneği olmuştur. 1946’da Milli Sağlık Sistemi (NHS) kanunu kabul edilmiştir ve bu sistem, birçok değişiklikler ve güncellemelerle bugün hala yürürlüktedir. İngiltere Milli Sağlık Sisteminin birçok olumlu ve olumsuz yönleri ileri sürülebilirse de, önemli bir özelliği tedavi ile koruyucu destek hizmetleri arasındaki boşluğu tam olarak giderememiş olmasıdır.<sup>91</sup> İngiltere’den farklı olarak sağlık sigortacılığı prensibine dayalı birinci basamak sağlık hizmetleri organizasyonları İsveç, Fransa ve Almanya gibi ülkelerde oluşturulmaya başlanmıştır.

Eski Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği’nde ise poliklinik ve dispanser hizmetlerine dayalı bir sistem geliştirilmiştir. Sağlık Hizmetleri Halk Komiseri N. Semashko ve Kızıl Ordu Sağlık Kurulu Başkanı Z. Soloviev 1920’de Avrupa ülkelerini gezerek İngiltere ile Almanya’daki uzmanlardan edindikleri sağlık hizmetleri organizasyonuna ilişkin görüşleri ülkelere taşımışlardır. Bunu takiben

---

<sup>91</sup> SHARMANOV, Toregeldy, Almaty, Turning Point of World Health Care. Almaty 2008, AYDIN, Sabahattin, “Sosyalizasyondan Aile Hekimliğine”,Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, sayı:15,2010,s:8

birinci basamak sağlık hizmetlerine yaygın erişimi hedefleyen bir yapılanma başlatılmıştır.<sup>92</sup>

Önemli olan sağlık sisteminin hedeflerine ulaşmasını sağlayacak yapısal örgütlenmeyi kurmaktır. Sistemin hedeflerini göz ardı edip, organizasyonu ya da kurumsal yapıları vazgeçilmez unsurlar gibi görmek, değişen zamana karşı bu yapıların kendilerini yenilemelerine ve günün şartlarına göre güncellemelerine engel olmaktadır. Ana hedefleri bırakıp birinci basamak yapılanmasında genel pratisyen-aile hekimi, ebe, hemşire-aile sağlığı elemanı, sağlık ocağı- aile sağlığı merkezi ikilemelerine odaklanarak tartışma yapmak bütünü görmemizi ve sisteme analitik yaklaşmamızı zorlaştırmaktadır. Süreçte Sağlıkta sosyalleştirme ile kurulmak istenen birinci basamak örgütlenmesi ile Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hayata geçirilen aile hekimliği uygulamasının birbirlerinin karşısı olan sistemler gibi sunulması, her iki modelin de detaylarına inmemize, başarılı ve başarılı yönlerini analiz etmemize ve nihayet bu sistemler içinde kalınarak yapılması gereken reformları doğru olarak öngörmemize engel olmaktadır.

Aslında bu konuya ışık tutan sözler Nusret Fişek'e aittir: "Kişiyeye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri ile ayakta ve evde hasta tedavisi hizmetleri bir arada (entegre olarak) yürütülmelidir. (...) Entegre örgütlenme modelinin en basiti çağdaş aile hekimliğidir. Çağdaş aile hekimi, ailedeki çocukların periyodik muayenelerini ve aşılarını yapar. Annelere çocuk bakımı öğretir. Yaşlıların -varsa gebelerin- periyodik muayenelerini yapar ve gereken önerilerde bulunur. Aile bireyelerine sağlık, ev hijyeni ve kişisel hijyen konularında eğitim verir. Evde hastalanan varsa onları tedavi eder veya gerekiyorsa bir uzmana veya hastaneye gönderir. Bu biçim örgütlenmenin az gelişmiş ülkeler için daha gerçekçi bir modeli, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde öngörülen ekip hizmetleridir."<sup>93</sup>

Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinde bölge esaslı bir planlama söz konusudur. Her 5.000–10.000 kişilik nüfus grubuna bir tabip ve en az iki yardımcı sağlık personelinden ibaret bir ekip verilmesi öngörülmüştür. Kendi ifadesiyle bu teşekkülün adı "sağlık ocağı"dır. Bu ekiplere teknik mahiyetteki yardım ve önderliği

---

<sup>92</sup> SHARMANOV, AYDIN a.g.e.,

<sup>93</sup> FİŞEK, Nusret, "Halk Sağlığına Giriş", Hacettepe Yayınları, Ankara, 1985



ilçelerde kurulan sağlık merkezleri veya varsa ilçe hastaneleri yapacaktır. Bizzat sağlık ocaklarına bağlı olarak da köylerde, yalnız yardımcı sağlık personelinin çalıştığı “sağlık evleri” kurulacaktır. Sağlık evi, sağlık ocağı ve sağlık merkezi kademelerinde yapılan sağlık hizmetlerinden fayda görmeyenler ise illerdeki hastanelere gideceklerdir.<sup>94</sup>

5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanununun *Hizmetin esasları başlıklı 5. Maddesi* “ Aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde kişilerin aile hekimine kaydı yapılır. Bakanlıkça belirlenen süre sonunda kişiler aile hekimlerini değiştirebilirler. Her bir aile hekimi için kayıtlı kişi sayısı; asgarî 1000, azamî 4000'dir. Aralıksız iki ayı aşmayan süreyle kayıtlı kişi sayısı 1000'den az olabilir.” Hükümü ile nüfus tabanlı bir planlama öngörülmektedir. Değişen toplumsal talepler ve doktor sayıları itibarıyla ölçekler farklılık göstermekte, temel ayırım beklentilerin yönetilebilmesi, ölçülü bir rekabetin motivasyon amacı kullanılabilmesi amacıyla aile hekimliğinin nüfus tabanlı olmasıdır.

Sağlık hizmetinin bir ekip işi olduğu tartışmasızdır. Sosyalleştirme modelinde birinci basamak sağlık kuruluşunda bu ekip bir doktor ve en az iki yardımcı sağlık personelinin ibarettir. 5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanunu aile hekimi ve buna bağlı olacak nüfusun asgari ve azami sınırlarını belirlemekle birlikte, aile sağlığı elemanı adıyla tanımladığı sağlık personelinin sayısını kısıtlamamış, hatta bu konuda kanunda muhtemelen bilinçli bir şekilde hiçbir sayı ile ifade edilmemiştir. Mevcut uygulamada her aile hekimiyle birlikte bir aile sağlığı elemanı ile sözleşme yapıldığını görülmektedir. Ancak Kanun bu ekibe sınırsız sayıda aile sağlığı elemanının eklenmesine fırsat tanımaktadır. Ayrıca bir hekim ve asgari bir aile sağlığı elemanından oluşan çekirdek ekip, Aile Sağlığı Birimi olarak sistemde yer almış, birden fazla hekim ve aile sağlığı elemanının bir araya gelerek daha güçlü ekipler oluşturulması teşvik edilmiştir. Bu yapı da sistemde Aile Sağlığı Merkezi olarak bulunmaktadır.

Ülkemizde hekim sayısı ile hemşire sayısının birbirine yakın olduğu dikkate alınırca günümüzdeki uygulamanın bugün için gerçekçi olduğu söylenebilir.

---

<sup>94</sup> ÜNER, FİŞEK, a.g.e. s:80-84

Hemşire, ebe, vb. sağlık personelinin sayısal yeterliğe kavuşturulması halinde birinci basamak ekiplerinin güçlendirilmesi için yasal alt yapı mevcuttur.

