

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TÜRK İNKİLÂP TARİHİ ENSTİTÜSÜ

SIHHİYE VE MUAVENET-İ İÇTİMAİYE VEKÂLETİ'NDEN
SAĞLIK BAKANLIĞI'NA (1920-2000)

Doktora Tezi

Gürkan TEKİN

Ankara-2011

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TÜRK İNKILÂP TARİHİ ENSTİTÜSÜ

SIHHİYE VE MUAVENET-İ İÇTİMAİYE VEKÂLETİ'NDEN
SAĞLIK BAKANLIĞI'NA (1920-2000)

Doktora Tezi

Gürkan TEKİN

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Temuçin Faik ERTAN

Ankara-2011

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TÜRK İNKILÂP TARİHİ ENSTİTÜSÜ

SIHHİYE VE MUAVENET-İ İÇTİMAİYE VEKÂLETİ'NDEN
SAĞLIK BAKANLIĞI'NA (1920-2000)

Doktora Tezi

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Temuçin Faik ERTAN

Tez Jürisi Üyeleri

Adı ve Soyadı

İmzası

.....
.....
.....
.....
.....

Tez Sınavı Tarihi

Yukarıdaki sonucu onaylarım.

Prof. Dr. Temuçin F. ERTAN

Enstitü Müdürü

ÖZET

İnsan sağlığı dünya tarihinde devletlerin ortaya çıkması ile birlikte devletlerce ilgilenilen başlıca konulardan birisi olmuştur. Çünkü devletin asli unsuru ve temel ögesi ülke topraklarında yaşayan insanlardır. Dolayısıyla devletlerin de varlıklarını sürdürebilmeleri ülkede yaşayan insanların sağlıklı olmaları ile mümkündür.

Bu gün Türkiye Cumhuriyeti'nin üzerinde kurulu bulunduğu Anadolu topraklarında kurulan ilk Türk devletlerinden itibaren bizzat bu devletlerce idare edilen sağlık sistemleri mevcut olmuştur. Anadolu Selçuklu Devleti'nde ve klasik dönem Osmanlı Devleti'nde darüşşifa adı verilen sağlık kurumları temelinde sağlık örgütleri kurulmuştur. Bu örgütlerin en üst kademesinde görevli kamu görevlilerine ise başhekim veya hekimbaşı adı verilmiştir.

19. yüzyıldan itibaren Osmanlı Devleti'nde sağlık sistemi modernize edilerek bazı yeni sağlık kurumları kurulmuş ve sağlık alanında bazı yasal düzenlemeler yapılmıştır. Başlangıçta Nezaret şeklinde örgütlenen sağlık teşkilatı 1914 yılından itibaren Dahiliye Vekâleti'ne bağlı Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiyesi tarafından idare edilmiştir.

1920 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin açılması ile birlikte Türkiye'de sağlık teşkilatlanması tekrar Bakanlık düzeyinde gerçekleşmiştir. Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti adı ile kurulan Bakanlık, ülke genelinde tüm sivil sağlık örgütlenmesinden sorumlu kılınmıştır.

1923 yılında Cumhuriyet'in ilanı sonrasında tüm diğer kurumlarda olduğu gibi Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti'nde de örgütlenme yeniden yapılandırılmıştır. Cumhuriyet Dönemi'nin ilk Sağlık Bakanı olan ve yaklaşık 14 yıl boyunca bakanlık görevinde bulunmuş olan Doktor Refik Saydam döneminde sağlık alanında bir çok yasal düzenleme yapılmış ve bir çok yeni sağlık kurumu kurulmuştur. Buna paralel olarak Vekâletin de merkez ve taşra örgütünde gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Başta bulaşıcı ve salgın hastalıklarla mücadele eden Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti Cumhuriyet İdaresi'nin toplumsal modernleşme projesinin de en önemli kurumlarından biri olmuştur.

Doktor Refik Saydam sonrası özellikle Behçet Uz döneminde, sağlık sisteminin çağın gereklerine göre yeniden yapılandırılması için bazı çabalar sarf edilmeye çalışılmış ise de yeniden yapılandırma ancak 60'lı yıllardan itibaren gerçekleştirilebilmiştir.

60'lı yıllardan itibaren planlı döneme geçilmesi ile birlikte, Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Doktor Nusret Fişek tarafından hazırlanan plan çerçevesinde sağlık hizmetleri sosyalleştirilmiş ve köylere kadar ulaşan sağlık kurumları kurulmuştur. Bu bağlamda Bakanlığın merkez ve taşra örgütünde de değişiklikler olmuştur. Bu dönemden itibaren uygulanacak olan sağlık politikaları hazırlanan beş yıllık kalkınma planları ile belirlenmiş ve Sağlık Bakanlığı'na uygulanmıştır.

80'li yıllardan itibaren ise ülkede liberal politikalar izlenmeye başlamış ve sağlık alanında da bu doğrultuda yasal düzenlemeler yapılmıştır. 90'lı yıllarda yapılan yasal düzenlemeler ve uygulanmaya başlayan sağlık projeleri ile liberal sağlık politikaları desteklenmeye çalışılmış ancak örgütsel anlamda liberalleşme tam anlamı ile gerçekleştirilememiştir.

2000'li yıllardan itibaren ise bahsedilen liberalleşme politikaları doğrultusunda Türkiye'deki sağlık örgütlenmesi yeniden yapılandırılmaya başlamıştır.

Anahtar Kelimeler: Behçet Uz, Nusret Fişek, Refik Saydam, Sağlık, Sağlık Bakanlığı, Sıhhiye ve Muavenet-i İctimaiye Vekâleti.

ABSTRACT

After the emergence of states in world history human health has become one of the main issues of states since the people living in the territory of the country is the essential and basic element of the state. Accordingly, survival of the states is bound to healthy people living in the country.

There have been health care systems in the first Anatolian Turkish States which have been conducted by these states. Health organizations of Anatolian Seljuk Empire and classical period Ottoman Empire were based on the health institutions called as darüşşifa (health cottage) The top level government officials in charge of the organizations were called as başhekim or hekimbaşı (chief physician).

As of 19th century health system has been modernized by establishment of some new health institutions and inuring of new legal regulations in the Ottoman Empire. The health system that was organized as a ministry at the beginning has been reorganized as a Medical Directorate of Ministry of Internal Affairs.

After the opening of Turkish Grand National Assembly in 1920 the health system was organized as a Ministry again. The civilian health care system of the country has given under the charge of the new ministry founded as Ministry of Health and Public Welfare.

In 1923, after the proclamation of the Republic like all other institutions organization of the Ministry of Health and Public Welfare has been also restructured to include the whole country. In the period of Refik Saydam who was the first Minister of Health of the Republic and served as the minister for nearly 14 years a lot of health legislations were inured and many new health facilities have been established. Also, necessary arrangements have been made in the central and provincial organizations of the Ministry. The Ministry that was mainly fighting against communicable and epidemic diseases has been one of the most important institutions in the social modernization project of the Republican Administration.

In the period after Refik Saydam, especially during the ministry of Behçet Uz's some efforts have been devoted to restructure the health system according to requirements of the era. However, the mentioned reconstruction could be realized as of 60's.

As of 60's after transition to period of planning health services were socialized and new institutions reaching up to villages have been established. In this context, some changes took place in the central and provincial organization of the Ministry. As of this period, health

policies to be applied were identified in the five-year development plans and implemented by the Ministry of Health.

As of 80's since the liberal policies were started to pursue in the country and new legal regulations have been inured in the field of health in line with the new liberal approach. The liberal policies were tried to support by legal regulations and health projects in the 90's. However, the organizational liberalization could not be realized during 90's.

As of 2000's, health care organization of Turkey has been started to restructure in line with the mentioned liberalization policies.

Key words: Behçet Uz, Health, Ministry of Health, Ministry of Health and Social Assistance, Nusret Fişek, Refik Saydam.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
ABSTRACT.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	v
ÖNSÖZ.....	x
KISALTMALAR.....	xii

GİRİŞ

A. Kuramsal Çerçeve.....	1
B. Sağlık İle İlgili Temel Kavramlar.....	6
C. Sıhhiye Ve Muavenet-İ İçtimaiye Vekâleti'nin Kuruluşu Öncesinde Sağlıkta Gelişmeler.....	10
1. Anadolu Selçukluları'ndan 19. Yüzyıl Osmanlısına Sağlıkta Gelişmeler.....	10
2. Osmanlı Modernleşmesi Sürecinde Sağlıkta Gelişmeler.....	19

1.BÖLÜM

SIHHİYE VE MUAVENET-İ İÇTİMAİYE VEKALETİ (1920 - 1945)

1.1. Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti'nin Kuruluşu.....	29
1.2. Milli Mücadele Döneminde Vekâletin Faaliyetleri.....	32
1.3. Cumhuriyetin İlanı Sonrasında Vekâletin Faaliyetleri.....	39
1.3.1. Doktor Refik (Saydam) Bey ve Sağlık Politikaları.....	41
1.3.1.1. Vekâletin Merkez ve Taşra Örgütü ile Personel Durumu.....	42
1.3.1.2. Sağlık Hizmetlerinde İnsan Gücü Politikası.....	44
1.3.1.3. Örgütlenme Politikası.....	47
1.3.1.4. Sağlık Kurumları.....	48
1.3.1.5. Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele.....	53

1.3.1.6. Dönem İtibarıyla Vekâlet Bütçesi ve Konsolide Devlet Bütçesi Rakamları.....	66
--	----

1.3.1.7. Dönemde Yürürlüğe Giren Sağlık Mevzuatı.....	67
---	----

2. BÖLÜM

ÇOK PARTİLİ HAYATA GEÇİŞ SONRASI SAĞLIK VE SOSYAL YARDIM BAKANLIĞI (1945-1960)

2.1. Çok Partili Hayata Geçiş Sonrası Sağlıkta Gelişmeler.....	75
2.1.1. Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı.....	77
2.1.2. Bakanlık Taşra Hizmet Birimlerinin Çeşitliliğin Ortaya Çıkması.....	93
2.1.3. 1945-1950 Arası Vekâlet Bütçesi ve Konsolide Devlet Bütçesi Rakamları.....	94
2.2. Demokrat Parti Dönemi.....	94
2.2.1. Sağlık Merkezlerinin Yaygınlaştırılması.....	94
2.2.2. Bakanlığın 1949–1953 Arası Personel Durumu.....	98
2.2.3. Milli Sağlık Programı 1954.....	99
2.2.4. Demokrat Parti'nin Farklı Uygulamaları.....	112
2.2.5. Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele.....	112
2.2.6. 1950-1960 Arası Vekâlet Bütçesi ve Konsolide Devlet Bütçesi Rakamları.....	114

3. BÖLÜM

27 MAYIS 1960'TAN 12 EYLÜL 1980'E SAĞLIK VE SOSYAL YARDIM BAKANLIĞI

3.1. 27 Mayıs Askeri Müdahalesi ve 1961 Anayasası (Planlı Dönemin Başlangıcı).....	116
3.1.1. Askeri Müdahale ve Sağlık Bakanlığı.....	119

3.2 Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi.....	122
3.2.1 Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesinin Önemi.....	123
3.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu Çalışmaları.....	123
3.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun.....	128
3.2.4. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu'nun Uygulanması..	139
3.3. Planlı Dönemdeki Diğer Gelişmeler.....	141
3.3.1. Devletin Nüfus Politikasının Değişmesi.....	141
3.3.1.1 Nüfus Politikasının Değişmesi ile İlgili Tartışmalar.....	145
3.3.2. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967).....	150
3.3.3. Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü'nün Kurulması.....	155
3.3.4. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972).....	156
3.3.5. Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977).....	159
3.3.6. Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun.....	163
3.3.7. 1965-1980 Yılları arası Bakanlığın Sağlık Personeli Durumu.....	164
3.3.8. 1961-1980 Yılları arası Bakanlık Bütçesi ile Konsolide Devlet Bütçesi Karşılaştırması.....	165

4. BÖLÜM

1980-2000 ARASI SAĞLIK (VE SOSYAL YARDIM) BAKANLIĞI

4.1. 12 Eylül Askeri Müdahalesi ve Sağlıkta Gelişmeler.....	167
4.1.1. 12 Eylül Askeri Müdahalesi ve 1982 Anayasası.....	167
4.1.2. Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983).....	169
4.1.3. Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun.....	173
4.2. Demokrasiye Dönüş Sonrası Sağlıkta Gelişmeler.....	174
4.2.1. 181 Sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname.....	174

4.2.2. Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989).....	176
4.2.2.1. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu.....	181
4.2.3. Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994).....	188
4.2.3.1. 181 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Yapılan Değişiklik.....	191
4.2.3.2. Yeşil Kart Uygulaması.....	192
4.2.3.3. 1990 – 1994 - 1997 Sağlık Projeleri.....	193
4.3. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000).....	196
4.3.1. Yedinci Planın Sonuçları.....	200
4.4. 1980-2000 Yılları arası Bakanlık İstatistikleri ve Merkez Teşkilatın Son Durumu.....	202
4.4.1. Bakanlık Bütçesi ile Konsolide Devlet Bütçesi Karşılaştırması.....	202
4.4.2 1981-2000 Yılları arası Bakanlığın Sağlık Personeli Durumu.....	203
4.4.3. 2000 Yılı İtibarıyla Sağlık Bakanlığı Merkez Örgütü.....	204
4.4.3.1. Ana Hizmet Birimleri.....	204
4.4.3.2. Danışma ve Denetim Birimleri.....	212
4.4.3.3. Yardımcı Birimler.....	215
4.4.3.4. Bağlı kuruluşlar.....	218
4.4.3.5. Diğer Birimler.....	220
4.5. 2000 Yılı Sonrası Sağlık Alanında Bazı Gelişmeler.....	220
SONUÇ	222
KAYNAKÇA	228
EKLER	238

ÖNSÖZ

Bu çalışmada, Milli Mücadele ile birlikte doğan ve Cumhuriyet ile birlikte büyüyen ve gelişen bir kurum olarak ilk adı ile Sıhhiye ve Muavenet-i İctimaiye Vekâleti ve son adıyla Sağlık Bakanlığı'nın, doğuşundan 2000 yılına kadar geçen dönemdeki kurumsal gelişimi ve uyguladığı politikaları tarih metodolojisi bağlamında incelemeye çalıştık.

Tarih biliminin bir alt dalı olan kurum tarihi çalışmaları Türkiye için yeni sayılabilecek bir alandır. Dolayısıyla bu alanın metodolojisi de gelişme aşamasındadır. Bundan hareketle çalışmaya başlamadan önce özellikle 90'lı yılların başından itibaren yapılmaya başlamış olan kurum tarihi çalışmalarını inceledik. Bu inceleme sonucunda nasıl bir metot izleyebileceğimiz ve ne tür sorunlarla karşılaşabileceğimiz hakkında bilgi sahibi olduk. Çalışma süresince de özellikle birinci el kaynaklara ulaşma konusunda sorun yaşadık. Türkiye'de arşivciliğin yeteri ölçüde gelişmemiş olması bu sorunun temel sebebidir. Bakanlığın kendine ait arşivinde son beş yıla ait belgeler haricinde herhangi bir şeye ulaşamamış olmamız bunu açıkça ortaya koymaktadır. Özellikle Bakanlık yayınlarına ulaşma konusunda en fazla yararlandığımız kurum Bakanlığın Refik Saydam Kütüphanesi oldu.

Bazı belgeleri ve ekler bölümünde görülebilecek haritaları Başbakanlık Cumhuriyet Arşivi ve Milli Kütüphaneden edindik. Bakanlık tarafından çıkarılmış olan mevzuat için bakanlık yayınlarının yanı sıra Resmi Gazete'den yararlandık.

Sonuçta bu gün Türkiye'de verilen sağlık hizmetleri ile ilgili her anlamda en önemli kurum olan Sağlık Bakanlığı'nın kuruluşundan itibaren hangi evrelerden geçtiğine, kimler tarafından nasıl yönetildiğine ve uyguladığı politikalara ilişkin fikir sahibi olunabilecek bir çalışma yapmış olduğumuzu umuyoruz.

Bu çalışmaya başlarken Sağlık Bakanlığı'nda görev yapmaktaydım. Zaten bu kurum hakkında çalışma yapma fikri de bundan dolayı ortaya çıktı. 2008 yılında Bakanlıktan ayrıldım. Yedi buçuk yıl görev yapmış olduğum kurum ile ilgili bir çalışma yapmış olmak benim için gerçekten önemli.

Başta bana bu çalışmayı yapmam konusunda fikir veren, beni cesaretlendiren ve çalışmanın her aşamasında emeği olan tez danışmanım ve hocam Prof. Dr. Temuçin Faik Ertan'a, görüş ve tavsiyelerinden dolayı tez izleme komitemde bulunan hocalarım Prof. Dr. Yavuz Ercan ve Prof. Dr. Mustafa Yılmaz'a ve çalışmalarım esnasında benden yardımlarını esirgemeyen eşime ve arkadaşlarıma teşekkürlerimi borç bilirim.

KISALTMALAR

AET: Avrupa Ekonomik Topluluğu

a.g.e: adı geçen eser

a.g.m: adı geçen makale

B.C.A: Başbakanlık Cumhuriyet Arşivi

bkz: bakınız

C: Cilt

CHP: Cumhuriyet Halk Partisi

DP: Demokrat Parti

DPT: Devlet Planlama Teşkilatı

DYP: Doğru Yol Partisi

ed: editörlüğünde

MBK: Milli Birlik Komitesi

MGK: Milli Güvenlik Konseyi

OECD: Organization of Economic Cooperation and Development.

S: sayı

s: sayfa

SES: Sağlık Enformasyon Sistemi

SHÇEK: Sosyal Hizmetler ve ocuk Esirgeme Kurumu

SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu

SSYB: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı

TBMM: Türkiye Büyük Millet Meclisi

TODAİE: Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü

yay: yayınları

GİRİŞ

A. Kuramsal Çerçeve

Araştırma Konusunun Tanımı, Amacı, Önemi ve Konuya Yaklaşım

Bu araştırmada, 1920 yılında kurulmuş olan Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti'nin, kurulduğu günden 2000'li yıllara kadar geçen süre içerisinde, Türkiye Cumhuriyeti'nin yeni bir kurumu olarak, izlemiş olduğu sağlık politikaları ile Türk toplumunun modernleşmesi sürecindeki etkisi ve buna paralel olarak kurumun da merkez ve taşra örgütlerinin modernleşme süreci incelenmiştir.

Çalışmanın konusunu, 1920 yılında kurulmuş olan Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti'nin, merkez ve taşra örgütlerinin kuruluş, gelişme ve değişme süreçleri, devlet politikaları ile bağlantılı olarak uygulamış olduğu sağlık politikaları ve başta isim olmak üzere merkez ve taşra örgütlenmelerinde ortaya çıkan değişiklikler oluşturmaktadır.

Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin açıldığı tarih olan 23 Nisan 1920'den itibaren, yeni Türk Devletinin kurumsal temellerinin atılması için de çaba sarf edilmiştir. Günümüzdeki Sağlık Bakanlığı da, o dönemde Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti adıyla Türk toplumu için yeni bir örgütlenme tipi olarak belirmiştir. Vekâlet bu anlamda, İmparatorluktan Cumhuriyet'e geçiş süreci içerisinde kurulan ve genç Türkiye Cumhuriyeti Devleti ile birlikte doğan, büyüyen ve gelişen bir kurum olmuştur.

Araştırmada, ilk adıyla Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti'nin, günümüzdeki adıyla Sağlık Bakanlığı'nın kurum olarak ve Bakanlıkta görev alan bakanlar ile önemli bürokratların, Türkiye'deki sağlık politikalarına ilişkin uygulamalarının karşılaştırmalı olarak incelenmesi ana hedeftir.

Türkiye Cumhuriyeti Tarihi ile ilgili araştırma ve incelemelere bakıldığında, Sağlık Bakanlığı teşkilatı ile ilgili olarak yukarıda belirtilen şekilde herhangi bir kurum tarihi çalışmasının yapılmadığı görülmektedir. Tezin başlığına yakın bir takım araştırmalar bulunmasına karşın, bunların birçoğu hekimlik mesleğine dönük ve yöntem açısından tarihçilikten uzak araştırmalardır. Elbette bu durum, söz konusu araştırmaların değersiz olduğu anlamını taşımamaktadır. Bununla birlikte günümüzde toplumla bire bir ilgili olan ve yaygın örgütlenme gücü bulunan Sağlık Bakanlığının, kuruluşundan günümüze tarihsel gelişimi incelenmeye muhtaç bir konudur. Araştırmamız, bu boşluğu doldurmayı ve başka başlık ve içeriklerle yakın konularda yapılmış olan çalışmaları tamamlayıcı bir araştırma olmayı hedeflemektedir.

Yapılan literatür taramasında, tezin hem başlığına hem de konusuna yakın az sayıda çalışma ile karşılaşılmıştır. Söz konusu çalışmalardan ilk göze çarpanı, Erdem Aydın'ın *Türkiye'de Sağlık Teşkilatlanması Tarihi* başlıklı çalışmasıdır. 1950'li yılların sonlarına kadar Türkiye'de Sağlık Teşkilatlanması tarihini fazlaca ayrıntıya girmeden ele almış olan çalışma daha çok taşra teşkilatı üzerinde yoğunlaşmıştır. İkinci olarak, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca 1973 yılında hazırlanmış olan *Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl* başlıklı çalışma daha çok bahsedilen süre içerisinde halka sunulan sağlık hizmetlerini içerse de, hazırlanmış olduğu yıla ait bakanlık merkez ve taşra örgütlenmesi hakkında önemli bilgiler içermektedir. Bunların yanı sıra Yüksek Öğretim Kurumu Yayın ve Dokümantasyon Merkezinde yapılan tarama sonucunda Türkiye'deki Sağlık Politikaları ile ilgili üç adet doktora tezinin bulunduğu görülmüştür. Meliha Özpekcan tarafından hazırlanmış olan *Türkiye Cumhuriyetinde Sağlık Politikası (1923–1938)*, Ali Gürsel tarafından hazırlanmış olan *Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları (1920–1960)*, Filiz Koçak tarafından hazırlanmış olan *Türkiye'de Sağlık Politikasının Gelişimi* başlıklı tezlerde temelde devletin izlemiş olduğu sağlık politikaları incelenmiştir. Bahsedilen çalışmaların tamamı bu çalışmada kaynak olarak kullanılmıştır.

Kurum Tarihciliği

Araştırma, bir kurum tarihi çalışması olduğundan kurum tarihciliği üzerinde durmakta yarar vardır.

Kurum tarihi, Türkiye'de son yıllarda tarih araştırması yapanların ilgilendiği yeni bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle 90'lı yılların ikinci yarısından itibaren kurum tarihi çalışmalarının arttığı görülmektedir.

Kurum tarihi nedir ve nasıl yazılır? Sorusuna verilecek cevap, tarih nedir ve nasıl yazılır? sorusuna verilecek cevaptan çok da farklı olmamalıdır. Çünkü kurum tarihi, tarih biliminin alt dalıdır ve onunla aynı soruların cevaplarını arar. Tarih, “geçmişle uğraşan kişilerin kanıtlara ve belgelere dayanarak kurmaya ve şekillendirmeye çalıştıkları geçmiş imgesi”¹ veya bu imgenin, zaman-mekân, neden-sonuç dörtlüsü bağlamında incelenmesi iken, kurum tarihi, bu işin incelenen kurumlar bağlamında yapılmasından başka bir şey değildir.

Genel anlamda tarihin aktörleri imparatorluklar, devletler, devlet adamları, komutanlar, ordular ve sınıflar iken kurum tarihinin aktörleri, içinde buldukları

¹ Salih Özbaran, **Tarih, Tarihiçi ve Toplum**, Tarih vakfı yay. 3. Basım, İstanbul, s 11

toplumlarla etkileşim içerisinde olan, belli bir büyüklüğün üzerinde, kurucularından bağımsız olarak toplumda bir kişilik edinmiş kurumlardır. Bu kurumları, siyasi partiler, devlet kurumları, kamu iktisadi teşebbüsleri, bankalar, büyük özel sanayi kuruluşları, vakıflar, sendikalar, büyük eğitim kurumları ve benzeri şekilde sıralamak mümkündür. Burada ayırt edici özellik, yukarıda da sözü edildiği gibi kurumun toplumda kendine özgü bir yer edinmiş olmasıdır. Yani kurumun sahipleri, yöneticileri tanınmasa bile kendisinin toplumun büyük kesimi tarafından bilinmesi yeterli olacaktır.²

Kurum tarihi çalışması sadece hakkında araştırma ve inceleme yapılan kurumun tanıtılması ve insanların o kurumun geçmişi ve bu güne nasıl geldiği hakkında bilgi edinmesi amacıyla mı yapılır? Bu sorunun cevabını İzzet Öztoprak'ın Atatürk Orman Çiftliği'nin Tarihi adlı eserinin önsözünde bulmak mümkündür: “ ... kurum tarihleri; tarihleri yazılan kurumun tanıtılmasının yanı sıra, o kurumun işlevi bakımından olduğu kadar aynı zamanda sosyal, iktisadi, kültürel, askeri, siyasi ve benzeri açıdan bir ulusun kat ettiği yolu gösterdiği gibi devletin inşa ve gelişiminin somut bir biçimde ortaya çıkmasına katkı sağlar. Ayrıca kurum tarihlerinin toplumun; tarihlerini tanıması, öğrenmesi, ilgi ve alaka duyması bakımından olduğu kadar ulusal bilinç ve ortak kültürel değerlerin benimsenmesi açısından da bir çeşit katalizör etki yapacağı açıktır.”³ Görüldüğü gibi, bir kurumun tarihini incelemek aynı zamanda o kurumun geçirmiş olduğu evreler ile birlikte, içinde bulunduğu toplumun ve ülkenin de gelişim sürecini incelemektir. Toplum ile kurum arasındaki etkileşim, devlet ile kurum arasındaki etkileşim ya da ulusal veya uluslararası olayların kuruma olan etkileri, kurum tarihinin konuları arasına girmektedir.