Sosyalleştirme kapsamındaki doktorların tam gün esasına göre çalışması öngörülmektedir. Kanunun dördüncü maddesi serbest meslek icra hakkını sadece kamudan maaş almayan hekimlere tanımaktadır. Bu ilke 2005 sonrası Sağlıkta Dönüşüm Programının da ana unsurlarından biri olarak uygulanmak istenmiştir. Her iki dönemdeki sağlık politikaların ve bu politikaların uygulayıcısı olan siyasal iktidarların bu ilkeyi hayata geçirememiş olmasının ekonomik, sosyal ve politik çeşitli nedenleri olduğu malumdur. Bu nedenlerin analiz edilmesi bu çalışmamızın sınırlarını aşmaktadır. Uzman hekimlerin serbest muayenehane açmaya zorlayan nedenler ve kamunun imkânlarını bu muayenehanelere arka bahçe haline getirmeyi teşvik eden organizasyonlar ve yine vatandaş nezdinde pratisyen hekimin önemini düşürecek yönlendirilmiş haberlerin arka planını analiz etmeye ihtiyaç vardır.

Sosyalleştirme Kanununun Gerekçesinde ifade edildiğine göre, "1964 yılından itibaren sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri bütün yurda on yılda ve kademe kademe teşmil edecektir. 1974 yılında nüfusumuz 40 milyonu bulacağına göre 13 yıl içinde tesis masrafı olarak 5,5 milyar lira sarf edilmesi gerekmektedir." Sağlık bütçesi olarak bu kaynakların ne kadarının tahsis edildiği konumuz dışında olmakla birlikte yaygınlaştırma konusunda başarılı olunamadığı malumdur. Bunu sadece siyasal iktidarların konuya sahip çıkma zafiyetine bağlamanın çok doğru olmadığı kanısındayız. İkinci Dünya Savaşından sonra tüm dünyada birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması Dünya Sağlık Örgütü tarafından teşvik edilmiş, ülkemiz de kuruluşundan itibaren Dünya Sağlık Örgütü ile yakın ilişki içinde olmuştur. 1978 Almaata Bildirgesi ile temel sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması anlayışına en yakın ülkelerden birinin Türkiye olduğunu söylemek yanlış olmasa gerektir. Buna rağmen arzu edilen başarının sağlanamamış olmasının, sosyal, ekonomik, bölgesel ve küresel nedenleri araştırılmaya muhtaçtır.

Sağlıkta sosyalleştirme ve Sağlıkta Dönüşüm Programının her ikisinde de, hekimlerin dengeli dağılımını sağlayacak araçlar üzerinde durulmuş ve sözleşmeli çalışmayla teşvik edilmek istenmiştir. Ne var ki, 224 Sayılı Kanunun sözleşmeli personel istihdamını (1 - 3 yıllığına mukavele imzalama) öngören 24. Maddesi, ilk

yıllardan sonra uygulama imkanı bulamamıştır. Mevcut hükmün uygulanamaması ayrı bir tartışma konusudur. Kanununun 24. Maddesi bunu hüküm altına almıştır. Ayrıca 17.9.1963'te Sözleşmeli Çalışma Yönetmeliği yayımlanmıştır. Burada amaç hekimlerin ve yardımcı sağlık personelinin gelirlerini diğer devlet memurlarından farklılaştırarak devletin ücra köşelerine kadar dağılımlarını temin etmek olduğu anlaşılmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulamaya konduğu dönemde ilk adım aynı amaca yönelik benzer bir uygulama yapmak olmuştur. Bunun için 2003 yılında 4924 Sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun yürürlüğe konmuştur.

5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanununun Personelin statüsü ve malî haklar başlıklı 3. Maddesinde de aile hekimliğinde de aynı amaca yönelik düzenleme yapıldığı görülmektedir. “ Sağlık Bakanlığı; Bakanlık veya diğer kamu kurum veya kuruluşları personeli olan uzman tabip, tabip ve aile sağlığı elemanı olarak çalıştırılacak sağlık personelinin, kendilerinin talebi ve kurumlarının veya Bakanlığın muvafakatı üzerine, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu ile diğer kanunların sözleşmeli personel çalıştırılması hakkındaki hükümlerine bağlı olmaksızın, sözleşmeli olarak çalıştırmaya veya bu nitelikteki Bakanlık personelinin aile hekimliği uygulamaları için görevlendirmeye veya aile hekimliği uzmanlık eğitimi veren kurumlarla sözleşme yapmaya yetkilidir. .... sözleşmeli olarak çalışan aile hekimi ve aile sağlığı elemanları kurumlarında aylıksız veya ücretsiz izinli sayılırlar ve bunların kadroları ile ilişkileri devam eder. Bu personelin, sözleşmeli statüde geçen süreleri kazanılmış hak derece ve kademelerinde veya kıdemlerinde değerlendirilerek her yıl işlem yapılır ve bunlar talepleri halinde eski görevlerine atanırlar. Sözleşmeli personel statüsünde çalışmakta iken aile hekimi ve aile sağlığı elemanı statüsüne geçenlerden önceki sözleşmeli personel statüsüne dönmek isteyenler, eski kurumlarındaki boş pozisyonlara öncelikle atanırlar ve bu madde kapsamındaki çalışmaları hizmet sürelerinde dikkate alınır.”

Görüldüğü gibi Aile Hekimliğinde personele sadece farklı ücret politikasıyla sözleşmeli çalışma fırsatı vermekle kalınmamış, devlet memurluğu nedeniyle elde ettikleri hakları korunmuş ve dilemeleri halinde eski görevlerine dönme garantisi verilmiştir. Kısacası geçmişte amaçlanan ancak başarılı olamayan uygulamaların

günün şartları ve beklentilerine göre uygulanabilir hale getirme gayreti güdüldüğü anlaşılmaktadır.

Sosyalleştirmede sağlık ocağı doktorunun o günün şartlarında tanımlanan iş yükü, gücünün üstüne çıkmıştır. Tasarının 38, kanunun 33. Maddesi doktorların işini tanımlamaktadır. Her ne kadar maddenin gerekçe metninde “Bu madde hükmüne göre Hükümet ve belediye tabipleri sağlık ocaklarında ve sağlık merkezlerinde şimdikine nazaran daha az yüklü ve daha çok faal olarak vazife görebileceklerdir.” dense de genel gerekçe kısmında Nizamnameye atıf yapılarak sağlık ocağına devredilen hükümet tabipliği görevlerinin 104 çeşit olduğundan bahsedilmektedir. Şu ifadeler de kanunun gerekçe metninden: “Bir kimsenin sadece bir veya iki yardımcı ile büyük ve umumiyetle dağınık bir nüfus kitlesinin yaşamakta olduğu bir bölgede bu kadar çok hizmeti nasıl başarabileceği, ne kadar düşünülse caizdir.” Bunun yanında, aile hekimliği uygulamasında görevler sadeleştirilmiş, kategorize edilmiş Aile Sağlığı Merkezlerine ilave olarak Halk Sağlığı Merkezleri oluşturulmuş kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile topluma yönelik koruyucu hizmetler kurumlar arasında paylaştırılmıştır.

Netice itibarıyla, sağlık ocakları ağı ile sağlanmaya çalışılan entegre birinci basamak, sağlık örgütlenmesi için günün şartlarında önemli bir görevi yerine getirme uğraşı vermiş ve bugünlere gelinmiştir. Son yıllarda ülkemizdeki değişim, halkın beklentileri ve gelişen dünyanın anlayışı doğrultusunda aile hekimliği uygulaması çerçevesinde bu entegre hizmet ağı yeniden organize edilmektedir. Sağlık ocaklarında yürütülen hiç bir hizmet, aile hekimliği uygulaması ile ihmal edilmemiştir. Anne-çocuk sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik uygulamalar daha fazla geliştirilmiş, Aile Hekimliği Bilgi Sistemi ile tüm nüfus dijital kayıt altına alınmıştır. Anne ve bebek takipleri, aşılama daha iyi izlenir, kontrol edilir ve denetlenir hale gelmiştir. Aile hekimliği uygulamasının getirdiği nüfus tabanlı, tercihe dayalı model doktor-hemşire ile çocukların, annelerin, yaşlıların, kısacası bütün aile bireylerinin iletişiminde farklılık oluşturmuş, zorunlu sevk zinciri uygulanmamasına rağmen birinci basamak hizmetlere ilgiyi artırmıştır. Sağlık ocaklarında verilen hizmetin önüne geçen onlarca formla raporlama işleri basitleştirilmiş, güncelleştirilmiş ve günü gününe dijital ortamda takip edilebilir hale gelmiştir