Kurum Tarihciliği Bağlamında Araştırmanın Yöntemi ve Sınırlılıklar

Kurum tarihi çalışmalarının oturmuş, herkes tarafından kabul görmüş belli bir yöntemi bulunmamaktadır. Dolayısıyla, yapılan her çalışmanın, edinilen her deneyimin, konu ile ilgili yapılacak tartışmaların, yazılacak makalelerin düzenlenecek konferans ve panellerin önemi ortaya çıkmaktadır. Ne şekilde olursa

² İlhan Tekeli, **Birlikte Yazılan ve Öğrenilen Bir Tarihe Doğru**, Tarih Vakfı Yurt yay. İstanbul, 2007. s 198

³ İzzet Öztoprak, **Atatürk Orman Çiftliğinin Tarihi, Atatürk'ün 125. Doğum Yıldönümü'ne Armağan**, Atatürk Araştırma Merkezi yay. Ankara, 2006, Önsözden

olsun yapılan her çalışma, kurum tarihi yazıcılığı için bir yöntemin ortaya çıkmasına katkıda bulunacaktır.⁴

Her ne kadar oturmuş bir yöntem bulunmasa da yapılan çalışmalara bakıldığında genel itibarla birbirine benzer yollar izlendiği görülmektedir.

Bir kere kurum tarihi bir yana tüm tarih çalışmalarında birinci el kaynaklara ulaşmak ve bunlardan yararlanmak öncelikli amaçtır.

Kurum tarihi çalışmalarında da üzerinde çalışılacak olan kuruma ait birinci el kaynaklara ulaşılmaya çalışılacaktır. Burada birinci el kaynak olarak, kuruma ait belgeler, raporlar, yıllık envanterler, varsa kuruma ait kuralları içeren kanun, tüzük, yönetmelik, yönerge, genelge benzeri evrak, varsa kurumun resmi yayınları, kurumda çalışmış olan kişilere ait anılar, konuşma metinleri ya da bu kişiler ile yapılan röportajlar sayılabilir. Bu araştırmada da öncelikle Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan ve uygulanan mevzuata ulaşılmaya çalışılmıştır. Bu konuda büyük ölçüde başarı sağlandığı söylenebilir. Özellikle tezin birinci kez teslimi sonrasında Başbakanlık Cumhuriyet Arşivi tekrar taranmış ve 1960 sonrası bazı belgelere ait arşivlerin açıldığı görülmüştür. Dolayısıyla elde edilen bu yeni belgeler çalışmaya eklenmiştir.

Yukarıda sayılan birinci el kaynakların büyük bölümüne ulaşmak için öncelikle üzerinde çalışılan kurumun düzenli bir arşivinin olması gerekmektedir. Yapılmış olan kurum tarihi çalışmalarına bakıldığında, genellikle kurumların arşivlerinin yeterli olmadığı anlaşılmaktadır. Bu çalışmada Sağlık Bakanlığı'nın yeterli bir arşivinin olmayışı karşılaşılan en önemli sorunlardan biri olmuştur.

Arşivlerin yanı sıra anılar ve sözlü tarih kaynakları da kurum tarihi çalışmalarında önemli birer birinci el kaynak sayılabilir. Kurumun kurucuları, sahipleri, yöneticileri, çalışanları gibi kurum hakkında bilgi sahibi olabilecek kişilerin, varsa anılarından yararlanılabilir. Bunun yanı sıra, bu kişilerle yapılmış olan röportajlar da kurum hakkında önemli bilgilere ulaşılabilecek birinci el

⁴ İlhan Tekeli, "Kurum Tarihi Yazımında Bir Aşama Olarak Emlak Bankası Tarihi", Murat Güvenç, Oğuz IŞIK, **Emlak Bankası 1926-1998**, Emlak Bankası yay. İstanbul, 1999, s xi

kaynaklardandır. Çalışmada bahsedilen türde kaynaklara ulaşılmaya çalışılmış ve bazı röportajlara ve konuşma metinlerine ulaşılabilmektedir.

Bazı kurumlar yıllık çalışmalarını, istatistiklerini her yıl kitap haline getirip yayınlamaktadırlar. Bunun yanı sıra, bazı kurumlar kendi gazete ve dergilerini çıkarmaktadırlar. Kurumlara ait süreli yayınlar ve diğer yayınlar da birinci el kaynaklardan sayılabilir. Sağlık Bakanlığı'na ait istatistiklerin büyük kısmına bakanlık tarafından çıkarılmış olan süreli yayınlardan ulaşılabilmektedir. Bunun yanı sıra Türkiye İstatistik Kurumu'ndan da bazı veriler elde edilmiştir.

Araştırmada birinci el kaynakların yanı sıra, Bakanlıkla, sağlık sektörü ile incelenecek dönemdeki siyasi, ekonomik, toplumsal tarih ile ilgili yazılmış olan kitaplar, makaleler ve benzeri yayınlar, ayrıca gazeteler, dergiler gibi süreli yayınlar ikinci el kaynaklar olarak kullanılmıştır.

Çalışmada elden geldiğince internet kaynaklarının kullanılmamasına çalışılmış ise de başta Sağlık Bakanlığına ait olmak üzere bazı yayınların basılı olmaması ve bunların sadece resmi internet sitelerinde bulunması nedeniyle bu kaynaklar internet adresleri referans gösterilerek kullanılmıştır.

Çalışmanın yazım aşamasında ise öncelikle tarih metodolojisi ve terminolojisi göz önüne alınmaya çalışılmıştır. Çünkü başta da vurgulandığı gibi kurum tarihi çalışması, temelde bir tarih çalışmasıdır.

Yazım aşamasında, öncelikle yazılacak olan eserin kurgusu yapılmaya çalışılmıştır. Kurumun geçirmiş olduğu evreler belirlenirken belli kırılma noktalarının tespiti yapılmış ve kurgu bu kırılma noktaları üzerine kurulmuştur.

Araştırma Soruları / Hipotezler

— Kurtuluş Savaşı yıllarında yaşanan tüm olumsuz koşullara rağmen, ülkenin tamamını kapsayacak, diğer kurumlardan bağımsız, bir sağlık teşkilatı kurulması gerektiği

düşünülmüş ve ilk Türkiye Büyük Millet Meclisi İcra Vekilleri Heyeti içinde sağlık ve sosyal yardımdan sorumlu bir bakanlığın kurulmasına karar verilmiştir.

— Bu yeni bakanlık ulus-devlete geçiş sürecinde önemli roller üstlenmiştir.

— Sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması amacıyla vekâletin kuruluşundan itibaren illerde taşra sağlık örgütleri kurulmaya başlanmış, yeni hastane ve dispanserler yapılmıştır. Ancak bunun yanı sıra özellikle görece daha az gelişmiş bölgelere sağlık personeli gönderme konusunda sıkıntılar yaşanmış ve bu sebeple doktorlara zorunlu hizmet uygulaması getirilmiştir.

— Bakanlığın ismi Cumhuriyet tarihi boyunca değişikliklere uğramıştır.

— Kuruluşundan itibaren Sağlık Bakanlığı teşkilatının tüm ülkeye sağlık hizmeti sunabilmesi için ne gibi çalışmalar yapılmış ve bu amaçla hangi kanunlar çıkarılmıştır?

— Bakanlığın isminde hangi gerekçelerle değişiklikler yapılmıştır?

— Bakanlık tarihi boyunca gerek örgütlenme ve gerekse personel istihdamı konusunda ne denli ilerleme sağlanmıştır?

B. Sağlık ile İlgili Temel Kavramlar

Genel Olarak Sağlık ve Sağlık Hizmeti

Kelime anlamı olarak sağlık, “Vücudun hasta olmaması durumu, vücut esenliği, esenlik, sıhhat, afiyet”⁵ olarak tanımlanırken, Dünya Sağlık Örgütü Anayasası’nda şöyle bir tanım yapılmıştır: “Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruha ve sosyal yönden tam iyilik halidir.” Bu tanımda fiziksel iyiliğin yanında sosyal ve ruhsal iyilik hali de göz önünde bulundurulmuştur.⁶ Sağlık hizmeti ise 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.⁷

Sağlık, insanın yeryüzünde var olması ile doğrudan ilgili olduğundan, sağlığın tarihi için “İnsanlık tarihi kadar eskiye dayanmaktadır” ifadesi doğru bir önerme olacaktır.

⁵ **Büyük Türkçe Sözlük**, Türk Dil Kurumu yay.

⁶ Bilal Ak, “Kavramlar ve Sağlık Sistemi” **Yeni Türkiye Dergisi**, C. 7, S. 3, Mayıs-Haziran 2003, s 299

⁷Zafer Öztekin, “Sağlıkta Kavramlar, Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri”, **Yeni Türkiye Dergisi**, C. 7, S. 3, Mayıs-Haziran 2003, s 295

İnsanlar tarih öncesi çağlardan bu yana sağlıklarını korumak amacıyla çeşitli yöntemler geliştirmişlerdir. Çünkü insanın yeryüzündeki varlığı ile birlikte sağlık sorunları da ortaya çıkmıştır. İnsanlar ilkel çağlarda karşılaştıkları sağlık sorunlarını, hayvanları gözleyerek, deneme yanılma metodu kullanarak veya büyü gibi yollara başvurarak çözmeye çalışmışlardır. Zamanla bu sorunları çözmeyi kendisine zanaat haline getiren insanlar ortaya çıkmış ve böylece tıbbın temelleri atılmaya başlamıştır. Bilinen ilk hekimlerden biri Yunanlı Hekim Hipokrat'tır. Onun zamanına kadar din, felsefe ve mitolojinin etkisinde bulunan Yunan Hekimliği bu mistik etkilerden arınarak (zamanına göre) akılcı, bilimsel bir anlayışa sahip bir sanat haline gelmiştir. Milattan önce 460–370 tarihleri arasında yaşadığı kabul edilen Hipokrat'ın, adının günümüze kadar ulaşmasının nedeni onun günümüz tıp biliminin başlangıcı kabul edilmesidir. Hipokrat, gözlem ve deneye dayanan tıbbın kurucusudur. Buluşları bu gün dahi değerini korumaktadır. Hipokrat yüzü, Hipokrat parmağı, karın muayenesinin esasları ve epilepsi hakkındaki tanımları çok değerli yapıtlar olarak kabul edilmektedir.⁸

İnsan sağlığı ile ilgili sorunlar tarihin akışı içerisinde insan nüfusunun artması, büyük devletlerin kurulması ve devlet kavramının gelişimi ile paralel olarak bireysel sorunlar olmaktan çıkmış, giderek devletlerin sorunu olmaya başlamıştır. Klasik tanımıyla devlet, amacı toplumsal düzenin, adaletin ve toplumun iyiliğinin sağlanması olan, belli bir toprak parçası üzerinde yerleşmiş bir insan topluluğuna dayanan ve bu topraklar üzerinde meşru kontrole sahip bir örgütle donanmış sosyal bir organizasyondur.⁹ Devletin bu şekilde basit bir tanımı yapıldığında görülmektedir ki, bu örgütün temel kuruluş amaçlarından biri, bahsedilen o toprak parçası üzerinde yaşayan ve adına yurttaş denilen insan topluluğunun iyiliğinin sağlanmasıdır.

Geleneksel dönemdeki devletlerin temel işlevleri dış saldırılara karşı ülkenin korunması ve içeride düzenin sağlanmasından ibaretti. Bunun için geleneksel devlet kendi ülkesini koruyabilecek bir ordu ve kendisini finanse edebilecek bir vergi sistemi oluşturmuştu. Burada bile sağlık hizmetine ihtiyaç vardı. Çünkü öncelikle ülkeyi koruyacak olan ordunun sağlıklı insanlardan oluşması ve savaşlarda zarar gören askerlerin iyileştirilmesi gerekmekteydi. Bunun yanında üretimin düzenli bir şekilde yapılabilmesi ve dolayısıyla vergilerin düzenli toplanabilmesi için halkın da sağlıklı olması gerekirdi. Diğer yandan modern devlet, bir ulus kavramı çerçevesinde şekillenmekte ve iktidarın meşruiyetini ve kaynağını bu ulusa dayandırmaktadır. Modern devlet yalnızca ulusunu dış tehlikelerden

⁸ İlhami Nasuhioğlu, **Tıp Tarihine Kısa Bir Bakış**, Dicle Üniversitesi Tıp fakültesi yay. Ankara, 1974, s 15

⁹ Bülent Daver, **Siyaset Bilimine Giriş**, Siyasal Kitabevi, Ankara 1993, s 166

koruyan ve içeride düzeni sağlamaya çalışan devlet olmanın yanı sıra eğitimden sosyal güvenliğe, sağlıktan alt yapı yatırımlarına kadar toplumun gereksinimlerini karşılamak için önemli işlevleri yerine getiren sosyal bir devlettir.¹⁰ Diğer bir tanımıyla sosyal devlet, toplumdaki eşitsizlikleri mümkün olduğu ölçüde gidererek, vatandaşlarına insan onuruna yaraşır bir yaşam düzeyi sağlamayı amaçlayan devlettir.¹¹ Bu durumda, “sosyal devlet diğer hizmetlerin yanı sıra vatandaşına en iyi şekilde sağlık hizmetini veren devlettir” denilebilir.

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.¹²

Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Birincil koruma da denilebilecek koruyucu sağlık hizmetleri, birincisi çevreye ve ikincisi kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere ikiye ayrılır. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, çevrede insan sağlığını olumsuz yönde etkileyen veya doğrudan çevreyi olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel kimyasal etkenleri azaltmaya veya bu etkenlerin kişileri ve çevreyi etkilemesini önlemeye yönelik hizmetlerdir. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, bu iş üzerine eğitim almış mühendis, veteriner, kimyager, teknisyen ve benzeri meslek mensupları tarafından yürütülür. Sağlık meslek mensupları tarafından yürütülen ve doğrudan insana yönelik olan koruyucu sağlık hizmetleri ise sırasıyla, bağışıklama, yeterli beslenme, erken teşhis ve tedavi, aile planlaması, kişisel hijyen, ilaçla koruma, sağlık eğitimi gibi alt bölümleri kapsayan hizmetlerdir.¹³

Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, hastalanmış kişilere yönelik olan sağlık hizmetleri olup üç basamağa ayrılmaktadır. Her bir basamak aynı zamanda hastaların tedavi edildiği sağlık birimlerini de ifade etmektedir.

Birinci basamak: Hastaların tedavilerinin ayakta yapıldığı sağlık kuruluşlarıdır. Bunlar, hasta ya da sağlıklı bütün kişilerin ilk başvurdukları sağlık kuruluşlarıdır. Bu kurumlarda genellikle hasta yatağı bulunmamaktadır. Sağlık Evi, Sağlık Ocağı, Ana Çocuk

¹⁰ Gürhan Can ed. Serap Suğur-Nadir Suğur, “Geleneksel Toplumdan Modern Topluma Geçiş”, **Çağdaş Yaşam Çağdaş İnsan**, Anadolu Üniversitesi yay. No: 1020, s 21

¹¹ Yavuz Sabuncu, **Anayasaya Giriş**, İmaj yay. Ankara, 1994, s 69

¹² Resul Buğdaycı, Tayyar Şaşmaz, Süha Aydın, “Temel Sağlık Hizmetlerinin anlamı ve Bütünlüğü” **Yeni Türkiye Dergisi**, C. 7, S. 3, Mayıs-Haziran 2003, s 174

¹³ Öztekin, “Sağlıkta Kavramlar...”, s 295-296, Fişek, **a.g.m.** aynı yerde

Sağlığı Merkezleri, Verem Savaş Dispanserleri, Kurum Hekimlikleri vb. birinci basamak tedavi edici hizmetlerin verildiği yerlerdir.¹⁴

İkinci basamak: Hastaların yatırılarak teşhis ve tedavi hizmetlerinin verildiği genel hastanelerdir. Devlet Hastaneleri, Sağlık Merkezleri, Özel Hastaneler bu kurumlara örnek olarak verilebilir.¹⁵

Üçüncü basamak: Özel dal hastaneleridir. Bu hastaneler, en yüksek tıp teknolojilerinin uygulandığı gelişmiş tedavi merkezleridir. Üçüncü basamak sağlık kuruluşları genellikle ya belli bir hastalığın tedavisi ile ilgilenirler ya da belli yaş gruplarına hizmet verirler. Doğum ve Çocuk Bakımevleri, Çocuk Hastaneleri, Kanser Hastaneleri, Ruh Sağlığı Hastaneleri, Sanatoryumlar, Onkoloji Hastaneleri Kalp-damar Hastaneleri, Eğitim ve Araştırma Hastaneleri gibi.¹⁶

Alt basamakta tanı ya da tedavisi yapılamayan hastalar sıraya uygun olarak üst basamağa sevk edilir.

Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilite edici sağlık hizmetleri, bedence veya ruhça sakat kalmış olan kişilerin başkalarına bağımlı olmaksızın yaşamalarını sağlamak amacıyla yapılan çalışmalardır.¹⁷

C. Sıhhiye Ve Muavenet-İ İçtimaiye Vekâleti'nin Kuruluşu Öncesinde Sağlıkta Gelişmeler

1. Anadolu Selçukluları'ndan 19. Yüzyıl Osmanlısına Sağlıkta Gelişmeler

Büyük Selçuklu Devletinin 1092 yılında parçalanması¹⁸ sonucunda ortaya çıkan dört devletten biri Anadolu Selçuklularıdır. Osmanlı Devleti kuruluncaya kadar geçecek olan dönemde Anadolu'da egemen olan son devlet olduğundan Anadolu Selçuklu Devleti dönemindeki Sağlık faaliyetlerinin incelenmesi sonraki dönemler için önemli sayılır.

¹⁴ Öztekin, "Sağlıkta Kavramlar...", s 297

¹⁵ A.g.m, aynı yerde

¹⁶ A.g.m., s 298

¹⁷ A.g.m., aynı yerde

¹⁸ 1092 yılında Büyük Selçuklu Sultanı Melikşah ile 30 yıl süre ile Selçuklu vezirliğinde bulunan Nizam'ül-Mülk'ün bir ay ara ile ölümleri sonucunda, önü alınamayan taht mücadeleleri yüzünden Büyük Selçuklu Devleti dört kısma bölündü. Ayrıntılı bilgi için bkz. İbrahim Kafesoğlu, **Selçuklu Tarihi**, M.E.B yay. İstanbul, 1992, s 46-69

Gerek Anadolu Selçukluları ve gerekse Anadolu’da hüküm sürmüş olan Türk Beylikleri (Artuklular, Saltuklular, Danişmentler, Mengücekler...) imar hareketlerine önem vermişlerdir. Anadolu’da yaşamı kolay ve rahat hale getirmek amacıyla, han, hamam, kervansaray, köprü, medrese, gözlemevi ve hastane yapmışlar ve bunun yanı sıra bilimsel çalışmalarda da bulunmuşlardır.¹⁹ Selçuklular zamanında tıp ayrıcalıklı bir konumda olmuştur. Bu sadece hekimlerin ve onlara ait eserlerin fazlalığından değil, aynı zamanda çoğu bina olarak hala ayakta duran veya kalıntıları günümüze kadar ulaşmış hastanelerden anlaşılabilir. Selçuklu Hastanelerinin kurumsal ismi “darüşşifa”dır. Bunun yanı sıra bu kurumlar için, şifahane, maristan, bimaristan, darülsıhha, darülafiye, darültıp gibi isimler de kullanılmıştır. darüşşifalar, işlevsel olarak bugünkü hastanelere karşılık gelen hizmet kurumlarıdır. Buralarda halka tedavi edici sağlık hizmeti sunulmuştur. Bunun yanı sıra darüşşifalarda tıp eğitimi de verilmiştir. Birer vakıf²⁰ şeklinde örgütlenmiş olan bu darüşşifaların her birinin vakfiyelerinde belirtilmiş olan kurallar bu kurumların nasıl işleyeceğini göstermektedir. Ayrıca kervansaraylarda da sağlık hizmeti verilmiştir. Dönemi için hayli gelişmiş bu sağlık hizmeti anlayışının ardında, devletin bilinçli bir politikasının varlığını aramak gerekir. Sağlık tesislerinin vakıflar biçiminde yapıldığı bu dönemde devletin yönlendirmesi sonucu; özellikle de ticaret yolları üzerinde bir hayli çok sayıda sağlık tesisi hizmete sokulmuştur.

Anadolu Selçukluları tarafından kurulmuş en önemli sağlık kurumu Kayseri’deki Gevher Nesibe Darüşşifası ve Medresesidir. Hastane ve tıp okulu olarak faaliyette bulunmuş olan bu kurum 1206 yılında Kılıçarslan’ın kızı Gevher Nesibe Sultan’ın vasiyeti üzerine kardeşi Anadolu Selçuklu Hükümdarı Gıyasettin Keyhüsrev tarafından yaptırılmıştır.²¹

Anadolu Selçuklu Hastaneleri ve bu hastanelerde görev almış olan hekimler ile ilgili olarak Süheyl Ünver, Anadolu Selçuklularında Sağlık Hizmetleri adlı eserinde ayrıntılı

¹⁹ Esin Kahya, Ayşegül D. Erdemir, **Bilimin Işığında Osmanlı’dan Cumhuriyete Tıp ve Sağlık Kurumları**, Türkiye Diyanet Vakfı yay. Ankara, 2000, s 73

²⁰ Vakıf: Bir kişi mülkiyetine sahip olduğu menkul ve gayrimenkul mallardan bir kısmını veya onların tamamını, Allah’ın rızasını kazanma niyetiyle, halkın herhangi bir ihtiyacını gidermek üzere dini, hayri ve içtimai bir gayeye müebbeden tahsis ederse, malını vakfetmiş, yani bir vakıf müessesesi kurmuş olur. Ayrıntılı bilgi için bkz. Bahaeddin Yediöldüz, “Osmanlılar Döneminde Türk Vakıfları ya da Türk Hayrat Sistemi”, Güler Eren ed, **Osmanlı 5 (Toplum)**, Yeni Türkiye yay. Ankara, 1999, s 17

²¹ Gevher Nesibe Darüşşifası ve Medresesi dışında Anadolu’nun bir çok şehrinde buna benzer şekilde sultanlar veya diğer devlet büyükleri tarafından yaptırılmış vakıf niteliğinde bir çok sağlık kurumu bulunmaktadır. Diğer kurumların isimleri ve yerleri hakkında ayrıntılı bilgi için bkz. Kahya, Erdemir, **a.g.e.** s. 86-87, ayrıca kronolojik sıraya göre daha ayrıntılı bilgi için bkz. A.Süheyl Ünver, **Anadolu Selçuklularında Sağlık Hizmetleri**, Türk Tarih Kurumu Basımevi, Ankara, 1972, s 14-24, ayrıca Gevher Nesibe Darüşşifası hakkında ayrıntılı bilgi için bkz. Ayşe Afetinan, **Kayseri Gevher Nesibe Şifaiyesi**, Hacettepe Üniversitesi yay. Yayın No:8, Ankara, 1969, s 22

bilgiler vermektedir. Örneğin Ünver'e göre hastanelerde çalışan hekimler çalıştıkları hastanedeki en kıdemli ve marifetli olan hekime (başhekim) tabi idiler. Bunun yanı sıra başhekimlik payesi bulunan ve önde gelen zevattan sayılan bir kişi vardır ki, bu kişi ile ilgili Ünver şunları söylemektedir: *“Selçuklu Devleti'nde bir başhekimlik payesi vardır ki, bunlar hükümet başında bulunan büyükler arasındadır. Her ne kadar elimizde vesikalar yok ise de memleket hekimleri bu başhekime bağlı olmalıdır.”* Yine aynı eserde hekimlerin tayinleri veya eğitimleri ile ilgili de herhangi bir kayda rastlanmadığı ancak eğitimin usta-çırak ilişkisine dayanmış olma ihtimalinin çok yüksek olduğu anlatılmaktadır.²²

Devlet tarafından hekimlerde işin ehli olma şartının arandığına dair şüphe yoktur. Dönemin kaynaklarından biri olan Abu Bakr Al-Zaki'nin Ravzat al-Kuttab ve Hadikat al-Albab adlı eserine göre serbest hekimler kadılarca denetlenir, böylece hekimlerin hak ve görevleri belli kurallara bağlanmış olurdu. Bunun yanı sıra yabancı ülkelere gelen hekimler yerli resmi hekimler tarafından sınava tabi tutulur ondan sonra çalışma imkânı bulabilirlerdi.²³ Tüm bunlar, Anadolu Selçuklularında vakıflar eliyle yürütülen sağlık hizmetlerinde, devletin denetleme görevini üstlendiğini göstermektedir.