## KAYNAKLAR

Aile Hekimliği Kanunu, Resmi Gazete, 9/12/2004 /25665

AYDIN, Sabahattin, “Aile Hekimliği Türkiye Modeli” T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara 2006,

AYDIN, Sabahattin, “Sosyalizasyondan Aile Hekimliğine”, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 2010, sayı:15, s:8-11

AYDIN, Sabahattin, MOLLAHALİLOĞLU, Salih. ”Uluslararası Sağlık Kuruluşları ve Türkiye İlişkileri”, E:SUR, Haydar, PALTEKİ, Tuncay, “Hastane Yönetimi”, 2013, İstanbul

ALTAY, Asuman, “Sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni açılımlar ve Türkiye açısından değerlendirilmesi.” Sayıştay Dergisi, Sayı 64,2007,s.43-44

AKIN, Ayşe. “Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulamalarının ilk döneminde yönetim (1963–1980) başarılı oldu mu?” Sağlık reformlarının sağlık yönetimine etkileri sempozyumu. Sempozyum Kitabı; 2009 19–21 Kasım Bursa s: 4–11

BAŞAK, Okay, “Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı”, “ The European Definition of GP / FM”, <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20Turkish%20version.pdf> Erişim tarihi 14.09.2015

Bazı Kamu Kurum Ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun, Resmi Gazete 19.01.2005/25705

BUĞDAYCI, Resul; ŞAŞMAZ, Tayyar; AYDIN, Süha, “Temel Sağlık Hizmetlerinin anlamı ve Bütünlüğü” Yeni Türkiye Dergisi, cilt 7, sayı 3, Mayıs-Haziran 2003, s 174

DEMİREL, Hüseyin, “Çok Partili Siyasi Hayata Geçerken Sağlık Politikaları”,Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, Sayı 8,2008,s.8.

EROĞUL, Cem, “Anatüzeeye Giriş (Anayasa Hukukununa Giriş)”, İmaj yay. Ankara, 1995

FİŞEK, Nusret, Sağlık Dergisi, 37: Sayı:3, Mart 1963

FİŞEK, Nusret, “Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları – I Sağlık Yönetimi” Özgür İnsan Cilt 6,sayı 46,1977  
[http://www.ttb.org.tr/n\\_fisek/kitap\\_1/23.html](http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/23.html), Erişim tarihi: 10.Haziran 2014

FİŞEK, Nusret, “Halk Sağlığına Giriş”, Hacettepe Yayınları, Ankara, 1985

HAYRAN, Osman,” Kısırlaşan Dilimiz Ve Tartışılmayan Sağlık Politikaları”, <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/415/Kisirlasan-dilimiz-ve-tartisilamayan-saglik-politikalari.aspx> , Erişim Tarihi: 07.08.2015

KUTZİN Joseph, “Conceptual Framework For Analysing Health Financing Systems And The Effects Of Reforms”. Implementing Health Financing Reform. Lessons from countries in transition. European Observatory on Health Systems and Policies 2010, Ch 1. Pp 3-24