Yaklaşık altı yüzyıl kadar varlığını sürdürmüş olan Osmanlı İmparatorluğu dönemi, sağlık kurumları ve bu kurumların devlet ile ilişkileri açısından ele alındığında, ikiye ayrılabilir. Birincisi 19. yüzyıla kadar olan dönem, diğeri ise bu yüzyılın başından TBMM'nin açılışına kadar süren dönemdir.²⁴

Klasik dönem Osmanlı Tıbbı genel itibarla Anadolu Selçuklularının mirasçısı olmuştur. Anadolu Selçukluları ve diğer Anadolu Beylikleri tarafından kurulmuş olan sağlık ve sosyal yardım kuruluşlarının büyük kısmının vakfiyeleri Osmanlı kadıları tarafından geçerli sayılmış ve bu kurumlar uzun yıllar hizmet vermeye devam etmiştir.²⁵

Sağlık hizmetlerinin teşkilatlanmasına bakıldığında, Osmanlı İmparatorluğu'nda sağlık hizmetlerinin gelişimi, 19. yüzyıla kadar genel idari örgütlenmeye paralel olarak daha çok orduya yönelik olduğu görülür. Halka yönelik sağlık hizmetleri ise başta padişahlar olmak üzere yöneticiler ve zengin kişilerce kurulan darüşşifalar ve özel hekimlerce yürütülmüştür. Devlet teşkilatına bakıldığında 19. Yüzyıla kadar merkezde hekimbaşılar,

²² A.Süheyl Ünver, **Anadolu Selçuklularında Sağlık Hizmetleri**, Türk Tarih Kurumu Basımevi, Ankara, 1972, s 10-13

²³ Afetinan, **a.g.e.** s 22

²⁴ Erdem Aydın, “Selçuklulardan Osmanlı ve Cumhuriyete Kadar Devlet- Sağlık İlişkisi”. **Türk Kültürü Dergisi**, C 34, sayı, 394, Türk Kültürü Araştırma Enstitüsü yay. Ankara, 1996, s 119

²⁵ Sebahattin Aydın, “Modern Tıp Penceresinden Osmanlı Tıp Anlayışına Bakış”, **Osmanlılarda Sağlık I**, Coşkun Yılmaz, Necdet Yılmaz ed. Biofarma yay. İstanbul, 2006, s 28

taşrada ise darüşşifalar göze çarpmaktadır.²⁶ Yukarıda da belirtildiği üzere Osmanlı sağlık hizmetleri teşkilat olarak da Anadolu Selçuklu ile benzeşmektedir. Anadolu Selçukludaki “Başhekim“ Osmanlı’da “Hekimbaşı” olarak karşımıza çıkmaktadır.

Hekimbaşılık

Osmanlı Beyliği’nin ilk dönemlerinde beyin ya da sonraki adıyla padişahın yakınında sağlık hizmeti veren bir tabibin bulunduğu dair herhangi bir belgeye rastlanmamıştır. Ancak Orhan Bey’den itibaren sağlık konusunda otorite kabul edilen saray hekimlerinin bulunduğu inanılmaktadır. Bu hekimlerin görevlerinin ise sadece hükümdar ve çevresinin sağlık işleri ile ilgilenmek olduğu düşünülmektedir.²⁷ Hekimbaşılık kurumunun ortaya çıkması ile merkezi sağlık örgütlenmesinin ortaya çıktığı söylenebilir. Çünkü Seretibba-yı Sultani²⁸ denilen, halkın ise Hekimbaşı diye adlandırdığı hekim, sarayın yanı sıra tüm ülkenin de sağlık işlerinin sorumlusuydu. Hekimbaşı, sarayın Birun erkânındandır.²⁹ Mutlak devşirmelerden gelme olmayan hekimbaşı haricindeki Birun Erkânı üyelerinin (padişah hocası, cerrahbaşı, göz hekimi, hünkâr imamı, müneccimbaşı şehremini, darphane ve arpa eminleri vs.) görevleri saray veya başkent ile sınırlı iken hekimbaşılardan saraydan başka görevleri de vardı.³⁰

Hekimbaşının saray ile ilgili görevlerine bakıldığında, öncelikle padişah ve hanedan mensuplarının sağlığı ile ilgilendikleri, padişaha sağlık konularında danışmanlık yaptıkları, saraydaki hastane ve eczaneleri yönettikleri, saraydaki cerrahların (cerrahin-i hassa), göz hekimlerinin (kehhalin-i hassa) ve Müneccimbaşının amiri olduğu görülür.³¹

Hekimbaşının saray dışı görevlerine bakıldığında ise Osmanlı memleketindeki tüm hastanelerin tabip, cerrah ve eczacılarının atama, terfi, yer değiştirme ve görevden alınmaları ile ilgili işlemleri hekimbaşından geçtiği görülür. Hastanelerde görev alacak olan personel

²⁶ Ata Soyer, “Türkiye’nin İktisadi ve Sosyal Tarihi Bağlamında Başlangıcından 1960’a kadar Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Bakanlığı” **Toplum ve Hekim Dergisi**, Kasım Aralık 2001, Cilt 6, Sayı 6, s 414

²⁷ **A.g.e.** s 31

²⁸ Resmi kayıtlarda hekimbaşı yerine seretibba-yı sultani, seretubba-yı hassa veya reis-ül etibba isimleri kullanılmıştır. Ayrıntılı bilgi için bkz. Erhan Afyoncu, “Osmanlı Hekimbaşılıkları ve Hassa Hekimleri”, **Osmanlılarda Sağlık I**, Coşkun Yılmaz, Necdet Yılmaz ed. Biofarma yay. İstanbul, 2006, s 85

²⁹ Birun erkânı: Osmanlı sarayının dış hizmetlerine bakan ve sarayda yatıp kalkmak mecburiyetinde olmayan yani saray dışında evleri olan padişah hocası, hekimbaşı, cerrahbaşı, göz hekimi, hünkâr imamı, müneccimbaşı gibi ulema sınıfından olanlarla şehremini, darphane ve arpa eminleri gibi sivil görevlere sahip olanlara da birun erkânı veya dış halkı denirdi. Ayrıntılı bilgi için bkz. Necat Birinci ed. **Fatih ve Dönemi**, Türk Kültürüne Hizmet vakfı yay. İstanbul, 2004, s 105

³⁰ İsmail Hakkı Uzunçarşılı, **Osmanlı Tarihi II.Cilt (İstanbul’un Fethinden kanuni Sultan Süleyman’ın Ölümüne Kadar)**, 7. Baskı, Atatürk Kültür, Dil ve tarih Yüksek Kurumu, Türk Tarih Kurumu yay. s 523

³¹ Sebahattin Aydın, a.g.m. s 32

hastane vakfının mütevellî heyeti tarafından önerilir ve hekimbaşı tarafından onaylandıktan sonra göreve başlayabilirdi.³² Hekimbaşı resmi tabiplerin isimlerini ve durumlarını belirten bir defter tutar ve herhangi bir yerde bir tabip ihtiyacı olursa sırası gelen yani kıdem ve ehliyet itibarıyla sırada olan tabibi arz yolu ile tayin ederdi.³³ Hangi din veya mezhepten olursa olsun Türkiye'deki serbest tabip, cerrah ve eczacıların teftiş ve kontrolü ve gerektiğinde bunların sınava tabi tutulmaları Hekimbaşıya aitti.³⁴ Ordunun ilaç ve sağlık gereçlerinin sağlanmasından, bunların saklanmasından ve korunmasından Hekimbaşı sorumluydu. Salgın hastalıklarla savaş, gereken yerlerde hastane açılması, yetersiz görülen hekim ve eczacıların mesleklerini uygulamadan alıkonulması, hekimlerin muayenehane açabilmeleri için izin verilmesi gibi bütün işler Hekimbaşının görevleri arasındaydı.³⁵

Hekimbaşılar devlet protokolünde önemli bir yere sahipti. Osmanlı Devlet yapısı içinde sağlık örgütlenmesinin sorumlusu ve en üst yöneticisi durumunda olan hekimbaşının bu günkü anlamda sağlık bakanından daha fazla yetkisi vardı. Çünkü yetkileri sivil alanla sınırlı değildi. Savaş zamanında, özellikle padişahın bizzat savaşa katılması durumunda, Hekimbaşı da ordunun hekimbaşısı olarak padişahın yanında savaşa katılırdı. Padişahın savaşa katılmadığı durumlarda ise emrindeki hekimlerden birini ordu hekimbaşısı olarak görevlendirirdi.³⁶

Sarayda Baş Lala Kulesi denilen yerde oturan Hekimbaşının maaşı günlük 80 akçe idi. Maaşları dışında arpalıkları da bulunan Hekimbaşı bunun yanı sıra padişah ve devlet ileri gelenlerinden yaptıkları tedavi karşılığında bahşiş alırdı. Hekimbaşının görevde kalması padişahın sağlığı ile yakından ilgiliydi. Padişah herhangi bir hastalık sonucunda ölürse Hekimbaşı görevden alınırdı. Hekimbaşılarının genellikle 1 defa görev yaptıkları görülmektedir. Görev süreleri tespit edilmiş olan Hekimbaşılarının yüzde 80'inin 1 defa, yüzde 9'unun 2 defa, yüzde 7'sinin 3 defa, yüzde 2'sinin 4 defa, yüzde 1'inin de 5 defa Hekimbaşılık görevine getirildikleri görülmektedir.³⁷

Hekimbaşılığın Osmanlı Devleti'nde hangi tarihten itibaren ihdas edildiği konusunda farklı görüşler bulunmaktadır. Bazı kaynaklara göre ilk Hekimbaşı Fatih Sultan Mehmet

³² Akyay, a.g.e. aynı yerde

³³ Ekmeleddin İhsanoğlu ed. **Osmanlı Medeniyeti Tarihi** C. 1, İslam Tarih, Sanat, ve Kültür Araştırma Merkezi yay. İstanbul, 1998, s 261

³⁴ Uzunçarşılı, a.g.e. aynı yerde.

³⁵ Akyay, a.g.e. s 10-11

³⁶ Sebahattin Aydın, a.g.m. s 32

³⁷ Afyoncu, a.g.m. s 86

döneminde görevlendirilmiş olan hekimbaşı Kudbeddin³⁸ iken diğer bazı kaynaklara göre ise ilk Hekimbaşı II. Bayezid döneminde sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ile ilgili görevlendirilen Mehmet Muhyiddin'dir.³⁹ “Osmanlı Devleti'nde Hekimbaşılık Korumu ve Hekimbaşılar” adlı eserinde Ali Haydar Bayat Osmanlı Sultanları ile hekimler arasındaki ilişkinin 15. yüzyıl başından itibaren takip edildiğini söyler. Bayat, eserinde Çelebi Sultan Mehmet'in Karaman seferinde, Ankara'da Şeyhi adlı hekim tarafından tedavi edildiğini ve aynı padişahın Sabuncuoğlu el-Hac İlyas Çelebi adlı bir hekimbaşı olduğunu kaydetmektedir. 2. Murat'ın Tebrizli Fazlullah ile Yahudi İshak Paşa, Fatih Sultan Mehmet'in ise Kutbeddin Ahmed, Mehmet Şükrullah Şirvani, Hoca Ataullah Acemi, Altunizade, Lari, Hekim Arab ve Muhtedi Yakub'dan oluşan birer Sağlık Şuraları bulunduğu da Bayat tarafından belirtilmektedir. Bu bilgilerden hareketle hekimbaşılık kurumunun Çelebi Mehmet ile Fatih sultan Mehmet dönemleri arasında bir tarihte ihdas edildiği iddia edilmektedir.⁴⁰

Darüşşifalar

Darü's-şifa, Darü's-sihha, Dar'ülafiye, Darür-raha, Dar'üt-tıp, Maristan, Bimaristan, Bimarhane, Şifahane gibi adlarla anılan kurumların bu günkü genel adı hastanedir. Darüşşifalar kent içi sağlık kurumları olup bunlardan ayrı olarak hasta yolcuların bakımı için kervansaraylarda küçük çapta hastaneler bulunmaktaydı. Ayrıca ordu sefere çıktığında hastaneler deve sırtında taşınmaktaydı.⁴¹

Devrin bilim, kültür, iletişim ve ulaşım özellikleri göz önüne alındığında gelişmiş, bütünlüğe ulaşmış bir sağlık örgütlenmesinden bahsetmek mümkün değildir. Ancak Osmanlı Devleti Selçuklulardan devralınan darüşşifaların faaliyetlerini kesintisiz devam ettirmiş, bunun yanı sıra fethedilen yerlere (Örneğin Bursa, Edirne, İstanbul, Selanik, Budapeşte, Belgrad vs.) yeni darüşşifalar yapmışlardır.⁴²

Birer vakıf kurumu olarak darüşşifalarda her tabakadan halkın sağlığı ile ilgilenilmekte, bunun yanı sıra usta-çırak geleneğine göre tıp eğitimi verilmekteydi.⁴³ Birer

³⁸ Necmettin Akyay, **Osmanlı İmparatorluğunda Sağlık Örgütleri ve Sosyal Kuruluşlar**, Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Bölümü yay. No.19, Ankara, 1982, s 10

³⁹ Afyoncu, a.g.m. s 85

⁴⁰ Ali Haydar Bayat, **Osmanlı Devleti'nde Hekimbaşılık Krumu ve Hekimbaşılar**, Atatürk Kültür Merkezi Başkanlığı yay. Ankara, 2000, s 4

⁴¹ Sina Akşin ed. **Türkiye Tarihi 2 Osmanlı Devleti (1300-1600)**, Cem yay. İstanbul, 1997, s 340

⁴² Sebahattin Aydın, a.g.m. aynı yerde

⁴³ İhsanoğlu ed. **A.g.e.** s 259

vakıf olmalarından hareketle darüşşifalarda sağlık hizmetlerinin parasız verildiği anlaşılmaktadır.⁴⁴

Osmanlı Devleti döneminde Anadolu'da ilk darüşşifayı Yıldırım Bayezid Bursa'da yaptırmıştır. 12 Mayıs 1400 tarihinde faaliyete geçen darüşşifanın vakfiyesi aynı gün Bursa Kadısı Molla Fenari Mehmet b. Hamza tarafından yazılmıştır. Başlangıçta bu darüşşifada genel sağlık hizmeti verilirken ve akıl hastaları için bir bölüm bulunurken daha sonraları sadece akıl hastalarına hizmet verilmeğe başlanmıştır. Bu darüşşifanın 19. yüzyıl sonlarına kadar faaliyette bulunduğu bilinmektedir.⁴⁵

Diğer önemli bir Osmanlı darüşşifası 1470 yılında faaliyete geçmiş olan Fatih Külliyesi'ndeki⁴⁶ darüşşifadır. On asır süren Bizans İmparatorluğu zamanında İstanbul'da birçok sağlık kuruluşu kurulmuşsa da Fatih Sultan Mehmet İstanbul'u fethettiği sırada bu şehirde sadece iki sağlık ve sosyal yardım merkezi bulunmaktaydı. Bunlardan biri Ayasofya, diğeri ise Pantokrator ve Pantepot Kiliselerine bağlı birer külliye şeklinde faaliyet göstermekte olan kuruluşlardı. Bu kuruluşlar giderek artan İstanbul nüfusu için yetersiz kalınca padişahın emriyle Fatih Külliyesi inşa edildi ve faaliyete geçirildi. Külliyenin sadece bir parçası olan yetmiş odalı darüşşifa dahi faaliyete geçtiği sırada Avrupa'nın en büyük hastanesi idi. Aynı zamanda tıp eğitimi de verilmekte olan darüşşifa İstanbul Tıp Fakültesinin ilk adımı olarak da gösterilmektedir.⁴⁷ Kadınlar ve gayrimüslimler için ayrı bölümleri bulunan darüşşifada akıl hastalarının tedavisinde musiki yöntemi tatbik edilmekteydi.⁴⁸

Osmanlı Klasik Döneminin belki de en önemli sağlık kurumu Süleymaniye Darüşşifası ve Tıp Medresesidir. Kanuni Sultan Süleyman tarafından 1556 yılında yapımı tamamlanan Süleymaniye Darüşşifası ve Tıp Medresesinin önemi, vakfiyesinde de belirtildiği üzere "İlm-i tıbb için bina olunan medrese-i tayyibe" olarak Osmanlılar tarafından kurulan ilk tıp medresesi olmasından kaynaklanmaktadır. Yıldırım Bayezid tarafından kurulan darüşşifa için Mısır'dan hekimbaşı getirilmesi, Fatih Sultan Mehmet tarafından İranlı ve Musevi tabiplerin görevlendirilmesi, yine daha sonraki yıllarda da saray hekimbaşılığına getirilen sonradan Müslüman olmuş kişilerin varlığı veya yine dışarıdan gelmiş birçok tabibin bulunması Süleymaniye Tıp medresesinin kuruluşuna kadar geçen

⁴⁴ Sebahattin Aydın, a.g.m. s 34

⁴⁵ İhsanoğlu ed. **A.g.e.** s 261

⁴⁶ Külliye: bir cami etrafına toplanan tetimme ve sahn yani lise ve yüksek okula benzer kurumlar olan medreselerden ve ayrıca imaret, ta'bhane- dinlenme yeri, aşhane, darüşşifa-hastane, hamam, ilkokul, ve çeşitli kütüphanelerden ibaret kurumlardır. Bkz. Kahya, Erdemir, **a.g.e.** s 116

⁴⁷ Kahya- Erdemir, **a.g.e.** s 116-117

⁴⁸ İhsanoğlu ed. **A.g.e.** aynı yerde

dönemde yeterli ve iyi tabiplerin yetişmediğini göstermektedir. Yani aslında bu medresenin kurulması ciddi bir ihtiyacın karşılanmasından başka bir şey değildir.⁴⁹

Medrese ve darüşşifanın aynı külliye içinde bulunması tıp öğrencilerine eğitim ile birlikte uygulama yapma olanağını sunmaktaydı. Medresede okuyan öğrenciler haftada dört gün teorik ders alırlar, uygulamalı derslerini ve stajlarını da darüşşifada yaparlardı. Akıl hastaları ile ilgili ayrı bir bölümü olan darüşşifada her türlü hasta tedavi edilmekteydi.⁵⁰ 28–30 kişilik personele sahip olan bu darüşşifanın diğer Osmanlı darüşşifalarından farkı, özel bir asabiye (nöroloji) servisinin bulunmasıdır. Yine bu darüşşifada da akıl hastaları için musiki tedavisi uygulanmaktaydı. Hastanenin diğer önemli bir özelliği de Dar-ül Akakir denen büyük bir ecza deposuna sahip olmasıydı.

Diğer darüşşifalardan daha kapsamlı bir kuruluş olması nedeniyle bu darüşşifanın personelinin incelenmesi Osmanlı dönemi darüşşifalarında görev yapan personelin incelenmesi için yeterli olacaktır.

Süleymaniye Darüşşifası personeline bakıldığında:⁵¹

— Tabip: Tabib-i evvel (1. hekim), tabib-i sani (2. hekim), tabib-i salis (3.hekim) olmak üzere tıp biliminin teorik ve pratik yönlerini bilen bu hekimlerden tabib-i evvel darüşşifanın başhekimini yani idarecisiydi.

— Kehhal: Kehhal-i evvel ve kehhâl-i sani olmak üzere iki adet göz hastalıkları uzmanı bulunmaktaydı. Bu uzmanlık kadrosuna atanmak isteyenlerin göz hastalıkları ile ilgili ilaçları yapabilmeleri şarttı.

— Cerrah: Cerrah-ı evvel ve Cerrah-ı sani denilen iki adet cerrah bulunmaktaydı. İsminden de anlaşılacağı üzere bunlar, hastaların ameliyatlarını gerçekleştiren hekimlerdi.

— Aşşab (eczacı): Darüşşifada ilaç yapımı ve ilaç yapmakta kullanılacak olan malzemenin alınmasından sorumlu olan görevliydi. Vakfiyede belirtildiği üzere aşşabın şifalı bitkileri çok iyi tanıyan ve ilaç yapımında en iyi yöntemi bilen kişi olması gerekmektedir.

— Edviye Kub: Hekimlerin tarifleri üzerine ilaç hazırlayan personeldi. Bu kişiler daha çok ilaç hazırlanmasında kol kuvvetinden yararlanan güçlü kuvvetli kişilerden seçilirdi.

⁴⁹ İhsanoğlu ed. **A.g.e.** s 263-264

⁵⁰ **A.g.e.** s 262

⁵¹ Yılmaz-Yılmaz ed. **A.g.e.** s 288, 289, 290 ve Kahya, Erdemir, a.g.e. s 152

- Tabbah-ı Eşribe: hastalar için şurup gibi sıvı ilaçları hazırlayan personeldi.
- Tabbah-ı Et'ime: bu personel doktorların talimatları doğrultusunda hastalar için yemekler hazırlarlardı.
- Kâse-keş: Darüşşifada yemek servisi yapan ve yerleri, etrafı temizleyen personeldi.
- Kayyım: Hasta bakımına dair hizmetleri yerine getiren personeldi. Örneğin hastaların yemeklerini yedirir, zapt edilmesi gereken akıl hastaları ile ilgilenirlerdi. Kayyımlar bu günkü hastabakıcı ile aynı görevi yapmaktaydı.
- Kılarcı: Darüşşifanın kilerinde bulunan ilaç ve diğer malzemeleri koruyan ve hekimlerin talimatları ile dışarı çıkmasına izin veren görevliydi.
- Vekil-i Harç: darüşşifa için gerekli olan ihtiyaç maddelerini hekimlerin bilgileri doğrultusunda satın alarak getirip kılarcıya teslim eden personeldi.
- Kâtip: darüşşifanın muhasebesini tutan, girdi ve çıktılarını hekimlerin bilgisi doğrultusunda bir deftere kaydeden görevliydi.
- Bevvab: darüşşifanın giriş çıkışlarını kontrol eden asayiş koruyan görevliydi.
- Ferraş: Darüşşifanın temizlik görevlileri idi.
- Abrizi: Bu personelin görevi sadece darüşşifanın helâlarını temizlemekten ibaretti.
- Cameşuy: Bu personelin görevi darüşşifada yatmakta olan hastaların elbiselerini yıkamak ve çevrelerini temiz tutmaktı.
- Dellak: Bu personelin görevi yine yatan hastaların berberliğini yapmaktı.

Süleymaniye Darüşşifasının yanında günümüze kadar varlığını sürdürmüş bir hastane olarak Haseki Darüşşifasına bakılacak olursa: Bu darüşşifa 1550 yılında Kanuni Sultan Süleyman'ın Hasekisi Hürrem Sultan adına Mimar Sinan'a yaptırılmış olan külliyeinin bir parçasıdır. 40-50 civarında yatağı bulunan darüşşifanın vakfiyesine göre kurulduğunda iki tabip, iki cerrah, iki göz hekimi, iki eczacı, dört hasta bakıcı ile idrar şişelerine bakan iki sağlık görevlisi ve diğer personel ile birlikte toplam 28-30 personeli bulunmaktaydı. Bu hastanenin önemli bir özelliği 1843 yılında yeniden düzenlenerek sadece kadın hastalara

hizmet vermeye başlamasıdır. Bu düzenleme ile Haseki Darüşşifası Türkiye'nin ilk kadın hastanesi olma özelliğini kazanmıştır.⁵²

2. Osmanlı Modernleşmesi Sürecinde Sağlıkta Gelişmeler

Yukarıda da bahsedildiği üzere, 19. yüzyıla kadar geçen dönemde Osmanlı Devleti'nin sağlık alanıyla ilişkisi, temel unsurlar yönünden Selçuklu ve Anadolu Selçuklu Devletleri ile benzerlik göstermektedir. Buna karşın 19. yüzyıla birlikte Osmanlı Devleti'nde sağlık alanında köklü yenilikler olmuştur.⁵³ Bu yenilikler tıp eğitimi, sağlık elemanı yetiştirilmesi, büyük hastane ve benzeri sağlık kurumları kurulması, tıp anlayışının modernleşmesi şeklinde sıralanabilir. Bunların yanı sıra bu yüzyılda sağlık alanında ortaya konulan en önemli sayılabilecek gelişme sağlık hizmetlerinde ülke geneline dönük bir teşkilatlanmaya gitme çabasıdır. Günümüzdeki Sağlık Bakanlığı teşkilatının çekirdeği sayılabilecek olan bu teşkilatlanma çalışması 1871 yılında taşraya ve kırsal kesime devlet tarafından ilk hekimlerin gönderilmesi ile başlamıştır.⁵⁴

Batı ile başlayan yeni ilişkiler kuşkusuz bu yüzyılda sağlık alanındaki gelişmeler konusunda önemli rol oynamaktaydı. Bunun yanı sıra 19. yüzyılda Osmanlı İmparatorluğu'ndaki tarihsel, sosyal ve idari gelişmeleri de göz ardı etmemek gerekir. Söz konusu olaylar farklı alanlarda olsa da sağlık teşkilatlanmasına giden yolda önemli etkileri olan olaylardır. Örneğin Tanzimat'ın ilanı, bunun yanı sıra belediye ve il özel idarelerinin kurulması sağlık teşkilatlanması açısından da büyük önem arz etmektedir.⁵⁵

Sultan II. Mahmut döneminde 1826 yılında yeniçeri teşkilatı ortadan kaldırılıp modern ordu kurulması yönünde çalışmalar başlayınca kurulacak olan bu modern ordunun hekim ihtiyacını karşılamak üzere Tıbhane-i Amire ve Cerrahhane-i Mansure (Askeri Tıp Okulu) kuruldu.⁵⁶ Bu tarihten itibaren askeri sağlık işleri de hekimbaşının görevi olmaktan çıkarak, Bab-ı Seraskeri'nin (Savunma Bakanlığı) yetkileri arasına alındı. 1839 yılında Tıbhane-i Amire ile Cerrahhane-i Mansure'nin birleştirilmesi ile Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane⁵⁷ kuruldu. 1840'ta Tıbbiye Meclisi adı

⁵² Cerrahpaşa Tıp Müzesi **Haseki Hastanesi Poster** (Poster ekte sunulmaktadır.), Ayrıca personelin ayrıntılı listesi ve maaşları için bkz. Kahya-Erdemir, **a.g.e.** s 142

⁵³ Erdem Aydın, a.g.m. s 120

⁵⁴ Erdem Aydın, **Türkiye'de Sağlık Teşkilatlanması Tarihi**, Naturel yay. Ankara, s 13

⁵⁵ **A.g.e.** s 15

⁵⁶ Kahya-Erdemir, **a.g.e.** s 256

⁵⁷ İlber Ortaylı'ya göre 1839 yılından itibaren birleştirilen askeri tıp okulunun adı Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'dir . Bkz. İlber Ortaylı, **İmparatorluğun En Uzun Yüzyılı**, İletişim yay. 20. Baskı, İstanbul, 2005, s 187

altında bir meclis kuruldu. Bu meclis ilk iş olarak diplomaları bulunmamasına rağmen tabip, cerrah, ebe ve dişçi olarak çalışanların tasfiyesine karar verdi. 1839'da Mekteb-i Tıbbiye Nezareti kuruldu. Bundan sonra hekimbaşılar Mekteb-i Tıbbiye Nazırı olarak anıldılar. 1850'den sonra bakanlığın adı Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane ve Umur-ı Tıbbiye-i Mülkiye Nezareti olarak değiştirildi. Bu tarihten itibaren hekimbaşının görevi sadece sarayın yani padişah ve yakınlarının sağlıkları ile uğraşmakla sınırlandırıldı. Hekimbaşılar artık "Sertabib-i Şehriyari" adını aldılar. Sarayda hizmet veren cerrahbaşı, kehhalbaşı, eczacıbaşı ise "Sertabib-i Hazret-i Şehriyari" emrinde görev yapmaya devam ettiler. 1826'da Bab-ı Seraskeri'ye devredilen askeri sağlık işleri 1862 de Askeri Sıhhiye Dairesinin kurulması ile bu yeni kuruma devredildi.⁵⁸

Bakanlığın bu dönemdeki görevlerine bakılacak olursa, 1862 yılında hekimlik uygulamaları ile ilgili bir nizamnamenin çıkarıldığı görülmektedir. Bu nizamnameye göre memleket dâhilinde hekimlik yapabilmek için "Mekteb-i Tıbbiye ya da yabancı ülkelerdeki tıp okullarından birinden mezun olmak ve diplomaların tescil ettirilmesi şartları koşulmuştur. Nizamnamenin bir maddesinde eczane bulunan yerlerde hekimlerin ilaç veremeyeceği bildirilmektedir. Bu nizamnameye eklenmiş geçici bir maddeyle de:

- a) Hekimbaşı ya da Tıbbiye Nazırı tarafından verilmiş belgesi bulunanlar,
- b) Hastanelerde ve taşrada hekimlik yapmış olanlar, ruhsatlarını Tıbbiye Nezaretine tescil ve kaydettirmek şartıyla,
- c) Mekteb-i Tıbbiye'de "officier de sante"⁵⁹ olarak kabul edilenler hekimlik yapabileceklerdir.

Cerrahlar (alaylı) ancak küçük cerrahi işler yapabilecekler, belgeleri "officier de sante" derecesinde olmayanlar da hekimlik dışında sağlık hizmetlerinde

⁵⁸ Bilal Ak, "Osmanlılarda Sağlık ve Hastane Yönetimi", **Osmanlı Devleti'nde Sağlık Hizmetleri Sempozyumu**, Osmanlı Devleti'nin 700. Kuruluş Yıldönümü yay. Ankara, 2000, s 142, 145

⁵⁹ Fransızca bir terim olan "Officier de Sante" Fransızcadan Türkçeye "sağlık memuru" diye çevrilmekte ise de aslında hekimlik payesi olmaksızın mesleği icraya izinli kişi anlamına gelmektedir. Buradan Osmanlı İmparatorluğu döneminde mekteplilerin yanı sıra meslek icrasına devlet tarafından izin verilen alaylı tabiplerin de olduğu anlaşılmaktadır. Yukarıdaki kanun maddesinden de bu durumda olan kişilerin meslek icra edebilmeleri için Mekteb-i Tıbbiye tarafından kabul edilmeleri şart koşulduğu anlaşılmaktadır. Buradan da alaylı olan bu kişilerin Mekteb-i Tıbbiye tarafından sınava tabi tutuldukları akla gelmektedir.

çalışabileceklerdir. Bu işlerin takibi sağlık örgütüne bırakılmış ve aksi davrananlar için ise cezalar öngörülmüştü. Hekimlerin, atama, işlerine son verme, yer değiştirme ve terfi işleri, bulaşıcı hastalıklarla savaş, eczane ve muayenehane açılmasına izin verilmesi, hekim, eczacı ve diğer sağlık personelinin diplomalarının tescili yani kısacası sivil sağlığa ait tüm işler Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane ve Umur-ı Tıbbiye-i Mülkiye Nezareti'ne bağlı olarak yürütülmekteydi. Nezaret, Mekteb-i Tıbbiye-i işlerde Seraskerlik makamına yani Harbiye Nezareti'ne bağlı kalmakla beraber sivil sağlık ile ilgili diğer tüm konularda Dâhiliye Nezareti ve Vilayetler ile yazışma yetkisine sahipti.⁶⁰

Nezaretin bu durumu 1914 yılında Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiyesi Kurulmasına Dair Geçici Kanun'un yayımlanmasına kadar böyle devam etti. 1914 yılındaki geçici kanun ile kurulan genel müdürlük Dâhiliye Nezareti'ne bağlı olarak hizmet vermeye başladı. Görevi ülke genelinde sağlık hizmetlerini yönetmek olan genel müdürlüğün ilk genel müdürü Dr. Besim Ömer Paşa olup, Dr. Esat Paşa, Dr. Adnan Adıvar ve Abdullah Cevdet genel müdürlük yapan tanınmış hekimlerdir.⁶¹ 1920 yılında Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti'nin kurulmasına kadar geçen dönemde ülkenin sağlık işleri bu genel müdürlük tarafından yönetildi.

Sağlık Kurumları

19. Yüzyıldan Bakanlığın Kuruluşuna Kadar geçen dönemde sağlık kurumlarına bakılacak olursa; özellikle bu yüzyılın ikinci yarısında inşa edilen askeri hastaneler dışındaki halkın yararlanabileceği sivil hastanelerin sayısında dikkat çekici bir artış olduğu görülür. Hastanelerin ve bunları takiben sağlık örgütünün yurt sathına yayılması 1839, 1840 yılında yukarıda bahsedilen gelişmeler sonrasında başlar. Tanzimat'tan sonra açılan ilk hastane 1843 yılında açılan Bezm-i Alem Gureba-i Müslimin kadın hastanesidir. Öncelikle “Gureba” adıyla açılan hastaneler, II. Abdülhamit Dönemi'nde “Hamidiye” hastaneleri adıyla açılmıştır. Vilayet salnamelerinin incelenmesinden anlaşıldığı üzere İzmir'de 1851, Bursa'da 1879 ve Edirne'de 1888 yıllarında birer “Gureba” hastanesi açılmıştır. Azınlıklar tarafından açılan hastaneler daha eski tarihlere dayanmaktadır. Örneğin İzmir'de 1748'de Rum Cemaati Hastanesi, 1775'te bir Fransız hastanesi, 1843'te Yahudi Hastanesi açılmıştır.⁶²

⁶⁰ Akyay, **a.g.e.** s. 13

⁶¹ Akyay, **a.g.e.** s. 16

⁶² Akyay, **a.g.e.** s. 11

İstanbul'a bakılacak olursa; halkın faydalandığı hastaneler 1838 yılında açılan Haseki Hastanesi, 1834 yılında açılan Gureba Hastanesi, 1862 yılında açılan Zeynep Kamil Hastanesi, 1893 yılında açılan Beyoğlu Zükur Hastanesi, 1898'de açılan Darülaceze Hastanesi, 1905 yılında açılan Hamidiye Etfal Hastanesi ve 1909 yılında açılan Cerrahpaşa Hastanesi şeklinde sıralanabilir.⁶³

1905 yılına gelindiğinde, vilayetlerin 32'sinde ve 9 sancakta henüz hastane bulunmamaktaydı. Van ve Hakkâri'de hekim de mevcut değildi. Ancak İstanbul dışında, asker hastaneleri haricinde 40'ı bulan sayıda hastane olduğu bunun yanı sıra karantina, özerk azınlık hastaneleri dışında devlet teşkilatında görev yapan doktor sayısının 405 kadar olduğu bilinmektedir.⁶⁴

Sağlık kurumlarının yanı sıra dönemin sağlık işleri ile ilgili üzerinde durulması gereken üç konu vardır bunlardan birincisi Karantina İdaresinin kurulması, ikincisi Hicaz Sıhhiye İdaresi'nin kurulması, üçüncüsü ise sıhhiye müfettişlikleri ve memleket tabipliklerinin kurulmasıdır.

Karantina İdaresinin Kurulması

Karantina, kolera, veba, sarıhumma, tifüs ve çiçek gibi bulaşıcı hastalıklardan birinin görüldüğü taşıtta seyahat eden veya bu hastalıklardan birinin yaygın olduğu ülkelerden gelen eşya ve yolcuların gitmek istedikleri ülke halkı arasına karışmadan önce bir tahaffuzhanede⁶⁵ veya taşıtlarının -ki burada taşıttan kasıt gemilerdir- geçirmek zorunda oldukları süreye ve bu aşamada alınan sağlık önlemlerinin tümüne denir. Eskiden karantina süresi 40 gün olduğundan karantina kavramı Fransızca Quarante yani kırk kelimesinden türemiştir.⁶⁶

Klasik Osmanlı şehirlerinde vakıflar ve benzeri kurumlarca yönetilen darüşşifalar yanında halkın sağlık ve temizliğine yönelik bazı tesisler kurulur ve önlemler alınırdı. Bunun yanı sıra şehirlerin dengeli nüfus yapısına sahip olması Batı ülkelerinin şehirlerinin aksine Osmanlı şehirlerinde salgın hastalıkların ortaya

⁶³ A.g.e. s 12

⁶⁴ Akyay, a.g.e. s 12

⁶⁵ Tahaffuzhane: Sefer sırasında, yolcu ve çalışanların arasında bulaşıcı hastalık görülen gemilerin karantina sürelerini geçirmeleri, gerekli sağlık önlemlerinin alınması ve hastaların iyileştirilmeleri için büyük limanlara yakın kıyılara kurulmuş sağlık kuruluşudur. Bkz **Büyük Türkçe Sözlük**, Türk Dil Kurumu yay.

⁶⁶ Kahya-Erdemir, a.g.e. s 250

çıkmasını engellemiştir. Ancak şehirlerin nüfus yapısındaki bozulmalar, hanlar, imaretler, hamamlar gibi vakıf tesislerinin hizmet kabiliyetlerinin azalması gibi sebeplerle ülkede salgın hastalıklar yoğun biçimde görülmeye başladı. 19. yüzyılda özellikle büyük merkezler ve liman şehirleri kolera, çiçek, veba gibi salgınlara uğradı. 19. yüzyılın başından itibaren gerek liman şehirlerinin dış ticarete açılması gerekse salgın hastalıklar nedeniyle karantina işine ağırlık verilmeye başladı.⁶⁷

1831 yılı birinci kolera pandemisinin⁶⁸ İstanbul'a uzandığı yıldır. Bu dönemde ülkenin başında II. Mahmut bulunmaktadır ve hekimbaşı ise Mustafa Behçet Efendidir.⁶⁹ Kolera Risalesi adlı bir kitabı da bulunan Mustafa Behçet Efendi'nin öncülüğünde öncelikle Karadeniz'den gelen yerli ve yabancı gemiler karantinaya alınmıştır ki bu Türkiye'deki ilk karantina uygulamasıdır.⁷⁰ Karantina için ilk defa bir meclis yine bu dönemde, 1838 yılında toplanmıştır. Adına Meclis-i Tahaffuz denilen bu meclisin bünyesinde Meclis-i Tahaffuz-ı ala ve Meclis-i Tahaffuz-ı Sani isimli iki meclis bulunmaktaydı.⁷¹

Meclis, Çanakkale'de Akdeniz'den gelen yolcuların İstanbul'a gelmeden önce sağlık kontrolünden geçirildiği ve gerekli tedbirlerin alındığı bir merkez kurdu muştur. Yine meclis, merkez yetkililerine Akdeniz tarafından gelecek her gemiye karantina uygulanması, bu gemilerde bulunan herkesin aynı kayda tabi tutulması, karantina sonunda da kendilerine bir belge verildikten sonra İstanbul'a gitmelerinde bir sakınca olmayanların İstanbul'a alınması, gerektiğinde emri dinlemeyenlere zor kullanılması ve karantinadan kaçarak İstanbul'a gelecek gemilerin tekrar boğaza iade edilmesi talimatlarını vermiştir. Ülkenin her tarafı için bir "Karantina Talimatnamesi" düzenlenerek talimatnamenin dağıtımı yapılmıştır. 1839 yılında Meclis-i Tahaffuz-ı Ula, Meclis-i Umuru Sıhhiye adını almış, meclisin ilk işi Türkiye ve İstanbul Limanı hakkında bir tüzük düzenlemek olmuş, 26

⁶⁷ İlber Ortaylı, **Tanzimat Devrinde Osmanlı Mahalli İdareleri (1840-1880)**, Türk Tarih Kurumu yay. Ankara, 2000, s 213-214

⁶⁸ Pandemi: Coğrafi bir sınırlama olmaksızın belirli bir zaman periyodundaki enfeksiyonların sayısı. Bkz **Büyük Türkçe Sözlük**, Türk Dil Kurumu yay.

⁶⁹ Mustafa Behçet Efendi (1774-1834): Toplam 13 yıl hekimbaşılık görevinde bulunmuş, Osmanlı Devleti'nde tıbbın modernleşmesine önemli katkılarda bulunmuştur. Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'nin Batı modeline uygun olarak kurulmasında önemli rol oynamıştır. Bkz. Afyoncu, a.g.m. s 90-95 ayrıca bkz. Kahya-Erdemir, **a.g.e.** s 286

⁷⁰ Kahya-Erdemir, **a.g.e.** s 251

⁷¹ Sait Karagül, **Sağlık Bakanlığı Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü 1838-2002**, Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü yay. İstanbul, 2002, s 2

maddeden ibaret olan bu tüzükte patentalar, gemilerin zorunlulukları, şüpheli veya bulaşık gemiler ve karantina sırasında uyulacak kurallar açıklanmıştır. 8 Nisan 1840'ta ise karadan gelecek olanlar için ayrı bir tüzük çıkarılmıştır.⁷²

İstanbul'daki meclisin yanı sıra biri Mısır'da biri de İran'da olmak üzere iki tane daha karantina meclisi bulunmaktaydı.⁷³

Ülkede konunun tıbbi yönünü bilen hekim sayısının az olduğu gerekçesiyle meclise yabancı hekimler davet edilmiş, bir süre sonra da yabancı sefir vekilleri meclise üye yapılmıştır. Böylece ulusal bir kuruluş uluslararası hale gelmiş ve şehirler ve limanlardaki bulaşıcı hastalıklara karşı önlemler alması gereken meclis, Osmanlı Devletinin limanlarındaki ticaret ve denizcilik faaliyetlerini denetleyen bir kuruma dönüşmüştür. Öyle ki son dönemlerde meclisteki Türk üye sayısı iki iken yabancı üye sayısının 14 olduğu bile görülmüştür.⁷⁴

Meclis-i Umuru Sıhhiye 1914 yılında kapitülasyonlarla beraber kaldırılmış yerine bağımsız Türk doktor ve bilim adamlarının yönetiminde Hudut Sıhhiye Müdüriyeti kurulmuştur. Birinci Dünya Savaşı sona erip İstanbul İtilaf Devletleri tarafından işgal edilince 1918 yılında bu kez çoğunluğu yabancılardan oluşan Beynelmüttefikin Sıhhiye Kontrol İdaresi kurulmuştur.

Türkiye, Lozan'da bu kapitülasyonu kaldırmak kararlılığında idi. Türkiye İdaresi tarafından bağışlanan rüsumu sıhhiye geliri bağımsız Türkiye'nin Umuru Sıhhiyesi'ne tahsis edilecek ve Sıhhiye Vekâletince bu husus için tanzim edilecek bir katma bütçede yer alacaktır.⁷⁵

24 Temmuz 1923 tarihinde imzalanmış olan Lozan Barış Antlaşması'nın Sağlık İşlerine İlişkin Açıklama başlıklı 10. Bölümünde: *“Aşağıda imzaları bulunanlar, yetki belgeleri uyarınca davranarak, Türkiye Hükümetinin, 5 yıllık bir süre için, Sınır Sağlık Yönetimine danışman olarak, üç Avrupalı Doktor atayacağını açıklar. Bu doktorlar Türkiye'nin memuru olacaklar ve Sağlık Bakanına bağlı*

⁷² Gürbüz Ayas, “Üst Yönetici Sunuşu”, **Sağlık Bakanlığı Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü 2007 Performans Programı**, Sağlık Bakanlığı Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü yay. İstanbul, 2006, s 9

⁷³ Akyay, **a.g.e.** s 21

⁷⁴ Aydın, **a.g.e.** s 13

⁷⁵ **Sağlık Bakanlığı Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü 2005 Performans Programı**, Sağlık Bakanlığı Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü yay. İstanbul, 2004, s 8

bulunacaklardır. Kendileri Türkiye Hükümetince, Milletler Cemiyeti Sağlık Komitesi ve Uluslararası Sağlık Ofisinde birlikte düzenlenecek altı kişilik bir çizelge içinden seçileceklerdir. Bunların maaşları ile atama ve çalışmalarına ilişkin öbür koşullar Türkiye Hükümeti ile adı geçen iki uluslararası örgüt arasında anlaşılarak saptanacaktır."⁷⁶ denilmektedir. Buna göre Türkiye 5 sene süreyle danışman unvanı ve Türk memuru olarak 3 Avrupalı doktorun karantina işlemlerinde çalışmasına izin verecektir. 1923 yılında İstanbul geri alındıktan sonra Beynelmüttefikin Sıhhiye Kontrol İdaresi dağıtılmış ve Lozan anlaşmasından sonra yerine "İstanbul Limanı ve Boğazları Sıhhiye Müdüriyeti" kurulmuştur. 1924 yılında bu Müdüriyetin adı "Hudut ve Sevahil Sıhhiyesi Müdüriyeti Umumiyesi" (Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü) olarak değiştirilmiştir.⁷⁷

Hicaz Sıhhiye İdaresi'nin Kurulması

Karantina meclislerinin uluslararası birer kuruluş halinde bulunması ve bu meclislerde Hıristiyan hekimlerin çalışıyor olmalarından dolayı Mekke ve Medine gibi kutsal kentlerin karantina işlerini yürütmek üzere 1911 yılında Hicaz Sıhhiye İdaresi ismiyle özerk bir genel müdürlük kurulmuştur. 1914 yılında Dâhiliye nezareti Dâhiliye ve Sıhhiye Nezareti ismini alınca bu idare Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiyesi ve Karantina İdaresi ile birlikte bu nezaretin emrine verilmiştir.⁷⁸

Hicaz Sıhhiye İdaresi, kuruluşundan 1. Dünya Savaşına kadar geçen dönemde kendine bağlı Mekke ve Cidde'de 100'er yataklı iki sabit hastane, iki eczane, Mekke, Medine ve Cidde'de 3 geçici hastane, Cidde ve Mekke'de hacılar için misafirhaneler, bir buz fabrikası ve Karantina idaresi için 5 bin kişilik bir hangar yaptırmıştır.⁷⁹

Memleket Tabipliklerinin Kurulması

1871 yılında sivil halkın sağlık hizmetlerini düzenlemek amacıyla İdare-i Umumiye-i Tıbbiye Nizamnamesi yayımlanarak şehir ve kazalara hekim gönderilmesi amaçlanmıştır. Bu nizamname ile "Sıhhiye Müfettişlikleri" ile "Memleket Tabiplikleri" kurulmuştur. Nizamnamede öngörülen yapı şu şekildedir:⁸⁰

⁷⁶ İsmail Soysal, **Türkiyenin Siyasal Andlaşmaları**, C.1(1920-1945) , Türk Tarih Kurumu yay. Ankara, 2000, s 201

⁷⁷ **Sağlık Bakanlığı Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü 2005 Performans Programı...**, s 8

⁷⁸ Ak, "Osmanlılarda..." s 142

⁷⁹ Akyay, **a.g.e.** s 21

⁸⁰ Akyay, **a.g.e.** s14-15

1. İstanbul'da şehremini, taşrada valiler, Tıbbiye Nezareti ile yazışarak sınırları belli ilçe, kent ve kasabalarda birer memleket tabibi, kent ya da kasabanın büyüklüğüne göre gerektiğinde memleket tabip muavini bulunduracaktır.

2. Bunların maaşları yerel yönetimlerce ödenecektir.

3. Sınırı belli kent ve kasabalarda belediyece birer eczane açılacak, eczanenin kapısına belediyeye ait olduğunu belirtir bir tabela konulacaktır.

4. Tabipler haftanın belirli gün ve saatlerinde, belirli bir yerde zengin, fakir gözetmeksizin başvuran tüm hastaları ücret almadan muayene edecektir. Gerekli aşular da ücretsiz yapılacaktır.

5. Muayeneye gelemeyecek durumda olanları tabipler evlerinde muayene edecek, ödeme gücü olanlardan, önceden belirlenen bir ücret alınacaktır. Yoksul olanlardan ücret alınmayacak, zorunlu giderler belediye sandığından hekime ödenecektir.

6. Önemli bir gerekçe olmadan hastalara bakmamak, yoksullardan ücret almak işten uzaklaştırma nedenidir.

7. Salgın hastalık çıktığında hekimler gereken önlemleri alacak ya da aldıracaklardır. Sorumluluk alanları dışında da valilerin emir ve onayları ile önlem alacaklardır. Gereken harcamalar yerel yönetimlerce ödenecektir.

8. Tabipler, bölgelerindeki hastane, eczane, sağlıkla ilgili yerleri denetlemek ve sağlıkla ilgili tüm işlerden sorumludur.

9. Memleket tabipleri ayda bir kez Tıbbiye Nezaretine çalışma raporu gönderecektir.

10. Atanmalarından sonra en fazla 9 ay içerisinde sorumlu oldukları bölgeyi tanımaları gerekir.

11. Memleket tabiplikleri adli konulardaki görevlerini, bu iş ile ilgili nizamname hükümlerine göre yürüteceklerdir.

12. Tıbbiye Nezaretinden aldıkları talimatları ilçe yönetim amirliklerine bildirmekle sorumludurlar.

Memleket tabipliği uygulaması, sağlık hizmetlerinin ülke düzeyinde devlet eliyle örgütlenmesinin başlangıcıdır. Mekteb-i Tıbbiyyeyi bitirerek tabip olmaya hak kazananların kura ile atamaları yapılır ve bu şekilde atamaları yapılanlar askerlik hizmeti karşılığı olarak 2 yıl kaza, 3 yıl liva olmak üzere toplam 5 yıl zorunlu hizmetle yükümlü kılınırlardı. Mahrumiyet bölgesi kabul edilen Hicaz, Bağdat, Basra, Bingazi, Trablusgarp ve Yemen Vilayetlerinde çalışanlar, çalıştıkları sürece, maaşlarının yarısı kadar ek bir ödenek alırlardı.⁸¹

1913 yılında yayımlanan Vilayet İdare-i Sıhhiye Nizamnamesi ile Memleket Tabipliği uygulamasının daha iyi bir şekilde organize edilmesi amaçlanmıştır. Aslında hizmet anlayışı yönünden çok büyük bir değişiklik yoktur ancak bu nizamname ile vilayetlerde “sağlık müdürlükleri” kurulmuş bunun yanı sıra yine vilayetler ile birlikte livalarda ve kazalarda sağlık sorunlarının görüşülmesi amacıyla “sıhhiye meclisleri” oluşturulması öngörülmüştür. Bu tarihten itibaren başta koruyucu sağlık hizmetleri ve çevre sağlığı hizmetleri olmak üzere il genelinde tüm sağlık hizmetlerinin idari yönden sorumlusu Sağlık Müdürüdür. Sıhhiye meclislerinde ise meclislerin bulunduğu yerleşim yerlerindeki sağlık sorunları, halkın, özellikle köylülerin sağlık durumları, sıtma, verem, frengi gibi salgın hastalıkların önüne geçilmesi için gerekli sağlık kuruluşlarının kurulması ve diğer önlemlerin alınması gibi konular görüşülürdü. Vilayet sıhhiye meclislerinin almış oldukları kararlar vilayetçe, liva ve kaza sıhhiye meclislerinin almış oldukları kararlar ise mutasarrıf ve kaymakamlar tarafından uygulanırdı.⁸²

1. BÖLÜM

⁸¹ Akyay, **a.g.e.** s 15

⁸² Aydın, **Türkiye’de....** s. 21-22

SIHHİYE VE MUAVENET-İ İÇTİMAİYE VEKALETİ (1920 - 1945)

1.1. Sıhhiye Ve Muavenet-İ İçtimaiye Vekâleti'nin Kuruluşu

23 Nisan 1920'de Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin açılması, Türkiye'de birçok açıdan olduğu gibi devlet yönetimi açısından da yeni bir dönemin başlangıcını ifade etmektedir. Açılan meclis, bir yandan ulusal kurtuluş mücadelesinin yönetimi görevini üstlenirken bir yandan da kurulmakta olan yeni Türk Devletinin kurumsal temellerinin atılması için çaba sarf etmiştir. Günümüzdeki Sağlık Bakanlığı da, o dönemde Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti adıyla Türk toplumu için yeni bir örgütlenme tipi olarak belirlemiştir.