- KURT, Öner, TAYYAR, Şaşmaz,” Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi: 1961–2003”, Lokman Hekim Journal, 2012; 2 (1),s:21
- ÖZTEK, Zafer, Halk Sağlığı Sözlüğü,1.baskı, T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü,1998
- ÖZTEK, Zafer, “Sağlıkta Kavramlar, Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri”, Yeni Türkiye Dergisi, cilt 7, sayı 3, Mayıs-Haziran 2003, s. 295
- ÖZDEMİR, Yusuf Ekrem, “Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları-Cumhuriyetin Kuruluşundan 1980’li yıllara Sağlık Politikaları”,Yeni Türkiye Dergisi,Sayı 39, Mayıs-Haziran 2001,s 263
- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Resmi Gazete, 12.06.1961/10705
- Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi. DSÖ, Cenevre, 1986
- Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Resmi Gazete 16.6.2006/26200
- SHARMANOV, Toregeldy, Almaty, Turning Point of World Health Care. Almaty 2008
- T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşikatu,”Kalkınma Planı(Birinci Beş Yıl)” Ocak,1963,s 406
- T.C. Milli Birlik Komitesi Genel Kurul Toplantısı, Ankara, Cilt 5,s 21
- Türkiye Sağlık Sektöründe Kurumlar: Niceliksel ve Niteliksel Yetersizlik, Türkiye’nin Sağlığı, [http://www.ttb.org.tr/kutuphane/tr\\_saglik/kurumlar.pdf](http://www.ttb.org.tr/kutuphane/tr_saglik/kurumlar.pdf), Erişim tarihi: 10.08.2015
- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2002, tablo:18 <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2960/temel-saglik-hizmetleri-genel-mudurlugu-calisma-yilligi-.html> Erişim tarihi:11.08.2015
- TEKİN, Gürkan, Sıhhiye Ve Muavenet-İ İctimaiye Vekâleti’nden Sağlık Bakanlığı’na (1920-2000), Ankara Üniversitesi Türk İnkılâp Tarihi Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara,2011.s.102
- UZ, Behçet, Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı, İdeal basım ve Ciltevi, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Sayı:124, Ankara, 1946
- UZ, Behçet, Milli Sağlık Programı Ve Sağlık Bankası Hakkında Etüdler, Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekâleti Neşriyatı, No: 177, Ankara, 1954
- ÜNER, Ragıp, FİŞEK Nusret, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Uygulama Planı Üzerine Çalışmalar, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yay. No 256, Ankara, 1961
- World Health Organization. Health 21: the health for allpolicy framework for the WHO European Region.Copenhagen:WHO Regional Office for Europe;1999.p.2-3.
- “Yüksek Seçim Kurulunun, Anayasanın Halkoyuna Sunulmasının Kesin Sonuçlarına İlişkin 19 Temmuz 1961 tarih ve 106 sayılı Kararı”, *Resmî Gazete*, 20 Temmuz 1961, Sayı 10859

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

Adı	Olcay	Soyadı	Özen
Doğum Yeri	Karaman	Doğum Tarihi	02.11.1981
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	64042348124
E-mail	oozen@medipol.edu.tr	Tel	5334692252

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans		
Lisans	Anadolu Üniv. Fen Fakültesi İstatistik Bölümü	2005
Lise	KaramanYabancı Dil Ağırlıklı Lise	1999

### İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Özel Kalem - Öğr. Görevlisi	İstanbul Medipol Üniv.	2010-5 yıl
2.			-
3.			-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Orta	Orta	Orta

\* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

### Yabancı Dil Sınav Notu #

KPDS	YDS	IELTS	TOEŞ IBT	TOEŞ PBT	TOEŞ CBT	FCE	CAE	CPE
53								

# Başarılmış birden fazla sınav varsa, tüm sonuçlar yazılmalıdır

# KPDS: Kamu Personeli Yabancı Dil Sınavı; YDS: Yabancı Dil Bilgisi Seviye Tespit Sınavı; IELTS: International English Language Testing System; TOEŞ IBT: Test of English as a Foreign Language-Internet-Based Test TOEŞ PBT: Test of English as a Foreign Language-Paper-Based Test; TOEŞ CBT: Test of English as a Foreign Language-Computer-Based Test; FCE: First Certificate in English; CAE: Certificate in Advanced English; CPE: Certificate of Proficiency in English

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	73.724	74.505	66.371
(Diğer) Puanı			

### Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Office	Orta

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Uluslararası ve Ulusal Yayınları/Bildirileri/Sertifikaları/Ödülleri/Diğer