Bilindiği üzere kurulan meclis yasama, yürütme ve yargı yetkilerini kendinde toplamış, yani kuvvetler birliği temeline göre kurulmuştu. Meclis çıkardığı yasaları yine kendi içinden seçtiği hükümet üyelerine uyguluyordu. 11 kişiden oluşan ve adına İcra Vekilleri Heyeti denilen hükümet üyeleri meclise karşı sorumlu olduklarından bu üyelere bakan veya nazır denilmemiş, vekil denilmiştir. Bundan hareketle bakanlıklara da “Vekâlet” denilmiştir.⁸³

İcra Vekilleri Heyeti'nin oluşturulmasını öngören “Büyük Millet Meclisi İcra Vekillerinin Suret-i İntibahına Dair Kanun” Meclisin 2 Mayıs 1920 tarihli toplantısında kabul edilmiştir. Kanunun 1. maddesinde vekâletlerin isimleri sayılmış, 2. maddesinde vekillerin meclis içinden salt çoğunlukla seçileceği belirtilmiştir.⁸⁴

Kanun görüşmeleri sırasında daha önceden sağlık işlerinden sorumlu bağımsız bir bakanlığın olmaması nedeniyle tartışmalar yaşanmıştır. Buna örnek verilecek olursa, meclisin 1 Mayıs 1920 tarihli toplantısında Saruhan Mebusu Refik Şevket Bey'in şunları söylediği görülür: “ ... Bizde Sıhhiye Nezareti yoktu. Sıhhiye evvel ve ahir Dâhiliyeye merbuttur. Fakat kabineye dâhil değildir. Muavenet-i içtimaiye tabiri! Muavenet-i içtimaiye namında bir nezaretin vücudundan hiçbirimizin haberi yoktur. Binaenaleyh Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye tabiri muhdestir (sonradan oluşturulan)... ”⁸⁵ Bu iddialara cevap üzere kürsüye gelen Kastamonu Mebusu Yusuf Kemal Bey ise şunları söylemiştir: “ ...Sıhhiye

⁸³ Temuçin Faik Ertan ed. **Atatürk ve Türkiye Cumhuriyeti Tarihi**, Siyasal Kitabevi yay. Ankara, 2001, s 138

⁸⁴ Kanunun tam metni için bkz. **TBMM Zabıt Ceridesi**, Devre 1, C.1, 02.05.1336, s 185

⁸⁵ **TBMM Zabıt Ceridesi**, Devre 1, C.1, 01.05.1336, s 163

Nezareti diye bir nezaret vardır. Bu nezaret bu güne kadar başka bir nezarete merbut olarak idare olunuyordu. Malumu âliniz evvelce Harbiye Nezaretine merbut idi, sonra Dâhiliye Nezaretine raptedildi. Eğer bu nezaretler devlet işini göreceklere yani umumi hizmetleri göreceklere zannediyorum ki her Türkün söyleyeceği şey, memleketimizde görülecek ilk iş, sıhhiye işidir. Çünkü sıhhat olmazsa, çünkü Türklük bulunmazsa, o Türkler üzerine bina edeceğimiz hiçbir iş kalmaz. Ne dâhili iş ne de harbiye işi kalır. Türkleri muhafaza etmek için evvela sıhhati muhafaza etmeli. Saniyen onların refahını temin etmelidir değil mi efendim? Onun için öyle zannediyorum bundan sonra böyle bir tesisat olacaksa o tesisatın başında sıhhiye işleri bulunmalı. Eğer biz memleketimizde sâri olan ve doktorlarca malum bulunan Türklüğü bitiren hastalıkları bir an evvel kaldırmazsak, eğer Türk ailesinin, Türk ferdinin refahını temin edecek esbabı istimal etmezsek hepsi boştur. Ne yapsak yapalım hepsi boştur. Onun için Sıhhiye Nezareti başta zikredilmiştir. Böyle bir Sıhhiye Nezaretinin ayrıca tesisine lüzum vardır. Şimdiki mevcut olan Sıhhiye Nezaretinin işlerini bu noktayı nazardan görmeye eşeddi ihtiyaç vardır...”⁸⁶ Yusuf Kemal Bey’in ardından kürsüye gelen Kastamonu mebusu Doktor Suat Bey ise konu hakkında şunları söylemiştir: “...Mesela şimdiye kadar Sıhhiye Nezareti namıyla filhakika bir nezaret var. İsmen mevcut olduğu gibi, doğrudan doğruya Dâhiliye Nezaretine merbut idi. Ve ayrı hususi teşkilatı haiz değildi. Evet, efendim bundan dolayı, Sıhhiye Nezareti namına büyük bir kuvvetli icraatta bulunamazdı. Valilerin, mutasarrıfların, büyük memurların icraatı altında tatbik edilmek istenilen takayyüdatı sıhhiyenin her birisi akim kalırdı. Eğer bundan sonra memlekete bir kudreti âliye verilmek isteniyorsa, Yusuf Kemal Beyefendi’nin buyurdıkları gibi, her şeyden evvel sıhhiye umurunu tanzim etmeli ve sıhhiye de canlı ve hayat bahşedici teşkilat yapılmalıdır...”⁸⁷

Bunlara benzer tartışmalar sonucunda kabul edilen Büyük Millet Meclisi İcra Vekillerinin Suret-i İntibahına Dair Kanun’un 1. Maddesi: “ Şeriye ve Evkaf, Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye, İktisat (Ticaret, Sanayi, Ziraat, Orman, Maadin), Maarif, Adliye ve Mezahip, Maliye ve Rüşumat ve Defteri Hakani, Nafia, Dâhiliye (Emniyeti Umumiye, Posta ve Telgraf), Müdafaa-i Milliye, Hariciye, Erkânı Harbiye-

⁸⁶ TBMM Zabıt Ceridesi, Devre 1, C.1, 01.05.1336, s 165

⁸⁷ TBMM Zabıt Ceridesi, Devre 1, C.1, 01.05.1336, s 166

i Umumiye işlerini görmek üzere Büyük Millet Meclisinin on bir zattan mürekkep bir İcra Vekilleri Heyeti vardır.”⁸⁸ şeklindedir. Bu madde de görüldüğü üzere Sıhhiye ve Muavenet-i İctimaiye vekâleti ikinci sırada sayılmıştır. Yukarıda bahsi geçen meclis görüşmelerinin yanında kanundaki sırası bile Türkiye Büyük Millet Meclisi üyelerinin, ülkenin bu kötü koşullarında üstesinden gelinmesi gereken en önemli işlerden birinin sağlık işleri olduğunu düşündüklerini göstermektedir.

İcra Vekilleri Heyetinin ilk programına bakıldığında dönemin sağlık ile ilgili sorunları ve bu sorunların çözümleri ile ilgili ipuçlarına rastlanılabilmektedir. Buradan yeni kurulan Sıhhiye ve Muavenet-i İctimaiye Vekâletinin bundan sonra izleyeceği politikaları görmek kolay olacaktır. İcra Vekilleri Heyetinin Programı 9 Mayıs'ta Maarif Vekili Doktor Rıza Nur tarafından okunmuştur. Programın sağlık ile ilgili kısmı şu şekildedir: *“Umuru Sıhhiye ve Muaveneti İctimaiye hususunda hali hazırı malimizin müsait olabildiği kadar ve mümkün mertebe iktisada riayet olunarak azami fevaidi sıhhiye ve muaveneti içtimaiye teminine çalışılacaktır. Ahalinin ve memlekette mevcut müessesatı sıhhiyenin edviye ve levazımı sıhhiye hususunda müşkülata uğramamaları için şimdiden bu gibi levazımın memlekete ithaline say olunuyor. Elimizde mevcut edviye ve eczayı tıbbiye israf etmemek üzere kullanırsak bu buhranlı devreyi kolaylıkla atlatabileceğimizi zannediyoruz. Emrazı sariyenin lehülhamd memlekette bu sene evvelki harb senelerine nispeten pek az olduğunu hamdı şükranla zikretmekle beraber bu gün emrazı içtimaiye namı altında zikrolunan malya ve frenginin tehdidi mazarratı için diğer şubatı idare ile mütfehiden ittihazı tedabir olunacağını söylemek isteriz.”*⁸⁹ Görüldüğü üzere programda eldeki olanaklar ölçüsünde sağlık konusuna gerekli önemin verileceği, sağlık kurumlarının eksikliklerinin gerektiğinde ithal edilmek suretiyle karşılanacağı ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele edileceği belirtilmektedir. Bu program henüz kurulan vekâletin yapacak olduğu işlerin çerçevesini çizmektedir.

⁸⁸ TBMM Zabıt Ceridesi, Devre 1, C.1, 02.05.1336, s 185

⁸⁹ TBMM Zabıt Ceridesi, Devre 1, C.1, 09.05.1336, s 241

Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin 3 Mayıs 1920 tarihli birleşiminde İcra Vekilleri Heyetinin seçimi yapılmış ve Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekili⁹⁰ olarak İstanbul Mebusu Doktor Adnan (Adıvar) Bey seçilmiştir.⁹¹

1.2. Milli Mücadele Döneminde Vekâletin Faaliyetleri

Adnan Bey 11 Mayıs'ta yanına almış olduğu bir sıhhiye memuru ile Ankara Vilayet Konağının bir odasında çalışmaya başlamıştır. Elde herhangi bir bilgi veya belge bulunmadığından öncelikle mevcut hekimlerin isimleri telgraflarla istenerek kayıt altına alınmaya başlamış, ardından İstanbul Hükümeti'nin sağlık ile ilgili tüm kanun ve düzenlemeleri temin edilmiştir.

Yeni vekâletçe hazırlanan ilk bütçe tasarısında: merkezde Hıfzıssıhha Dairesi, Sicil Dairesi, Muhasebe ve Evrak Kalemi kabul edilmiş, taşra örgütünde ise sağlık müdürlükleri, hükümet, belediye ve karantina tabiplikleri ile küçük sıhhiye memurlukları aynen korunmuştur. Teftiş kadrosu 3 müfettiş olarak belirlenirken Sıhhiye Meclisi kaldırılmıştır. Daül Kelp (Kuduz Tedavi Kurumu), Telkikhane (Aşihane) ve Bakteriyolojihane kurulması kararlaştırılmıştır.⁹² Bunların yanı sıra Doktor Adnan Bey'in 27 Şubat 1921 tarihinde vekâletin bütçesine dair görüşmelerin yapıldığı meclis oturumunda yapmış olduğu konuşmadan; vekâlete bağlı olarak çalışan doktor sayısının 180 olduğu, ihtiyaç olan doktor sayısının ise 290 olduğu anlaşılmaktadır. Doktor Adnan (Adıvar) Bey, bunun yanı sıra vekâletçe 250 bin kişilik aşı üretilmekte olduğunu ve Vekâletin Zonguldak'ta kömür işçileri için bir

⁹⁰ 1920–1946 yılları arasında geçen dönemde sırasıyla aşağıdaki isimler Sıhhiye Vekili olarak görev yapmıştır:

Dr. Adnan (Adıvar) Bey - (03.05.1920 – 10.03.1921),

Dr. Refik (Saydam) Bey - (10.03.1921 – 20.12.1921),

Dr. Rıza (Nur) Bey - (24.12.1921 – 27.10.1923),

Dr. Refik (Saydam) Bey - (30.10.1923 – 21.11.1924),

Dr. Mazhar (Germen) Bey - (22.11.1924 – 03.03.1925),

Dr. Refik Saydam (04.03.1925 – 25.10.1937),

Dr. Hulusi Alataş (25.10.1937 – 18.01.1945).

⁹¹ **Türk Parlamento Tarihi Milli Mücadele ve TBMM I. Dönem 1919-1923**, C. 1, TBMM Vakfı yay. No: 4, Ankara, 1994, s. 111

⁹² **Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl**, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yay. Ankara, 1973, s 31

hastane inşaatı başlattığını söylemiştir. Vekâletin ilk bütçesi 613.141 lira olarak kabul edilmiştir.⁹³ Aynı yıl Müdafaa-i Milliye Vekâleti'nin bütçesi 27.576.039 lira, Maarif Vekâleti'nin bütçesi 577.061 lira, Adliye Vekâleti'nin bütçesi 2.759.274 lira, Dâhiliye Vekâleti'nin bütçesi ise 2.731.023 lira olarak kabul edilmiştir.⁹⁴ Bunların yanı sıra Doktor Adnan Bey döneminde ordunun ihtiyacı olan hekimlerin öncelikle hastane ve belediye hekimlerinden seçilerek alınması ve hükümet tabiplerinin mümkün mertebe görevlerinde bırakılmalarına dair bir talimatname yayınlanmıştır. Ayrıca 14 Eylül 1920 tarihinde ve 22 sayılı Men'i Müskirat (İçki Yasağı) Kanunu yürürlüğe girmiştir. Bu kanunun 5 ve 6. Maddeleri doğrudan Sıhhiye Vekâleti ile ilgilidir. 5. Madde: "Tababette kullanılacak her nevi ispirotolu mevat ihtiyaç nisbetinde Sıhhiye Vekâletince eczanelere tevzi ve sarfiyatı kontrole tabi tutulur." 6. Madde: "Tababette istimal olunacak ispirotolu mevaddın sureti istimal ve sarfi hakkında Sıhhiye Vekâletince bir talimatname kaleme alınacaktır." Şeklinde olup bu maddelere istinaden vekâletçe İspirto ve İspirtolu İçkiler Nizamnamesi uygulanmaya başlanmıştır.⁹⁵

10 Mart 1921'de Dr. Adnan (Adivar) Bey'in Vekâletten ayrılması üzerine Dr. Refik (Saydam) Bey Vekil seçilmiştir.⁹⁶

Bu dönemde Balkan Savaşlarından itibaren devam etmekte olan yurt içerisindeki göçmen ve mültecilere dair işler düşman işgaline uğrayan bölgelerden de Anadolu'ya sığınan yeni göçmen ve mülteciler ile birlikte artış göstermiştir. Bu mülteci ve göçmenlerin özellikle yerleştirilme ve barındırılmalarına dair işler hükümetin en fazla önem verdiği işlerden biri olmuştur. Mülteci ve göçmenlerin yerleştirilme ve barındırılmaları görevi 5 Haziran 1921 tarihli "Dâhiliye Vekâleti'ne Bağlı Olan Muhacirin Müdüriyet-i Umumiyesi'nin Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti'ne Bağlanması Nizamnamesi" ile Sıhhiye Vekâleti'ne verilmiştir.⁹⁷

⁹³ TBMM Zabıt Ceridesi, Devre 1, C.8, 27.02.1337, s 494-502

⁹⁴ Fikret Ünal, Muzaffer Tıraş, Zafer Kükrer, **Bütçe Kanunları 1920-1929**, Maliye Bakanlığı Tetkik Kurulu yay. Ankara, 1978, s 26

⁹⁵ **Düstur** 3. Tertip, C.1-4, İstanbul, 1929, s 63

⁹⁶ **Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl...**, s 32

⁹⁷ **Dahiliye Vekâleti'ne Bağlı Olan Muhacirin Müdüriyet-i Umumiyesi'nin Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti'ne Bağlanması Hakkında Nizamname.** B.C.A. Tarih:01.05.1921 Sayı:840,Fon: 30.18.1.1 Yer No: 3.19.8

1921 yılı verilerine göre 241.682 kişi doğu illeri göçmen ve mültecisi, 26.608 kişi ise batı illeri göçmen ve mültecisi olmak üzere toplam 268.290 kişi kayıt altına alınmıştır. Bunların iâşe, barınma ve iskân işleri Vekâletçe yapılmıştır. 1922 yılı sonuna kadar bu mülteci ve göçmenlerin doğu illerinden gelen 23.520'si haricinde kalanlar memleketlerine dönmüşlerdir.⁹⁸

Doktor Refik (Saydam) Bey'in bu ilk vekilliği döneminde başlatmış olduğu çok önemli sayılabilecek bir çalışma vardır. Bu çalışma ilk baskısı 1922 yılında Doktor Rıza Nur Bey döneminde basılmış olan ve 1932 yılına kadar toplam 18 cilt olarak basılmış olan Türkiye'nin Sıhhi-i İctimai Coğrafyası isimli eserdir. Doğrudan Sıhhiye ve Muavenet-i İctimaiye Vekâleti tarafından yapılan çalışmalar sonucunda basılan eserlerde vilayetler ile ilgili çok ayrıntılı bilgiler bulunmaktadır.⁹⁹ Eserin birinci cildinde dönemin Sıhhiye Vekili Doktor Rıza Nur'un mukaddimesi şu şekildedir¹⁰⁰:

Selef-i aciz-i Refik Beyefendi zamanında yurdumuzun sıhhi ve içtimai tedkiki gibi mühim bir nokta Vekâlet-i Muavenet-i İctimaiyye müdürü Doktor Muhyiddin Celal Bey tarafından vekâlete teklif olunarak sıhhiye müdürlerinden bu babda malumat talep edilmiş, sıhhiye müdürleri tedkikat yaparak istenilen malumatı cem eylemişler. Vekâlete geldiğim zaman bu malumatın yarısını gelmiş buldum. Bunların bir kısmı güzelce, bir kısmı kıymetsiz idi ki sıhhiye müdürlerinin iktidar ve faaliyetleriyle mütenasibdi. Bunlardan en mükemmel olanlar Sinob, Niğde, Kayseri, Kastamonu, Erzurum, Zonguldak ve Menteşe sıhhiye müdürlüklerinden gelenlerdir. Bunların arasında da Sinob'unki birincidir. Bu halde Sinob nüshasını numune olmak üzere intihab edip bazı tadilat ve tekemmülat icrasından sonra - ekseriya olduğu gibi bunların da bir dolap içinde çürümek ve zayi olmak taliinden kurtulması ve enzar-ı istifadeye konulması maksadıyla - neşrediyorum. Eserde yapılan tashihler meyanında bir de o alışılmış eski münşiyane dil mümkün olduğu kadar Türkçeleştirilmiştir.

⁹⁸ Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl..., s 32-33

⁹⁹ Osman Gümüşçü, "Milli Mücadele Dönemi Türkiye Coğrafyası için Bilinmeyen Bir Kaynak" **Atatürk Araştırma Merkezi Dergisi**, Sayı 45, Cilt: Xv, Kasım 1999

¹⁰⁰ Sabri Koz, "Türk Halk Kültürünün Unutulmuş Kaynaklarından Biri: Türkiye'nin Sıhhi-i içtimai Coğrafyası" **IV. Milletlerarası Türk Halk Kültürü Kongresi Bildirileri, C-1 Genel Konular**, Kültür Bakanlığı Halk Kültürlerini Araştırma ve Geliştirme Genel Müdürlüğü yay: 164 Seminer Kongre Bildirileri Dizisi 34, Ankara, 1992, s 37.

Tab'ında bütün sıhhiye müdürlerine tevzi edilip iyi olmayan veya henüz gelmeyen sancakları bu numune üzere yeniden tertip ettirilecektir. Ve her sancak (vilayet) dan geldikçe alfabe (elifbe) veya diğer bir tertibe bakmaksızın Vekâletçe tashihat ve ikmalat badel-icra neşr edilecektir. Bu halde bu nüsha "Türkiye'nin Sıhhi-i içtimai Coğrafyası nam eserin birinci cüzü oluyor.

Şurasını itiraf etmeli ki "her şey cebheye... düsturunun hüküm sürdüğü böyle bir zamanda, alet ve saire cihetinden olan eksiklikler içinde bu eser istenilen mükemmeliyette olamamıştır. Fakat böyle bir esere olan ihtiyaç düşünülünce "Hiç yoktan iyidir mantığı kazanır. Hiç olmazsa bir esas olur, sonra mükemmelleştirilir. Her şey küçükten ve noksan ile başlar. Elverir ki başlansın.

Esere haritalar, krokiler, şemalar, grafikler, cetveller, bazı fotoğrafler ilave edilmiştir. Kaviyyen memul ediyorum ki her ay bir cüz bastırılabilir.

10 Mart 338.

Umur-ı Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiyye Vekili ve Sinob Mebusu. Doktor Rıza Nur

Eserlere bakıldığında belli bir plana göre hazırlanmış oldukları görülür. Merkezden gönderildiği anlaşılan plana göre 6 kısımdan oluşan eserlerde 1. kısım sınırlar, dağlar, nehirler, göller madenler, ürünler vb. konulardan 2. kısım iklim, 3. kısım nüfus, sosyal yapı, geçim yolları, eğitim, gelenek ve görenekler vb. konulardan 4. kısım hastaneler, eczaneler, okul ve medreseler, oteller han ve hamamlar, fabrikalar vb. konulardan 5. kısım hastalıklardan, 6. kısım ise doğum ölüm istatistikleri, hastalık istatistiklerinden bahsetmektedir. Eserde Türkiye'nin o yıllardaki idari bölümlenmesine göre Ankara, Bayezid, Çatalca, Gazi Ayıntab, Gelibolu, Hamidabad (Isparta), Kastamoni, Kayseri, Kengırı, Kırk Kilise (Kırklareli), Kırşehir, Konya Muğla (Menteşe), Niğde, Sivas, Sinob, Urfa ve Zonguldak vilayet ya da sancakları ile ilgili olan nüshalar yayımlanmış, Erzurum ile ilgili kitap yayınlanamamıştır. Son basılan Sivas kitabı 1932 yılında basılmış ve dizinin yayımı bu kitapla son bulmuştur.¹⁰¹

¹⁰¹ Koz, a.g.m. s 39-40

24 Aralık 1921’de Doktor Refik (Saydam) Bey’in istifası üzerine Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekilliğine Doktor Rıza (Nur) Bey seçilmiştir.¹⁰²

TBMM’nin açılması ile Milli Mücadele’nin siyasi açıdan en önemli hamlesi gerçekleştirildikten sonra bir yandan yukarıda kuruluşu anlatılan Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti ve diğer vekâletlerin kuruluş çalışmaları sürerken bir yandan da Kurtuluş Savaşı olanca hızı ile devam etmekteydi. Cepheden Ankara’ya gelen yaralı askerlerin tedavileri bizzat Sıhhiye Vekili ve doktor kökenli mebuslar tarafından yapılmaktaydı.¹⁰³ 1. TBMM Dönemi’nde meclisteki sağlıkçı mebus sayısı 16’dır. Bunların 15’i doktor 1’i ise eczacıdır.¹⁰⁴

1921 yılı Temmuz ayında Yunan birliklerinin henüz kurulma aşamasını tamamlayamamış, saldırı gücü olmayan Türk ordusuna üstün gelmeleri sonucunda Türk ordusu Sakarya Irmağı’nın doğusuna çekilmek zorunda kalmıştır. Bu durum TBMM’de büyük tedirginliğe yol açmış¹⁰⁵ ve vekâletlerin bir kısmının Ankara’dan Kayseri’ye taşınmaları emredilmiştir. Bunun üzerine Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti de önce Kırşehir’e ardından Kayseri’ye nakledilmiştir. Ancak Sakarya zaferi sonrasında tekrar Ankara’ya dönmüştür.¹⁰⁶

Bilindiği üzere Sakarya Savaşı sonrasında Türk ordusunun ileri harekâtı 26 Ağustos 1922 tarihinde Büyük Taarruz ve Başkomutanlık Meydan Muharebesi ile başlamış Türk ordusunun zaferi sonucunda 11 Ekim 1922’de Mudanya Ateşkes Antlaşması ile fiilen sona ermiştir.¹⁰⁷ Kazanılan zafer sonrasında düşmandan geri alınan bölgelerin halkına devlet tarafından yardım yapılması gerekmekteydi çünkü bilindiği üzere düşman, işgal etmiş olduğu yerlerden ayrılırken bu bölgelere önemli maddi zararlar vermişti. Bahsedilen bu yardım görevi Kızılay ve Sıhhiye ve

¹⁰² Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl..., s 33

¹⁰³ Aynı yerde.

¹⁰⁴ 1. TBMM’deki mebusların mesleklerine ve eğitim düzeylerine göre dağılımı konusunda ayrıntılı bilgi için bkz. İhsan Güneş, **Birinci TBMM’nin Düşünce Yapısı (1920-1923)**, Türkiye İş Bankası Kültür yay. No: 360, 1997, s 81

¹⁰⁵ Sina Akşin ed. **Türkiye Tarihi 4 Çağdaş Türkiye 1908-1980**, Cem yay. İstanbul, 1997, s 72

¹⁰⁶ Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl... aynı yerde

¹⁰⁷ Büyük Taarruz, Başkomutanlık Meydan Muharebesi ve Mudanya Ateşkes Antlaşması konularında ayrıntılı bilgi için bkz. Hamza Eroğlu **Türk İnkılap Tarihi**, Savaş yay. Ankara, 1990, s 189, 197 ayrıca Mudanya Ateşkes Antlaşması metni için bkz. Soysal, a.g.e. s 69

Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti tarafından yapılmıştır. Kızılay hakla eşya yardımında bulunurken Sıhhiye Vekâleti para yardımında bulunmuştur.¹⁰⁸

1923 yılı başında öksüz yurtları vekâlete bağlanmış ve Muavenet-i İçtimaiye biriminin görev kapsamı genişletilerek adı Muvazenet-i İçtimaiye ve Dar-ul Eytamlar Umum Müdürlüğü olarak değiştirilmiştir. Anasız babasız çocukların korunması ve eğitimine önem verilmiştir. Örneğin Amasya’da “Şefkat-i İslamiye” yurdunda bakıma alınan 350 çocuğun ihtiyaçları için hükümetçe yardım yapılmış, bunun yanı sıra göçmen çocukları, Elaziz, Trabzon, Sivas, Amasya, Kayseri, Erzincan, Aydın ve Konya’da açılan darüleytamlarda eğitime çalışılmıştır.¹⁰⁹ Daha sonra Anadolu’daki bu yurtlar kapatılarak İstanbul’da yedi şubeli bir öksüzler yurdu bırakılmıştır. Bu yurtlarda yapılan muayeneler sonucunda 800’den fazla çocuğun trahomlu olması sebebiyle şubelerden biri hastaneye çevrilmiştir. 1339 (1923) yılında öksüz yurtları Maarif Vekâleti’ne bağlanmıştır.¹¹⁰

Bulaşıcı hastalıklarla mücadele konusuna bakılacak olursa; Kurtuluş Savaşı boyunca ülkede salgın halini alan başlıca hastalıklar sıtma, frengi, çiçek ve trahomdur. Ayrıca salgın halini almamakla beraber tifo, tifüs ve kuduz vakıalarına da rastlanmaktaydı. Bunların yanı sıra verem hastalığına yakalanmış olanların sayısı da oldukça fazlaydı. Savaş yıllarında düzenli istatistik tutulamamış ise de bazı yöreler ile ilgili bilgiler alınmıştır. Kurtuluş Savaşında askerler arasında yüzde 40 oranında sıtma hastası belirlenmiştir. Yine aynı dönemde halkın da yüzde 50’si sıtma hastası olduğu bilinmektedir. Hatta bazı yörelerde bu oran daha da artmaktaydı. Örneğin Samsun yöresinde yüzde 70, Ordu’da yüzde 50, Söke’de yüzde 44, Toros tünel işçilerinde yüzde 50 sıtma hastalığına rastlanmıştır.¹¹¹

Savaş döneminde ülkenin en büyük sağlık sorunu olan sıtmaya karşı yapılan mücadele halka ilaç dağıtılması ve bu hastalığın temel kaynağı olan bataklıkların kurutulması şeklinde olmuştur. 1921–1922 yıllarında halka, hastalığın tedavisinde geniş ölçüde kullanılmakta olan “kinin” dağıtımı yapılmıştır. 1922 yılında İstanbul

¹⁰⁸ Sağlık Hizmetlerinde... aynı yerde

¹⁰⁹ Güneş, a.g.e. s 343

¹¹⁰ Sağlık Hizmetlerinde...s 34

¹¹¹ Orhan Özkan, “Atatürk Döneminde Sağlık Politikası”, **Atatürk Dönemi Ekonomik politikası ve Türkiye’nin Ekonomik Gelişmesi Semineri**, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi yay. No:513, Ankara, 1982, s 195

Kimyahanesinde üretilen 1000 kilogram kinin Ziraat Bankası aracılığıyla 250 kilogram kinin ise ücretsiz olarak halka dağıtılmıştır.¹¹²

Savaş döneminde diğer hastalıkların durumuna bakılacak olursa; Frengi konusunda hastaların belirlenmeye çalışılması ve kontrol altında tutulup kendilerine ilaç dağıtımı yapılmaya çalışılmıştır. Ayrıca evlenmeden önce muayene yöntemi uygulanmaya çalışılmıştır. Çiçek hastalığından halkı korumak amacıyla Sivas'ta aşı üretimi yapılmış, 1921 yılında 3 milyon kişiye 1922 yılında ise 5 milyon kişiye yetecek kadar aşı üretimi yapılmıştır. Yine Sivas'ta çiçek aşısından başka 537 kilogram kolera aşısı, 477 kilogram da tifo aşısı üretilip askerlere ve halka uygulanmıştır. 1920 yılında ülkede yaklaşık 3 milyon trahom hastası bulunmaktadır. Özellikle yetim yurtlarında ciddi oranda yaygınlaşmış olan bu hastalığa karşı yapılan mücadele daha çok hasta olanlarla sağlıklı olanların birbirinden ayrılması şeklinde olmuştur.¹¹³

Burada Sıhhiye Vekâletinin binasından da bahsetmek gerekmektedir. Yukarıda da bahsedildiği üzere vekâlet kuruluşundan sonra öncelikle Ulus'taki Ankara Vali Konağı binasında bir odada faaliyete başlamış, ardından Hacıbayram'da bir binaya nakledilmiştir. 4 Temmuz 1922 tarihli Hâkimiyet-i Milliye gazetesinin manşetinden anlaşıldığı kadarıyla kurulma aşamasında olan devlet Sıhhiye Vekâleti için bir bina yapmaya karar vermiş ve daha 1922 yılında bina neredeyse tamamlanmıştır. Vekâlet binasının inşaatına ait bir de resmin bulunduğu gazetenin haberinde: *“Sıhhiye Vekâletinin Yenişehir’de yaptırmakta olduğu binanın kâgir aksamının yapısı bitmek üzeredir. Bina bu kışa kadar ikmal edilecektir. Vekâlet binası, cidden Ankara’mızın en asri bir binası olmuştur. Avrupa’nın en son yapılan en modern binalarına benzemektedir. Aynı zamanda binanın Yenişehir’de yapılmış olmasının ayrıca bir kıymeti vardır. Ankara’mızın imarı davasında Yenişehir ve Yenişehir’in amudu farikasını teşkil eden Gazi Caddesi üzerinde muazzam ve monumantal binalar yapmayı prensip olarak kabul etmiştik. Sıhhiye Vekâleti bunu ilk evvel tahakkuk ettirmek suretiyle Yenişehir’in inkişafı davasına hizmet etmiş oldu.”* denilmektedir. Haberin tarihine dikkat edilecek olursa daha Kurtuluş Savaşı'nın

¹¹² Meliha Özpekcan, “Türkiye Cumhuriyeti’nde Sağlık Politikası 1923-1933” yayınlanmamış doktora tezi s 59’dan Meclis Toplantı yılı Açılış konuşmaları

¹¹³ A.g.e. s 59

devam etmekte olduğu bir dönemde böyle bir binanın yapılıyor olması aslında Milli Mücadele önderlerinin geleceğe ne şekilde yatırımlar yaptıklarını göstermektedir. Modern bir binanın yapılıyor olması kuruluş aşamasında olan yeni devletin geleceğini göstermesi bakımından önemlidir. Ayrıca bu gibi yatırımların Ankara’da yapılması ve haberde Yenişehir’in inkişafının bir dava olarak ele alınması da Ankara’nın kurulacak olan yeni devletin başkenti olmak üzere hazırlandığını açıkça göstermektedir.¹¹⁴

1.3. Cumhuriyetin İlanı Sonrasında Vekâletın Faaliyetleri

Bilindiğı üzere 29 Ekim 1923 tarihinde Türkiye’de Cumhuriyet ilan edilmiş böylece bu yeni yönetim şekli ile beraber TBMM’nin 1920’de açılması ile başlayan yeni devletin doğuş süreci de tamamlanmıştır. Bundan sonra tüm yurttta başlayacak olan yeniden inşa ve modernleşme hareketinin en önemli araçlarından biri de Sıhhiye Vekâleti olacaktır. Çünkü her şeyden önce ülkede sağlığa ihtiyaç vardır. İnşa edilmesi ve modernleştirilmesi planlanan yurdun üzerinde yaşayan halkın sağlıklı olması gereklidir. Daha 1922 yılında Mustafa Kemal Paşa halkın sağlığı ile ilgili şunları söylemiştir: *“Sağlık ve sosyal yardım hususlarında takip ettiğimiz gaye şudur: Milletimizin sıhhatinin korunması ve takviyesi, ölümün azaltılması, nüfusun artırılması, bulaşıcı ve salgın hastalıkların etkisiz hale getirilmesi, bu suretle millet fertlerinin dinç ve çalışmaya kabiliyetli bir halde sıhhatli vücutlar olarak yetiştirilmesi.”*¹¹⁵ Bu söz aslında Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâletinin yapması gereken işleri açık bir şekilde sıralamaktadır. Koruyucu hekimliğe öncelik verilmesi, ölüm oranının azaltılması dolayısıyla nüfusun artırılması, salgın hastalıklarla mücadele edilecek ve sonuç olarak ortaya çıkacak olan sağlıklı nesil hem çalışarak ülkenin gelişmesini sağlayacak hem de bu sağlıklı nesil yetiştirilecek yani modern bir toplum haline getirilecektir.

Cumhuriyetin ilan edildiğı dönemde halkın hangi şartlar altında yaşadığını 1923 yılı ortalarında Anadolu’da görev yapmış olan Kızıllaç Komitesinin hazırladığı

¹¹⁴ **Hakimiyet-i Milliye Gazetesi**, 4 Temmuz 1922 manşet haberi, Ayrıca Gazetenin ilk sayfası için bkz. Ekler Bölümü

¹¹⁵ Utkan Kocatürk, **Atatürk’ün Fikir ve Düşünceleri**, Edebiyat Yayınevi; Ankara 1971 s. 277

raporda açıkça görebilmek mümkündür. Raporda ülkenin durumu ile ilgili şunlar geçmektedir:¹¹⁶

Deruhte ettiğimiz vezâifin ifası için Anadolu'yu şimalden cenuba, Mudanya'dan Amanos Dağları'nı, Ankara, Kırşehir, Kayseri, Adana tarikiyle ve merkezden garba, Konya, Afyon Karahisar, Uşak, İzmir tarikiyle dahilden kat etmeğe mecbur olduk.

Bu havalinin zaten adeden zayıf olan ahalisini Avrupa, Asya ve Afrika sahne-i harplerinde on dört sene devam eden muharebeler pek ağır vefiyât cizyeleri vermeğe mecbur etmiştir. Mamañih, bugün vefiyât ırk ve din hislerinden mütevellit kin ve husumet kurbanları adedinden pek noksandır. Tâli harp ve mahall-i ihtilallerin hak bir ırkı ve zaman zaman diğerk ırkı ve bazen bir taassup ehlini, bazen diğerk taassup taraftarını mevki-i iktidara is'âd ederek iş bu tebdil ve tahavvülün her birini kıtal, yangın ve yağma takip etmiştir. Her yerde yakılmış istasyon harabeleri, tahrip edilmiş köprü enkazı, yağma edilmiş mahaller, insandan hali köyler nazara tesadüf etmektedir. Şehirlerde her ne kadar genç, dinç adamlar görülmekte ise de tarlalarda bu hal nadirdir. İhtiyarlar köyde otururlar ve ya davarlarını rü'y ile meşgul bulunurlar. Tarlalarda kadınlarla çocuklar çalışmakta ve bir çift öküz koşulu ağaç sabanı, on, on dört yaşında çocuklar idare etmektedirler. Kıtalden kurtulabilen erkekler ya orduya ve yâhûd amele taburları hidemâtına alınmıştır. Mamañih harbin hitam bulduğu on aydan beri memleket, pek büyük bir cehd ve gayret ibraz etmiştir. Arazi ziraatı yeniden başlamış, Türklerin nezâreti ve murakabesi altında şimendiferler tamir ve telgraf hutûtu bin kilometre tezyid edilmiş ve hususiyle memlekette asayiş tesis etmiş ve harb-i dâhililerden ve bazı mevâki'de vuku bulan ihtilallerden sonra memlekette müstevli olan çeteler imana davet edilmiştir. Bugün, jandarma kuvveti intizam ve asayişi temin etmektedir.

Görüldüğü üzere hem ülkenin hem de halkın ciddi anlamda devlet desteğine ihtiyacı vardır. Burada halkın sağlığı ile ilgili politika üretmek görevi de Sıhhiye

¹¹⁶ Osman Akandere, "1923 Yılı Ortalarında Uluslar Arası Kızılhaç Komitesince Görevlendirilen Heyetin Anadolu'daki Teftiş Gezileri ve Hazırladıkları Rapor", **Atatürk Araştırma Merkezi Dergisi**, Sayı 53, Cilt: XVIII, Temmuz 2002'den naklen **Türkiye Hilâli Ahmer Mecmuası**, Sayı 24, 15 Ağustos 1339 (1923), s 378-384

Vekâletine düşmektedir. Bundan sonra vekâlet bir yandan sağlık sorunlarını çözmeye çalışırken bir yandan da kurulmakta olan sağlık sisteminin hukuki alt yapısını oluşturmaya çalışacaktır.¹¹⁷

1.3.1. Doktor Refik (Saydam) Bey ve Sağlık Politikaları

Doktor Refik (Saydam) Bey Vekâletin kuruluşunun ardından aralıklı da olsa yaklaşık 14 yıl süresince Sıhhiye Vekilliği görevinde bulunmuştur. Vekalette bu süreç içerisinde Doktor Refik (Saydam) Bey'in ortaya koymuş olduğu politikalar hakim olmuştur. Vekâlet açısından Doktor Refik (Saydam) Bey'in 14 yıl süresince görevini devam ettirmiş olması siyasi istikrarın göstergesidir. Dolayısıyla bu 14 yıllık süre zarfında siyasi istikrar ve devamlılık sayesinde Vekâletçe temel sağlık mevzuatı çıkarılmış ve aşağıda görülecek önemli politikalar uygulanmıştır.

Sıhhiye Vekâleti'nin görevleri Refik (Saydam) Bey dönemine kadar iki madde olarak belirlenmişti. Afetinan'a göre bu görevler şöyle tanımlanmaktadır: "1- Koruma (hıfzıssıhha ve mücadele), 2- Kurtarma (tedavi müesseseleri) Buna göre vekâlet birinci vazifeyi yapmak için memleketin sıhhi şartlarını ıslah, milletin sıhhatine zarar veren bütün hastalıklarla ve zararlı amillerle mücadele eder. Yeni neslin sıhhatli yetişmesine çalışır."¹¹⁸

Cumhuriyet'in ilanından sonra kurulan ilk hükümetin hükümet programına bakıldığı zaman vekâletin sonraki yıllarda hangi konulara ağırlık vereceği anlaşılmaktadır: "*Halkımızın bünye-i içtimaiyesini yıpratın sıtma ile ciddi bir mücadeleye girişmek Sıhhiye Vekâletinin en esaslı umdesidir. Bundan maada frengi ve verem tahribatına, nüfus itibarıyla pek şayan-ı teemmül olan çocuk hastalıklarına ve vefiyatına karşı koymak için bir taraftan teşkilat-ı sıhhiyemizin taazzuv ve*

¹¹⁷ OECD Reviews of Health Systems: Turkey, OECD and World Bank yay. 2008, s 40

¹¹⁸ Ayşe Afetinan, **Medeni Bilgiler ve M. Kemal Atatürk'ün El Yazıları**, TTK Yayını, Ankara 1988, s. 328-329

tevessüüne azami sarf-ı gayret edilecek, diğer taraftan da teşkilat-ı hususiyeye bu gayeleri teminen muavenet ifa olunacaktır."¹¹⁹

Doktor Refik (Saydam) Bey yukarıda sayılan görevleri yerine getirmek amacıyla Vekâlet'in görevlerini bir çalışma programı şeklinde ayrıntılı bir biçimde hazırlamıştır. Doktor Refik (Saydam) Bey'in kendi el yazısı ile kaleme aldığı Bakanlık Çalışma Programı 10 maddeden oluşmaktadır.¹²⁰

1. Devletin sağlık teşkilatını kurmak,
2. Fazla sayıda hekim yetiştirmek,
3. Numune hastaneleri açmak,
4. Ebe ve sağlık memuru yetiştirmek,
5. Doğum ve çocuk bakımevleri açmak,
6. Verem sanatoryumu açmak,
7. Sıtma, frengi, trahom ve diğer bulaşıcı hastalıklarla mücadele etmek,
8. Sıhhiye ve Muavenet-i içtimaiye Teşkilatını köylere kadar götürmek,
9. Gerekli kanunları çıkarmak,
10. Hıfzıssıhha müessesesi ve okulu açmak

1.3.1.1. Vekâletin Merkez ve Taşra Örgütü ile Personel Durumu

Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti başlangıçta Hıfzıssıhha ve İçtimai Muavenet Şube Müdürlükleri ile Sicil, Muhasebe Şubelerinden oluşmakta ve bunun yanı sıra gerek teknik ve gerekse idari memur sayısı oldukça azdı. Yukarıda da bahsedildiği üzere Doktor Adnan Bey 11 Mayıs 1920'de bir sıhhiye memuru ile Ankara Vilayet Konağının bir odasında göreve başlamıştı. Mart 1922 tarihli "Sıhhiye Vekâleti'nin bütün vazifedarları"nın gösteren fotoğrafta sıhhiye Vekili Doktor Rıza Nur Bey dâhil toplam çalışan sayısı 15 olarak görülmektedir.¹²¹

1933 tarihli Sıhhiye Mecmuası Fevkalade Nüshasında Vekâlet merkez teşkilatının gelişimi şöyle anlatılmaktadır: " *Cumhuriyetin teessüsünden sonra yavaş*

¹¹⁹ TBMM Zabıt Ceridesi, Devre 2, C.10, 27.11.1340, s 399

¹²⁰ Dr.Refik Saydam (1881-1942) Ölümünün 40. Yılı Anısına..... s 41

¹²¹ Bahsedilen fotoğraf için bkz Ekler Bölümü

yavaş memleketin umumi hayatında istikrar ve inkişaf husule geldikçe ve yeni çıkan kanun ve nizamlar tatbik edilmeğe başladıkça artan sıhhat işleri faaliyetinin gösterdiği lüzum üzerine bu teşkilat da genişletilmiş ve ilk kurulan esas muhafaza edilmekle beraber aynı çerçevede dâhilinde fenni ve idari personelin adedi ziyadeleşmiştir. 1933 senesi bütçesine nazaran Vekâlet teşkilatı dâhilinde 36 tabip, 2 eczacı, 1 mühendis, 1 avukat (hukuk müşaviri), 1 Ressam ve Grafik Mütahassısı, 92 muhtelif memur vazife görmektedir. Bu teşkilat, heyeti mecmuasıyla yavaş yavaş bir tekâmül devresine giren bütün kanun, nizam ve talimatnamelerle tespit edilen şekilde memleket dâhilinde umumi sıhhatin muhafazası, vefiyatın azaltılması ve içtimai hastalıklarla mücadele işleriyle meşgul olmakta; içtimai muavenet sahasında hasta ve delillerle doğum yardımına muhtaç kadınların ve çocukların mümkün mertebe tıbbi yardıma mazhar olmasına çalışmakta ve tababet şubeleri sanatlarının icrasını, zehirli ve uyuşturucu maddelerle alelumum kimyevi maddeleri ve tıbbi müstahzarları murakabe ve şehir, kasaba ve köyler ve mektep, çocuk ve amele hıfzıssıhhası ile iştiğal eylemektedir.”¹²²

Merkezde Vekâlet makamına bağlı bir Müsteşarlık, bir Müsteşar Yardımcılığı, Teftiş Heyeti Reisliği, Hususi Kalem Müdürlüğü'nün yanı sıra Yüksek Sıhhat Şurası bulunmaktaydı. Bunun yanı sıra Etıbba Odaları da doğrudan Vekâlete bağlıydı. Teftiş Heyetinde bir reise bağlı İstanbul ve Ankara Başmüfettişlikleri ile Anadolu'nun muhtelif yerlerini dolaşan 10 kadar müfettiş bulunmaktaydı. Vekâletin İçtimai Muavenet, Hıfzıssıhha İşleri, Hudut ve Sahiller Umum Müdürlüğü, Sicil ve Yazı İşleri Dairesi, Neşriyat ve İstatistik dairesi, Seferberlik Şubesi, Muhasebe ve Evrak Müdürlükleri ve Hukuk Müşavirliği ile Ayniyat Şubesi Müsteşarlık Makamına bağlı olarak faaliyet gösterirlerdi.¹²³

İçtimai Muavenet Dairesi bir reis ile 3 uzman tabip ve iki eczacı tarafından idare edilen bürolardan oluşmaktaydı. Bütün hastanelerin ve dispanserlerin alet ve binaları ile numune hastaneleri gibi kurumların idareleri merkezde bu birime

¹²² **Türkiye Cumhuriyeti Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Sıhhiye Mecmuası Fevkalade Nüshası, Vekâletin 10 Yıllık Mesaisi**, 29 Birinci Teşrin 1933, s 7-9 Ayrıca Vekâlet'in 1933 yılına ait teşkilat şeması için bkz **Ekler Bölümü**

¹²³ Feridun Frik, **Türkiye Cumhuriyeti'nde Tıp ve Hıfzıssıhha Hareketleri**, Bayer Leverkusen Almanya, s 6

bağlıydı.¹²⁴ Ayrıca Vekâlete bağlı bulunan Hudut ve Sahiller Umum Müdürlüğü ve Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi sonraki başlıklar altında ayrıntılı inceleneceğinden burada ele alınmamıştır.

Merkez teşkilatın yanı sıra, Vekâlet taşra teşkilatı ise 1923 yılında, illerde bulunan sağlık müdürlükleri, hükümet, belediye ve karantina tabiplikleri ile küçük sihiye memurluklarından oluşmaktaydı.¹²⁵ Daha sonraki yıllarda gelişme kaydeden taşra teşkilatında, her vilayet merkezinde bir Sıhhat Müdürlüğü bulunmaktaydı. Vilayetlerin büyüklüklerine göre birer muavin ve birer merkez hükümet tabibi ve vilayete bağlı merkez kaza merkezlerinde birer hükümet tabibi merkezdeki sıhhat Müdürüne bağlı olarak çalışırdı. 1940'lı yılların başında 60 kadar Sıhhat Müdürlüğü ve 500 kadar da hükümet tabipliği mevcuttu.¹²⁶

1.3.1.2. Sağlık Hizmetlerinde İnsan Gücü Politikası

Doktor Refik (Saydam) Bey döneminin başlangıcında ülke genelinde mevcut sağlık personeli sayısı sırasıyla, 554 hekim, 560 sağlık memuru, 136 ebe, 69 hasta bakıcı hemşire ve 4 eczacıdan oluşmaktaydı.¹²⁷ Bu dönemin en önemli sorunlardan biri hekim yetiştirmektir. Yukarıda da görülebileceği üzere Bakanlık Çalışma Programının 2. maddesi “Fazla sayıda hekim yetiştirmek” olarak belirlenmiştir. O dönemde bu konudaki en önemli sorun sadece bir adet tıp fakültesi olması ve eğitim masraflarının yüksek olmasıydı. Vekâlet, bu sorunu çözmek üzere 1924 yılından itibaren tıp öğrenci yurtları açmış ve öğrencilerin okuma, barınma, giyinme ve yaşama giderlerini karşılamıştır. Böylece, tıp fakültesinin çekiciliği arttırılmıştır. 1942 yılına gelindiğinde Vekâletçe açılmış olan yurtların öğrenci kapasitesi 1000'i bulmuştur. Ayrıca Doktor Refik (Saydam) Bey İstanbul'daki tıp fakültesinin yanı sıra Ankara'da da bir tıp fakültesi açılması amacıyla çalışmalar yürütmüş fakat bu çalışmalar ancak onun ölümünden sonra meyvesini vermiş ve 1945'te Ankara'da tıp fakültesi açılmıştır.¹²⁸

Hekimlerle ilgili insan gücü politikası açısından uygulanan diğer bir politika ise zorunlu hizmet politikasıdır. Daha 1922 yılında Sıhiye Vekili Doktor Rıza Nur tarafından hazırlanmaya başlanmış olan Sivil Doktorlara Zorunlu Hizmet Kanununa ait tasarı TBMM'nin 24.10.1339 (1923) günkü toplantısında okunarak kanun ile ilgili görüşmeler

¹²⁴ A.g.e. s 7

¹²⁵ Sıhiye Mecmuası Fevkalade... s 9

¹²⁶ Frik, a.g.e. s 7

¹²⁷ Dr.Refik Saydam (1881-1942) Ölümünün 40. Yılı Anısına....aynı yerde.

¹²⁸ Dr.Refik Saydam, (1881-1942), Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yay. Ankara, 1982, s 25

başlamıştır. Vekâletten Meclise gelen yazıda doğu illeri memurluklarına her zaman az istek olduğundan bu bölgelerdeki sağlık hizmetlerinin aksadığı belirtilmiştir. Bölgedeki 135 ilçenin o gün itibarıyla 24'ünde hükümet tabibi bulunduğu, diğerlerinin yıllardan beridir boş olduğu ve kanun tasarısının bu nedenle hazırlandığı belirtilmiş ve gereğinin yapılması talep edilmiştir.¹²⁹

29.10.1339 (1923) tarihinde Meclis Sıhhiye Komisyonunda görüşülmeye başlanan kanun tasarısı, 08.11.1339 (1923) tarihinde “Etıbbanın Hizmet-i Mecburiyesi Hakkında Kanun” adı ile kabul edilmiştir.¹³⁰

Kanunun içeriğine bakılacak olursa: 1. maddede; 1923 ve onu izleyen yıllarda Tıp fakültesinden mezun olup, uygulama sürelerini tamamlayan doktorların 2 yıl süreyle zorunlu hizmetle yükümlü oldukları ve atamalarının tüm açıkları kapsayan bir kura yöntemiyle olacağı öngörülmüştür. 2. maddede; halen öğrenci olanlar ile 1923 yılından başlayarak Tıp Fakültesine girecek olan öğrencilerin okullarını bitirdikten sonra hükümetçe uygun görülen yerlerde 3 yıl süre ile hizmet etmeyi taahhüt edenlerin parasız ve yatılı olarak öğrenimlerini devam ettirip harcamalarının hükümetçe karşılanacağı belirtilmiştir. 3. maddede; Sıhhiye Vekâletinin, bu kanunun yayımlanmasından sonra bir kararname ile kararlaştıracağı ve duyuracağı yerlere atanacak olan doktorlara, maaş ve olağanüstü ödenekleri toplamının yarısından az, bir katından fazla olmamak üzere ek ödeme yapabileceği ve bu ek ödemenin haciz gibi işlemlere tabi tutulmayacağı hükme bağlanmıştır. Kanunun 4. maddesinde ise bu kanunun 1 ve 2. maddelerindeki zorunlu hizmetten kaçanların 5 yıl süre ile meslek icra edemeyecekleri son maddesinde ise bu kanunu Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâletinin yürüteceği belirtilmiştir.¹³¹ 1924 yılı Mart ayında Saruhan Mebusu Vasıf Bey ve arkadaşları tarafından “Etıbbanın Hizmet-i Mecburiyesi Hakkında Kanun”a madde eklenmesi hakkında bir kanun teklifi getirilmiş ve 13.03.1340 (1924) yılında yapılan görüşmeler sonucunda kanuna 7 madde eklenmiştir. Bu yeni kanun 1. maddesinde, Tıp fakültesini bitiren sivil doktorların son bir yıllık stajlarını, Gülhane klinikleri veya Müdafaa-i Milliye Vekâletince uygun görülecek İstanbul'da benzer askeri kuruluşlarda tamamlamak zorunda oldukları, 2. maddesinde ise belirtilen şekilde stajını tamamlayanlara hizmet-i maksure uygulanmayacağı hükme bağlanmıştır. Böylece zorunlu hizmet yapacak olan hekimlerin askerlik hizmetinden muaf tutulmaları sağlanmıştır. 3. maddeye bakıldığında hekimlerin bu staj dönemindeki rütbeleri ve maaş işlemlerinin düzenlendiği görülür. 4. maddede staj programının Müdafaa-i Milliye Vekâletince düzenleneceği, 5. maddede yurt dışında öğrenimlerini tamamlayanların

¹²⁹ **TBMM Zabıt Ceridesi**, Devre 2, C.3, 24.10.1339, s 30–31

¹³⁰ **TBMM Zabıt Ceridesi**, Devre 2, C.3, 08.11.1339, s 310–311

¹³¹ **Düştur**, 3. Tertip, C 5, s. 411

da bu kanundan aynı şekilde yararlanacakları, 7. maddede ise bu kanunun Müdafaa-i Milliye, Sıhhiye ve Maliye Vekâletlerince yürütüleceği belirtilmiştir.¹³²

Böylelikle doktorlar için Cumhuriyet tarihinin ilk zorunlu hizmet yasası çıkarılmış oluyordu.¹³³

Dönemin sağlık personeli konusundaki diğer önemli bir sorunu ise koruyucu hizmetlerde ve özellikle kırsal bölgelerde çalışabilecek hekim dışı personel yetersizliği idi. Bu işlerde çalışacak kadın personel bulmak daha da zordu. Çünkü o dönemlerde temel eğitim görmüş genç kız bulmanın zorluğu yanında, kadınların bu tür işlerde çalışmaları toplum tarafından da hoş karşılanmamaktaydı. Ayrıca oldukça yetersiz koşulların bulunduğu kırsal bölgelerde kadınların çalışabilmeleri de oldukça zordu. Bu nedenle Vekâlet, Küçük Sıhhiye Memurlarının yetiştirilmesine ağırlık vermiştir.¹³⁴ Küçük sıhhiye Memuru yetiştirmek amacıyla 1924 yılında İstanbul ve Sivas'ta Sağlık Meslek okulları kuruldu. Bunun yanı sıra ebe yetiştirmek amacıyla yine 1924 yılında İstanbul Şişli Etfal Hastanesi bünyesinde Ebe Öğrenci Yurdu kuruldu. Ayrıca yine ebe yetiştirmek amacıyla 1937'de Balıkesir'de, 1938'de Konya'da ebe okulları açıldı. Hemşire yetiştirmek için ise 1925 yılında İstanbul'da Kızılay Hemşire Okulu açıldı.

Türkiye genelinde görev yapmakta olan sağlık personeli ile ilgili olarak 1933 yılı sayılarına bakıldığında vekâlet, özel idare ve belediyelerde görevli sağlık personeli şöyle sıralanabilir: 57 Sıhhat ve İçtimai Muavenet Müdürü, 394 Hükümet Tabibi, 541 seyyar ve sabit Küçük Sıhhat Memuru, 101 Muayene ve Tedavi Evleri Küçük Sıhhat Memuru, Numune Hastaneleri, Doğum Evleri, Özel İdare ve Belediye Hastaneleri, Emraz-ı Akliye ve asabiye Hastaneleri ve verem sanatoryumunda 259 Uzman tabip, sıtma, frengi, trahom ve diğer bulaşıcı hastalıklarla ve veremle mücadele konusunda uzman 146 Uzman Tabip, büyük hastanelerde 40 asistan, bulaşıcı hastalıklar ile mücadelede görevli 440 Küçük Sıhhat Memuru ile 227 Belediye tabibi ile 400 Belediye Ebesi.¹³⁵ Görüldüğü üzere sağlıkta insan gücü açısından 10 yılda çok önemli aşamalar kaydedilmiştir.

1.3.1.3. Örgütlenme Politikası

¹³² **Düster**, 3. Tertip, C 5, s. 678

¹³³ Bundan sonra bazı dönemlerde kaldırılrsa veya ertelense de buna benzer yasalar günümüze kadar ulaşmıştır. Bu gün bile Sağlık Bakanlığınca uygulanan bir zorunlu hizmet yasası mevcuttur. Bu konuya ileride de değinilecektir.

¹³⁴ Zafer Öztekin, "Dünden Bugüne Türkiye'de Sağlık Hizmetleri"

<http://www.tibbiyelilercemiyeti.com/modules.php?name=News&file=article&sid=45>

¹³⁵ **Sıhhiye Mecmuası Fevkalade...** s 9

Refik (Saydam) Bey döneminde vekâletin örgütlenme şekli hem dikey hem de yatay örgütlenme olarak belirlenmiştir. Günümüze kadar gelmiş olan bu örgütlenme şekilleri tanımlanacak olursa:¹³⁶

Dikey Örgütlenme: Belirli bir sağlık sorununu çözmek için, özel bir yöntemin ve örgütün kullanılmasını esas alan örgütlenme biçimidir. Bu örgütlenme, sıklıkla sıtma, frengi, tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıklar için uygulanır. Bu programlar sadece bir veya birkaç hastalık ile sınırlı olabildiği gibi sağlığı etkileyen olaylarla da ilgili olabilir. Günümüzde de Sağlık Bakanlığınca uygulanmakta olan bu örgütlenme biçiminde örneğin merkezde Verem veya Sıtma Daire Başkanlıkları bulunmakta, taşrada ise yine bu hastalıkların isimlerini alan dispanserler bulunmaktadır. Burada önemli olan konu bu birimlerin sadece belli hastalıklar ile mücadele amacıyla faaliyet gösteriyor olmalarıdır.

Yatay Örgütlenme: Bütün sağlık sorunlarını “genel sağlık hizmetleri” diye bilinen bir sistem içinde çözmeyi amaçlar. Bu sistemde; kalıcı kurumlar yaratmak yoluyla, uzun vadeli ve geniş bir açıdan bakarak sorunların ele alınması söz konusudur. Bu örgütlenme içinde bulunan kurumlar sadece tek amaçla çalışmamakta örneğin hastaneler gibi her türlü sağlık sorunu ile ilgilenmektedirler.

Dönemin sağlık hizmetleri örgütlenmesinde “hükümet tabipliği” birimleri temel olarak kabul edilmiştir. Bu sistemde il valisi, bütün bakanlıkların olduğu gibi Sağlık Bakanlığı'nın da o ildeki temsilcisidir. Ancak, il sağlık müdürü vali adına hizmetleri yürütür. İlçedeki sağlık hizmetlerinin sorumlusu ise kaymakamdır. Kaymakam adına işleri yürüten kişi hükümet tabibidir. Bu sistem, tümüyle, ülkedeki yönetsel bölünmeye (İl İdaresi Kanunu) paralel bir sistemdir.¹³⁷

¹³⁶ Nilay Etiler, “Sağlık Hizmetlerinde Yatay ve Dikey Örgütlenme” **Toplum Hekimliği Bülteni**, sayı 3 Ekim-Aralık 2007, Hacettepe Üniv yay. 2007

¹³⁷ Öztekin, Düünden Bugüne...

1.3.1.4 Sağlık Kurumları

Hastane ve Dispanserler

Dönemin sağlık kurumları ile ilgili gelişmelere bakmadan önce dönem sonu ile karşılaştırma yapabilmek amacıyla dönemin başında ülke genelinde bulunan sağlık kurumlarına bakmakta yarar vardır. 1925 yılında il özel idarelerine bağlı toplam yatak sayısı 3104 olan 70 adet (memleket hastaneleri), belediyelere bağlı toplam yatak sayısı 640 olan 7 adet, şirketlere ait toplam yatak sayısı 55 olan 3 adet, cemaatlara ait toplam yatak sayısı 1367 olan 5 adet, azınlıklara ait toplam yatak sayısı 1112 olan 16 adet hastane bulunmaktaydı. Bunun yanı sıra Sıhhiye Vekâleti'ne bağlı sağlık kurumlarının sayısı ise sırasıyla şöyleydi: 4 adet Numune Hastanesi, 2 adet salgın ve bulaşıcı hastalıklar hastanesi, 1 adet akıl hastanesi, 1 adet Etfal (çocuk) hastanesi, 1 adet amele hastanesi, 4 adet Darülkelp (kuduz hastanesi), 1 adet sanatoryum, 1 adet gurebayı müslimin hastanesi. Bu hastanelerde toplam yatak sayısı 2155'tir.¹³⁸

Vekâlet belediyelere bağlı memleket hastanelerinin ıslah edilmesi işlerinin yanı sıra mevcut hastanelere ve daha sonra kurulacak hastanelere örnek teşkil etmeleri amacıyla 4 adet Numune hastanesi kurmuştur. Ankara, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır illerinde kurulan bu hastaneler 2000'li yıllara kadar aynı isimlerle hizmet vermeye devam etmişlerdir. Bu hastaneler kurulurken 150 şer yataklı olarak planlanmış ve dördü de 1924 yılında hizmet vermeye başlamıştır. Bunların yanı sıra 1936'da İstanbul'da da Haydarpaşa Numune Hastanesi açılmıştır. Vekâletçe bu Numune hastanelerinden başka Zonguldak ilinin özel durumu (bilindiği gibi Zonguldak ilinde kömür ocakları bulunmaktadır ve bu ocaklarda çalışmakta olan işçilerin özel tedaviye ihtiyaçları bulunmaktadır.) nedeniyle Zonguldak Memleket Hastanesi 1924 yılından itibaren Vekâlete bağlanmıştır. Bunun yanı sıra İstanbul'da bulunan Çocuk Hastanesi de 1924 yılında Vekâlete bağlanmış ve binalarının tamir ve ıslahı Vekâletçe gerçekleştirilmiştir.¹³⁹ Ayrıca Evkaf İdaresi'ne bağlı olan İstanbul Gureba Hastanesi, yine 1924 yılında ödenekleri yine aynı idareden karşılanmak üzere fenni idaresi Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâletine devredilmiştir. Bu tarihten itibaren bu hastanenin de binasında tamir ve ıslah yapılmış bunun yanı sıra özellikle röntgen ve benzeri cihazlar alınarak modernleştirme çalışması yapılmış ve yatak sayısı da 200'den 250'ye çıkarılmıştır.¹⁴⁰

¹³⁸ Aydın, a.g.e.s 37

¹³⁹ Sıhhiye Mecmuası Fevkalade... s 90

¹⁴⁰ A.g.e. s 93

Ankara Numune Hastanesi diğerlerinden farklı olarak 1929 yılında inşaatına başlanan ve 23 Nisan 1933 günü açılışı yapılan yeni bir binaya nakledilmiştir. 240 yataklı olan bu yeni bina “*dâhili, harici, kulak, boğaz ve burun, nisaiye, çocuk ve göz kısımlarını ve memleketimizde daha pek yeni olan Fiziyoterapi ve Mekanoterapi ve Radyum tedavisi kısımlarını ihtiva etmekte ve bundan başka son sistem vesaitle mücehhez üç ameliyathanesi bulunmaktadır. Bundan başka hastanede mükemmel laboratuvarlar, teşrihi marazi salonu(patolojik anatomi) salonu, müze ve kütüphane ile ayrıca bir konferans salonu vardır. Matbah ve çamaşırhane ve saire gibi idare kısımları da en yeni aletlerle yapılmıştır. Cümhuriyetimizin onuncu yıl dönümünü kutladığımız bu gün, bu hastanenin de açılma merasimi yapılacaktır.*”¹⁴¹

Yukarıda bahsedilen hastanelerin yanı sıra Vekâlet çocuk ölümlerini azaltmak, doğumu artırmak ve dolayısıyla nüfus artışını sağlıklı bir hale sokmak amacıyla girişim başlatmış ve bunun sonucu olarak da Doğum ve Çocuk Bakımevleri kurulmasına başlanmıştır. 1925 yılında Ankara ve Konya’da açılan Doğum ve Çocuk Bakımevlerine, 1929’da Malatya, Kars, Erzurum, Adana ve Çorum Doğum ve çocuk bakımevleri eklenmiş ve ardından 1931’de Balıkesir ve 1933’te de Van’da birer Doğum ve Çocuk Bakımevi açılmıştır.¹⁴²

Burada nüfus artışını teşvik konusunda bahsedilmesi gereken diğer bir konu ise 1930 yılında kabul edilen Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile birlikte çok çocuklu ailelere yapılmaya başlanan yardımlardır. Bahsi geçen kanunun Çocuk Hıfzıssıhhası başlıklı 6. Babında bulunan 156. maddesinde: “*Bu kanunun neşrinden sonra berhayat çocuğu altı veya altıdan fazlaya baliğ olan kadınlara Devletçe mükâfati nakdiye verilmesi için her sene Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti*¹⁴³ *bir faslı mahsus açılır. Arzu edenlere nakdi mükâfat yerine ihdas edilecek bir madalya verilir. Bu kanunun neşri tarihinde berhayat altı veya daha ziyade çocuğu olan kadınlara dahi bu madalya verilir.*”¹⁴⁴ denilmektedir. Maddeden de anlaşılacağı üzere devlet nüfus artışına önem vermektedir.

İl merkezlerindeki sağlık hizmetlerinin yanı sıra Sıhhiye Vekâleti kuruluşundan itibaren taşra ve kırsal kesim sağlık hizmetlerinde de yeni bir dönem başlamıştır. Vekâlet, sağlık hizmetlerini ülkenin her yerine ulaştırmayı amaçlamaktadır. Bu nedenle hastanesi

¹⁴¹ **Sıhhiye Mecmuası Fevkalade...** s 87

¹⁴² A.g.e. s 78

¹⁴³ Vekâletin **15.12.1928 tarihli ve 38 hususi numaralı Tamiminden** anlaşıldığı üzere Vekâlet’in ismi, Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti iken Türkiye Büyük Millet Meclisi’nce Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti şeklinde değiştirilmiştir.

¹⁴⁴ Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, **Düster**, 3. Tertip, C11, S324-373

bulunmayan yerlerin sağlık hizmetleri ihtiyaçlarını karşılamak üzere Muayene ve Tedavi Evi (Dispanser) adı altındaki sağlık unitelerinin kurulması kararlaştırılmıştır.¹⁴⁵ 1924 yılında 150 ilçe (kaza) merkezinde beşer yataklı Muayene ve Tedavi Evleri açılmıştır. Bu dispanserlere müracaat eden ve acil yatarak tedaviye ihtiyaçı olan veya uzaktan gelen ve aynı gün geri dönmesi mümkün olmayan hastalar kabul edilir, bunun yanında her gün gelen hastalar da ayakta tedavi edilirdi. Ayrıca bu dispanserlerde fakir hastalara ücretsiz ilaç hizmeti de sunulmaktaydı. Hükümet tabiplerinin idaresi altında bulunan bu dispanserler küçük çaplı cerrahi müdahale ve doğum için gerekli aletlere de sahipti.¹⁴⁶

Vekâlet Muayene ve Tedavi Evi açılmamış ilçe merkezlerinde belediyeler ve il özel idarelerince bunlara benzer sağlık kurumlarının kurulması için teşvikte bulunmuş ve 1933 yılına gelindiğinde ülke genelinde Vekâlete bağlı 150 dispanser ile birlikte toplam 240 adet dispanser faaliyet göstermeye başlamıştır.¹⁴⁷

Burada bahsedilmesi gereken diğer bir konu da Etimesgut Dispanseridir. 1930 yılında hizmete giren bu dispanserin önemi öncelikle bizzat Atatürk'ün girişimleri sonucunda kurulmuş olması, ikinci olarak da kırsal kesime sağlık hizmeti götürülmesinde örnek bir sağlık hizmeti ünitesi olmasıdır.

Bilindiği gibi Etimesgut, Ankara'ya bağlı bir ilçe olup, başkent in yaklaşık 16 km. batısındadır. Eski adı Ahi Mesut'tur. Eskiden bir çiftlik olan Etimesgut, 1925 yılında, çiftlik sahibi tarafından Atatürk'e armağan edilmiştir. Atatürk, buraya Bulgaristan'dan gelen elli hanelik bir göçmen topluluğunun yerleştirilmesini ve buranın bucak merkezi olmasını istemiş Etimesgut'a bir dispanser, bir yatılı ilkokul ve bir hamam yaptırtmıştır. Atatürk, çiftlik binasını Hükümet Konağı olarak bağışladığı gibi, yerleştirilecek göçmenlere yetecek kadar tarla ve binlerce akasyayı içeren bir koruluğu da bağışlamıştır. Bulgaristan'dan gelen göçmenler 1928 yılında Etimesgut'a yerleştirilmişlerdir. Etimesgut, Ankara Merkez ilçesine bağlı, on beş köy ve üç çiftlikle birlikte on dokuz parçada yerleşmiş bir bucak durumuna getirilmiştir. Sıhhiye Vekâleti, bu modern bucak merkezinde, o zamanki adı ile Eti Mes'ut İçtimai Hıfzıssıhha Numune Dispanseri binasının yapımına 1929 yılında başlamış ve Dispanser 1930 yılında hizmete açılmıştır.¹⁴⁸

¹⁴⁵ Aydın, **a.g.e.** s 37

¹⁴⁶ **Sıhhiye Mecmuası Fevkalade...** s 96

¹⁴⁷ **A.g.e.** aynı yerde

¹⁴⁸ Mehmet Cemil Uğurlu, "Türkiye'de Öncü Bir Toplum Hekimi Dr. Mehmet Cemalettin Or", **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası**, C 47, S 1, Ankara, 1994, s 3-4

On yataklı olarak inşa edilen dispanser, çevresindeki tüm köylerin tüm sağlık işlerinin takip, hastalarını kabul, poliklinikte tedavi ve doğum işlerinden sorumlu kılınmıştır. Dispanser Ankara sıtma mücadelesinin kendi bölgesindeki görevini de ifa etmekle birlikte frengi tedavisi de yapmaktaydı.¹⁴⁹

Atatürk 1937 yılında dispanseri bizzat gezmiş ve hatıra defterine şu notu düşmüştür: “29/XI/1937 Etimesgut Sıhhat Merkezini gezdim, kıymetli direktörü C. Or'un verdiği malûmat ve izahattan çok memnun oldum. Modern çalışmalarının iyi neticeler vereceğini kanaatle gördüm.”

Hıfzıssıhha Müessesesi

Yukarıda da görüleceği üzere Doktor Refik (Saydam) Bey'in hazırlamış olduğu Bakanlık Çalışma Programı'nın 10. maddesi Hıfzıssıhha müessesesi ve okulu açmaktır. 17 Mayıs 1928 gün ve 1267 sayılı yasa ile Türkiye Cumhuriyeti Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi kurulmuş, 1929 yılında Rockefeller Vakfı'nın yapmış olduğu 80 bin dolarlık bağışla müessese araç ve gereç açısından donatılmıştır. Müessesenin amacı halk sağlığı ile yakından ilgilenerek hastalık ve salgınların önüne geçecek bütün biyolojik maddeleri üretmek ve gerektiğinde devlete sağlık hizmetlerinde azami ölçüde yardımcı olmaktır.¹⁵⁰

Müessesenin görevleri şu şekilde sıralanır:¹⁵¹

a) Halk sağlığını ilgilendiren her türlü mikrobiyolojik, serolojik, parazitolojik, hematolojik, toksikolojik, fiziksel ve kimyasal muayene, analiz ve incelemeleri yapmak.

b) Gıda maddelerinin ve suların bunların laboratuvar kontrollerini yapmak ve bunların normlarını saptamak.

c) Ruhsat almak için müracaat eden yerli ve yabancı farmazostik ve biyolojik preparatların ilk muayeneleriyle piyasadan alınan numuneleri tahlil etmek, kalite kontrolünü yapmak, ilaçların biyolojik aktiviteleriyle toksit etkilerini incelemek.

¹⁴⁹ Sıhhiye Mecmuası Fevkalade... s 96-97

¹⁵⁰ Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı 60. Yıl, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yay. Ankara, 1988, s 2

¹⁵¹ Dr Refik Saydam (1881-1942)... s 57

d) Çeşitli aşı ve serumlarla Vekâletin lüzum göstereceği diğer biyolojik ve kimyasal preparatları hazırlamak.

e) Laboratuvar analiz, kontrol ve üretim metotlarını geliştirmek ve standardize etmek.

f) Uzman ve teknik eleman yetiştirmek, bilimsel araştırmalar yapmak ve yayınlamak.

g) Bölge Hıfzıssıhha Müesseseleri açmak.

h) Kontrol, üretim ve araştırma işlerine uygun nitelikli laboratuvar deney hayvanı yetiştirmek.

Hıfzıssıhha Mektebinin kuruluşu da yine “Türkiye Cumhuriyeti Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi Hakkında Kanun” da yer almışsa da, bu okulun fiilen kuruluş tarihi 2 Kasım 1936'dır. İlk kanunda bu iki müessese tek bir kuruluş olarak yer almakta iken 30.12.1940 gün ve 3959 sayılı Kanunla, Hıfzıssıhha Müessesesi ve Hıfzıssıhha Mektebi olarak iki kuruluş haline dönüştürülmüştür.

3959 sayılı Kanununun 7. maddesine göre Hıfzıssıhha Mektebinin görevleri ise şu noktalarda toplanmaktadır.¹⁵²

a) Bakanlığın gerekli göreceği konularda, hazırlayacağı program içerisinde, sağlık ve yardımcı sağlık personeline teorik ve pratik eğitim-öğretim yapmak.

b) Uğraşı alanına giren bilimsel konularda araştırma yaparak modern tıbbın ortaya koyduğu yeni bilgi ve davranış kurallarını sağlık örgütüne kazandırmak amacıyla konferanslar, seminerler düzenlemek ve elde ettiği bilgileri yayımlamak.

c) Günümüzün koşulları gereğince, görev alanına giren bilimsel konularda Bakanlığa danışmanlık yapmak.

Bu gün halen faaliyetini Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı ve Türkiye Sağlık Kurumu olarak sürdüren bu iki müessesenin kurulması, Doktor Refik (Saydam) Bey'in ve dolayısıyla gelişimini sürdürmekte olan yeni Türkiye Cumhuriyeti yönetiminin halk sağlığına önem verdiğini göstermektedir.

¹⁵² Türkiye Cumhuriyeti Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi Teşkiline Dair Kanun **Resmi Gazete**, 04.01.1941/4703

Bu kurumlar koruyucu tıp yönünden dışa bağımlılığı önemli ölçüde ortadan kaldırmakla kalmamış, Müessesede üretilen maddeler yurt dışına ihraç edilmeye de başlamıştır. Örneğin kuruluş yıllarında bile Yunanistan, Suriye, Irak gibi komşu ülkelere tetanos ve difteri serumları, 1940 yılında Çin’de ortaya çıkan kolera salgınına kolera aşısı gönderilmiştir.¹⁵³

Kuruluşunda Hıfzıssıhha Müessesesi 4 şubeden oluşmaktaydı. Bunlar: Bakteriyoloji, Kimyevi Tahlilat, Farmakodinami ve İmmünbiyoloji şubeleri idi. Bunun yanı sıra kurumda bir meteoroloji istasyonu özel konferans salonu ve bir de kütüphane bulunmaktaydı.¹⁵⁴

Türkiye Cumhuriyeti Merkez Hıfzıssıhha Müessesesinin adı Doktor Refik (Saydam) Bey’in vefatından sonra 15.08.1942 tarihli ve 4288 sayılı kanun ile Türkiye Cumhuriyeti Refik Saydam Hıfzıssıhha Müessesesi olmuştur.

1.3.1.5. Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele

Toplum sağlığını tehdit eden bulaşıcı hastalıklarla savaş çalışmaları yukarıda da bahsedildiği üzere Sıhhiye Vekâletinin kuruluşundan itibaren ciddi olarak ele alınmıştır. Sağlık Mevzuatı başlığı altında da incelenecek olan 1930 yılında kabul edilen Umumi Hıfzıssıhha Kanununda, ülkede görülen bulaşıcı hastalıklarla mücadele yolları saptanmış, bu hastalıklara karşı kullanılacak olan her çeşit aşı ve serumun hükümet tarafından hazırlanması kararlaştırılmıştır. Bunun yanı sıra, yurt dışından ithal edilen aşı ve serumların ise Sıhhiye Vekâletince saptanan vasıflara uygun olması gerektiği belirtilmiştir. Yine aynı kanunda bulaşıcı hastalıkların bildirim konusu da ele alınmış, hangi hastalığın ne şekilde nereye bildirileceği de belirtilmiştir. Çiçek, Veba, Sarı Humma, Hummai Recai ve Tifüs hastalıkları uluslararası bildirim zorunlu hastalıklardan olduğundan, bu hastalıkların görülmesi durumunda, telefon, telgraf gibi haberleşme araçlarıyla bildirilmesi zorunlu kılınmış ve bu hastalıkların yanı sıra ülke içinde yayılması muhtemel 31 hastalık hakkında bildirim zorunluluğu getirilmiştir.¹⁵⁵ Bulaşıcı hastalıklarla mücadele konusunu ikiye ayırmak gerekmektedir. Bunlardan birincisi yurt dışından gelen hastalıklarla mücadele, ikincisi ise ülke dâhilinde bulaşıcı hastalıklarla mücadeledir.

Yurt Dışından Gelen Hastalıklarla Mücadele

Bir önceki bölümde de ayrıntılı olarak ele alındığı üzere ülkeyi yurt dışından gelen hastalıklara karşı koruma görevi önce Karantina İdaresi adı ile kurulan Hudut ve Sevahil

¹⁵³ Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı 60. Yıl... s 2

¹⁵⁴ A.g.e.s 3

¹⁵⁵ Sağlık Hizmetlerinde 50 yıl... s 76

Sıhhiyesi Müdüriyeti Umumiyesi'ne aittir. Sıhhiye Vekâleti'ne bağlı olarak görev yapmakta olan bu genel müdürlük yine yukarıda anlatıldığı üzere Lozan Antlaşması sonrasında önce “İstanbul Limanı ve Boğazları Sıhhiye Müdüriyeti” adı ile faaliyet göstermiş, ardından bu isim 1924 yılında “Hudut ve Sevahil Sıhhiyesi Müdüriyeti Umumiyesi” (Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü) olarak değiştirilmiştir.¹⁵⁶

1933 yılında bu genel müdürlüğe bağlı 9 Sahil Sıhhiye Merkezi, 14 Sahil Sıhhiye İdaresi ve 13 Muhafızlık bulunmaktaydı. Bunlardan Sahil Sıhhiye Merkezleri tabipler tarafından idare edilmekteydi. Sahil Sıhhiye İdarelerinde birer memur bulunmakta Muhafızlıklarda ise Sahil sıhhiye Muhafızı isminde memurlar bulunmaktaydı. Bunlardan başka, İstanbul Tuzla, Samsun Kavak ve İzmir Urla'da bulaşıcı hastalık taşıdığı tespit edilen gemilerin ve bu gemilerde bulunan yolcuların temizlenmesi ve hastaların karantina altına alınması amacıyla faaliyet gösteren modern cihazlarla donatılmış 3 adet Tahaffuzhane bulunmaktaydı. Salgın hastalıklara yakalanmış kişilerin karantina altına alınması ve tedavi edilmeleri amacıyla faaliyet gösteren biri İstanbul'da (100 yataklı) biri de İzmir'de (50 yataklı) olmak üzere Genel Müdürlüğe bağlı iki adet hastane bulunmaktaydı. Ayrıca yine Genel Müdürlüğe bağlı olmak üzere, gemi ve limanlarda bakteriyoloji tetkik ve tahlili yapmakla görevli yine biri İstanbul ve diğeri İzmir'de iki Bakteriyoloji Laboratuvarı bulunmaktaydı. Genel Müdürlüğün çalışmalarına ışık tutmak amacıyla bağlı hastanelerde tedavi gören hasta sayıları ile limanlarda sağlık denetimine tabi tutulan gemi sayıları aşağıya çıkarılmıştır.¹⁵⁷

Genel Müdürlüğe Bağlı Hastanelerde Yıllar İtibarıyla Tedavi Edilen Hasta Sayısı

	924	925	926	927	928	929	930	931	932
İstanbul Hastanesi	03	39	00	27	34	12	17	70	46
İzmir Hastanesi	89	66	24	29	83	25	87	02	57

¹⁵⁶ Sağlık Bakanlığı Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü 2005 Performans Programı, <http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/2021.pdf>

¹⁵⁷ Sıhhiye Mecmuası Fevkalade... s 29-30

Limanlarda Sağlık Denetimine Tabi Tutulan Gemi Sayıları

Yıllar	Gemi Adedi	Tonalite
1922 (4 aylık)	4.322	1.010.376
1923 (12 aylık)	4.0614	15.085.429
1924 (12 aylık)	55.122	21.255.960
1925 (10 aylık)	60.114	25.486.908
1926 (12 aylık)	67.322	25.399.478
1927 (12 aylık)	79.416	28.685.248
1928 (12 aylık)	89.670	29.098.365
1929 (K.Sani1929- Mayıs 1930, 17 aylık)	98.422	43.065.706
1930 (12 aylık)	68.631	41.513.106
1931 (12 aylık)	65.083	38.242.822
1932 (12 aylık)	68.685	36.705.994

Yukarıda sayılan çalışmalar sonucunda yurt dışından gelmesi muhtemel salgın hastalıklar ülke genelinde yok denecek noktaya gelmiştir. Örnek verilecek olursa: 1. Dünya Savaşından sonra İstanbul'da bir salgın halinde başlayan ve yayılan Veba alınan önlemler sonucunda ortadan kalkmış ancak hastalığın Akdeniz havzasındaki diğer ülkelerde görülmesi Türkiye'ye de girmesi riskini ortaya çıkarmıştır. Yapılan çalışmalar ve giriş çıkışın sıkı kontrolü sonucunda 1929 yılında İstanbul'da görülen iki vaka ve Antalya'da görülen bir vaka dışında herhangi bir vaka görülmemiştir. Kolera hastalığı da aynı şekilde yapılan sıkı kontroller sayesinde ülkeye girememiştir. Özellikle bu hastalığın görüldüğü Hindistan ve Seylan tarafından gelen her yolcu ve yüklerin sıkı kontrolü olumlu sonuç vermiştir. Bunun yanı sıra 1927-1931 yıllarında Irak'ta çıkan kolera salgını nedeniyle bu ülkeden giriş sıkı denetime tabi tutulmuş ve bu ülkeden yurda sebze, meyve ithalatı yasaklanmıştır. Yine yurda

dışarıdan girme ihtimali yüksek olan diğer bir salgın hastalık ise Çiçek hastalığıdır. Özellikle Suriye’de 1929 yılında başlayıp 1931 yılına kadar devam eden Çiçek salgınının Türkiye’nin güney sınırı dâhilindeki yerleşim yerlerine de sıçraması sonucunda büyük bir mücadele kampanyası yapılmıştır. 1 Ağustos 1929 tarihinden başlayarak 30 Haziran 1931 tarihine kadar güney illerinde aşı kampanyası başlatılmıştır. Bahsedilen süre zarfında Mardin, Gaziantep, Cebelibereket (Osmaniye), Diyarbakir, Mersin, Siirt, Elaziz, Maraş, Malatya, Urfa ve Adana vilayetlerinde 1.214.839 kişi kontrollü olarak çiçek aşısı ile aşılanmıştır. Uygulanan bu kampanya sayesinde Suriye ile olan sıkı ilişkilere rağmen güney sınırlarının Çiçek hastalığı konusunda güvenliği temin edilmiştir.¹⁵⁸

Ülke Dâhilinde Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele

Ülke dâhilinde bulaşıcı hastalıklarla mücadeleye Cumhuriyet’in ilanından sonra giderek artan ölçüde ağırlık verilmeye çalışılmıştır. 29.12.1339 tarihinde Bozok Mebusu Ahmet Hamdi Bey’in bulaşıcı hastalıklar konusunda hükümete vermiş olduğu soru önergesi ve bu önergeye Sıhhiye vekili Doktor Refik (Saydam) Bey’in verdiği cevap dönemin durumunu yansıtmaktadır. Ahmet Hamdi Bey’in verdiği önerge, Verem, Sıtma ve Frengi hastalıkları hakkındadır. Önergede Anadolu halkının çoğunun bu hastalıklara maruz kalmış olduğu örneğin halkın yüzde 50’sinin sıtma hastası olduğu ve bu hastalıkların önü alınmadıkça ülkede eğitim, sanat, ziraat ve ekonominin gelişemeyeceği belirtilmekle beraber Anadolu’da ne kadar verem, sıtma ve frengi hastası olduğu, Vekâletin elinde yeterli ilaç bulunup bulunmadığı, ilaç dağıtımının nasıl yapıldığı ve bu hastalıklara karşı Vekâletin ne tür önlemler aldığı sorulmuştur.¹⁵⁹

Sıhhiye Vekili Doktor Refik (Saydam) Bey önergeyi sözlü olarak cevaplamıştır. Refik (Saydam) Bey yapmış olduğu konuşmada: Bu hastalıklar ile ilgili verebileceği bilginin sadece hastanelerde yatan hastalarla sınırlı kalacağını, dışarıdaki verem hastalarının sayısının bilinmediğini, bunların ancak iyi bir tarama sonucu ortaya çıkabileceğini, önlem olarak ise halkı bilinçlendirmek amacıyla yayınlar yapacaklarını bildirmiştir. Bunun yanı sıra 1924 yılı içerisinde toplam 50 yataklı bir sanatoryum yapılacağını, ayrıca coğrafi yer ve halkın sağlık durumu dikkate alınarak ihtiyaç olan diğer yerlere de bu tür kurumlar açmayı planladıklarını belirtmiştir. Bulaşıcı hastalıklarla mücadele için bütçeye ödenek konulduğunu, önergede belirtildiği gibi halkın yarısının sıtma hastası olduğunun kendilerince de bilindiğini dile getirmiştir. Bu hastalıkla mücadele amacıyla Vekâletin 1923 yılında 1381 kilo kinin dağıttığını ve bu dağıtımın en çok ihtiyaç duyan bölgelere ağırlık verilerek devam edeceğini

¹⁵⁸ **Sıhhiye Mecmuası Fevkalade...** s 30-32

¹⁵⁹ **TBMM Zabıt Ceridesi**, Devre 2, C.6, 19.02.1340, s 123

belirtmiştir. Frengi konusunda ise kuzey kıyılarından gelen bilgilere göre halkın yüzde 3,5 oranında bu hastalığa maruz kalmış olduğunu belirlediklerini, 1923 yılı bütçesinde bu hastalık için 27 bin lira ödenek konduğunu, hastalık ile ilgili yayın faaliyetleri yapılacağını bildirmiştir.¹⁶⁰

Bulaşıcı hastalıklarla yapılan mücadele başlıklar halinde ele alınacak olursa:

Sıtma Hastalığı ile Mücadele

Cumhuriyet'in ilanından sonra özellikle 1925 yılından itibaren sıtma mücadelesinde Sıhhiye Vekâletince izlenen yollar şu şekilde sıralanabilir:¹⁶¹

- a) Dalak ve kan muayeneleriyle sıtmalıları tespit etmek ve ücretsiz muayene etmek.
- b) Bataklıkları kurutmak.
- c) Sivrisinek barınağı yerleri ve çeltik alanlarını kontrol altına almak.
- d) Halka kinin dağıtımını yapmak

İlk yıllardan itibaren Sıhhiye Vekâleti özellikle Nafia (Bayındırlık) Vekâleti ile koordineli bir şekilde bataklıkların kurutulması konusunda çalışmalar başlatmıştır. 1925 yılından itibaren bu çalışmaların sonuçları alınmaya başlamış ve sonraki yıllarda yoğunlaştırılan çalışmalarla birçok bataklık kurutulmuştur.

Sıtma mücadelesi 1925 yılında Ankara çevresinde başlatılmıştır. İlk aşamada Ankara ve civarında sıtmaya neden olan büyük bataklık ve küçük sıtma kaynaklarının ortadan kaldırılmasına çalışılmıştır. Bu konuya ilk olarak Doktor Refik (Saydam) Bey tarafından Babaharman bataklığının kurutulması ile başlanmıştır.¹⁶² Sıtma mücadelesi çalışmaları daha sonra Aydın, Adana ve Konya illeri ve çevrelerinde de yapılmaya başlanmıştır. Hastalık yayıcı sivrisineklerin tanınması konusunda karşılaşılan sorunların çözümünde yardımcı olması amacıyla Almanya'dan Doktor H.Vogel Türkiye'ye davet edilmiştir. 1928 yılında Adana'da bir Sıtma Enstitüsü kurulmuştur.¹⁶³

¹⁶⁰ **TBMM Zabıt Ceridesi**, Devre 2, C.6, 19.02.1340, s 124-127

¹⁶¹ Özpekcan, **a.g.e.** s 109, 130

¹⁶² Fatih Tuğluoğlu, Türkiye'de Sıtma Mücadelesi (1924–1950), **Türkiye Parazitoloji Dergisi**, Cilt 32, Sayı 4, 2008, S 351–359

¹⁶³ Ayhan Yücel, "Türkiye'de Sıtma Savaşı" **Türkiye'de Atatürk Döneminde Bulaşıcı Hastalıklarla Savaş Toplantısı**, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi yay. İstanbul, 1981, s 46

Sıtma savaşının başlatıldığı ilk iki yıl içinde 1600 köy ve kasaba taranarak halkın 1/5'inin sıtma hastası olduğu tespit edilmiş ve tedavileri yapılmıştır. Bazı yıllara ait kurutulan bataklık ve tedavi edilen hasta sayıları aşağıdaki tablolarda görülmektedir.¹⁶⁴

Kurutulan Bataklık Alanları:

Yıllar	Alan (m2)
1925	40.000
1926	182.000
1927	910.000
1928	11.065.898
1929	8.243.898
1930	25.058.916
1931	19.616.809
1932	7.955.919
1933	8.278.510

1925–1928 yılları arasında sıtma mücadelesi çalışmaları:

Yıllar	Muayene edilen hasta sayısı	Dalaklı sayısı	Kullanılan Kinin miktarı (kg)	İyileşen hasta sayısı
1925	25.718	9.275	8.7540	15.591
1926	488.679	94.175	2.496.774	112.662

¹⁶⁴ Özpekcan, a.g.e. s 131, 168

1927	704.615	105.486	2.779.611	126.758
1928	769.970	95.701	2.846.583	125.666

Sıtma hastalığının halk arasında yaygınlaşması ve azalması devletin faaliyetlerinin yanı sıra ülkenin içinde bulunduğu konjonktür ile de orantılı olarak değişmiştir. Örneğin ekonomik krizin yaşandığı 1929 yılından sonra halk arasında sıtmanın daha da yaygınlaştığı görülmüştür. Buna göre ülke genelinde 1926'da binde 99,8 olan sıtmalık kan endeksi, 1928'de binde 40,8'e kadar düşerken, 1929'dan sonra yükselmeye başlamış ve 1930'da binde 123,3'e çıkmıştır.¹⁶⁵ Yine yukarıda bahsi geçen usul ve esaslarla devam eden mücadeleler sonucunda ülke genelinde sıtma hastası oranı, 1940 yılına kadar yüzde 11'e kadar düşmüş olmasına rağmen 2. Dünya Savaşının başlamasıyla yükselme eğilimine girmiştir. 1942 ve 1943 yıllarında bu oranın yüzde 32'ye kadar yükseldiği görülmüştür.¹⁶⁶ Bu döneme ait faaliyetler sonraki bölümde ele alınacaktır.

Son olarak Sıtma mücadele teşkilatına bakılacak olursa; yukarıda Vekâletin örgütlenme politikasında da anlatıldığı üzere bu Sıtma mücadelesi veren örgütler için Vekâlet Dikey Örgütlenme yapısını benimsemiştir. Yani bu örgüt mevcut sıhhat teşkilatından tamamen ayrı ve bağımsız olup illerde buluna il müdürlerine değil doğrudan Vekâlete bağlıdır. Teşkilatın masrafları da doğrudan merkezden karşılanmaktadır. 1933 yılı itibarıyla sıtma mücadele teşkilatının bulunduğu iller sırasıyla şunlardır: Ankara, Eskişehir, Çankırı, Kırşehir, Yozgat, Konya, Afyonkarahisar, Bilecik, Seyhan, İçel, Gaziantep, Antalya, Denizli, Aydın, Muğla, İzmir, Manisa, Balıkesir, Bursa, Kocaeli, İstanbul, Samsun, Amasya. Teşkilat, heyetler şeklinde oluşturulmuş olup her bir heyetin başında bir uzman reis bulunmaktaydı. Reise bağlı mücadele tabiplerince yönetilen şubeler ve merkezlerde birer mücadele laboratuvarı bulunmaktaydı. Her şube dört veya beş daireye ayrılmıştı ve bu dairelerde özel kurs almış ve sınav sonucunda ataması yapılmış her biri sayıları 8 ila 15 arasında değişen köyden sorumlu toplam 313 adet küçük sıhhat memurları bulunmaktaydı. Sıtma mıntıklarında ağır hastaların tedavisi için 5-10 yataklı sıtma dispanserleri bulunmaktaydı. Ayrıca Adana'da 20 yataklı bir Sıtma Hastanesi faaliyet göstermekteydi.¹⁶⁷

Trahom Hastalığı ile Mücadele

¹⁶⁵ Tuğluoğlu, a.g.m

¹⁶⁶ Sağlık Hizmetlerinde 50 yıl... s 105

¹⁶⁷ Sıhhiye Mecmuası Fevkalade... s 47-48

Ülkeye Arabistan ve Mısır'dan girmiş olduğu düşünülen ve özellikle yurdun Güney kesimi ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde yaygın olarak görülen, tedavi edilmezse körlüğe sebep olan Trahom hastalığına karşı mücadele 1925 yılında başlamıştır. İlk olarak Malatya vilayetine 10, hastalıktan dolayı “Körler Memleketi” olarak anılan Adıyaman kazasına ise 20 yataklı birer Trahom Hastanesi yapılmıştır.¹⁶⁸ 1930 yılına kadar Gaziantep merkez ile Kilis ve Besni kazalarına 10’ar yataklı birer dispanser ile Adana’ya 40 yataklı bir hastane açılmıştır. Böylece Trahom hastaları için açılan hastanelerde yatak sayısı 100’e çıkmış bunun yanında yine bu hastalık için 6 tane de dispanser açılmıştır. Hastane, atak ve dispanser sayıları yıldan yıla görülen ihtiyaca göre artırılmıştır. 1935 yılında toplam 130 yataklı 10 hastane, 10 dispanser, 1940 yılında toplam 180 yataklı 13 hastane, 25 dispanser, 35 köy tedavi evi açılmıştır.¹⁶⁹

1930 yılında merkezi Gaziantep’te olmak üzere bir Trahom Mücadele Reisliği kurulmuştur. Vekâletle Mücadele teşkilatının yakın temasını sağlamayı amaçlayan Reislik, daha çok kontrol ve ihtiyaç tespiti gibi görevleri üstlenmiştir. Trahom hastalığı ile yapılan mücadele mesaisi aşağıdaki tabloda çıkarılmıştır:

Vekâletin 1925–1932 Yılları Arası Trahom Mücadele Mesaisi

Yıllar	Yatak Sayısı	Müracaat Sayısı	Ayakta Tedavi Edilen Hasta Sayısı	Yatarak Tedavi Edilen Hasta Sayısı	Ameliyat Sayısı
1925	40	12.588	8.206	322	474
1926	40	5.399	5.030	583	986
1927	40	4.820	3.616	589	804
1928	40	11.711	72.318	303	557
1929	40	20.990	49.744	396	333

¹⁶⁸ Özpekcan, a.g.e. s 132’den Nuri Ayberk, **Türkiye’de Trahom Mücadelesi**, Kader Matbaası, İstanbul, 1936, s 14-31

¹⁶⁹ “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının 25 yıllık Çalışmaları” **Sağlık Dergisi**, Ekim- Kasım 1948, sayı 10-11, c22, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yay, s 31

1930	80	81.497	232.389	394	2.643
1931	80	134.160	500.394	1.258	16.329
1932	80	56.331	1.042.917	1.535	15.189

Verem Hastalığı ile Mücadele

Ülke genelinde uzun yıllardan beridir ölümlere neden olduğu halde Verem hastalığına karşı ciddi önlemler Cumhuriyetin ilanı sonrasında alınmaya başlanmıştır. Alınacak önlemler önemli maddi olanakları gerektirmekte ise de ülke nüfusuna büyük ölçüde zarar veren bu hastalığa karşı mücadele için Sıhhiye Vekâleti maddi olanakların yeterli seviyeye çıkmasını beklemeden çalışmalarına başlamıştır.¹⁷⁰

1923 yılında Balıkesir ve İzmir’de kurulan Verem Savaş dernekleri ile İstanbul’da açılan verem Savaş Dispanseri gereksinimlere cevap vermeyince 1924 yılında Sıhhiye Vekâletince İstanbul Heybeliada’da 50 yataklı bir Verem Sanatoryumu açılmış bunun yanı sıra İstanbul’daki Emraz-ı Sâriye Hastanesi’nde 50 ve İzmir’deki Emraz-ı Sâriye Hastanesinde 25 yatak verem hastalarına tahsis edilmiştir. 1930 yılında Heybeliada Sanatoryumuna 35 yataklı bir pavyon ilave edildiği gibi 1932 yılında yapılan eklemelerle sanatoryumun yatak sayısı 130’a çıkarılmıştır. Yine İstanbul’daki Emraz-ı Sâriye Hastanesi’nde bu hastalar için ayrılan yatak sayısı 75’e ve İzmir’deki Emraz-ı Sâriye Hastanesindeki yatak sayısı da yine 75’e çıkarılmıştır.¹⁷¹

Hastanelerin yanı sıra Verem ile savaşta çok önemli bir yar tutan Verem Savaş Dispanserleri açılmıştır. Ankara Verem Savaş Dispanseri 1930 yılında, Bursa Verem Savaş Dispanseri 1930 yılında, Trabzon Verem Savaş Dispanseri ise 1935 yılında açılmıştır. Bu dispanserlerde aynı zamanda fakir hastalara tıbbi gereklilik olması durumunda yumurta ve tereyağı gibi gıda yardımları da yapılmıştır. Bahsedilen dispanserler Röntgen ve Pnömotoraks gibi verem hastalığının teşhis ve tedavisinde kullanılan araçları da ihtiva edecek şekilde hizmet etmiştir. Heybeliada Sanatoryumu ile dispanserlerin mesaisi aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir.¹⁷²

¹⁷⁰ **Sıhhiye Mecmuası Fevkalade...** s 70

¹⁷¹ Özpekcan, **a.g.e.** s 170 ayrıca **Sıhhiye mecmuası Fevkalade...** s 71

¹⁷² “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının 25 yıllık... s 37, **Sıhhiye Mecmuası Fevkalade...** s 71

Heybeliada Sanatoryumu Mesaisi 1924–1932 (Yatarak Tedavi Edilenler)

Yıllar	Tedavi Edilen Sayısı
1924	17
1925	132
1926	122
1927	95
1928	94
1929	128
1930	136
1931	195
1932	197

Tablodan anlaşıldığı üzere yıllar itibarıyla tedavi edilen hasta sayısında artış olmuştur. Bu durum, yatak sayısının artışının yanı sıra tedavi kalitesinin de artışı ile açıklanabilir.

Dispanserlerin 1930–1942 Yılları Arası Verem ile Mücadele Mesaisi

Yıllar	Muayene edilen Sayısı	Hastalık Teşhis Edilen Sayısı	Ücretsiz İlaç Verilen Hasta Sayısı	Röntgen Muayenesi Yapılan Hasta Sayısı
1930	2.060	250	-	-
1931	7.170	760	-	2.628
1932	10.277	757	-	4.137

1933	14.948	566	-	6.197
1934	17.021	731	-	6.963
1935	15.938	1015	1.819	7.349
1936	26.201	911	3.993	10.004
1937	31.103	940	3.005	14.530
1938	33.433	918	4.037	13.080
1939	33.857	1022	4.414	12.250
1940	35.039	890	3.646	9.828
1941	36.576	942	1.523	9.409
1942	35.019	916	1.275	2.934

Tablodan yıllar itibarıyla verilen hizmetin arttığı anlaşılmaktadır. Dispanser sayısının artışı röntgen cihazı gibi modern teçhizatın artışı ve bunun yanı sıra ücretsiz dağıtılan ilaç artışı hem hizmeti hem de bu hizmetin kalitesini artırmıştır.

Frenji Hastalığı ile Mücadele

Adından da anlaşılacağı üzere Avrupa menşeli bir hastalık olan Frenji, Tanzimat sonrasında Avrupa ile ilişkilerin sıklaştığı dönemlerde Türkiye'ye girmiş bir hastalıktır. Önce İstanbul'da yayılmış olan hastalık giderek Anadolu'nun içlerine kadar yayılmıştır. Özellikle ahalisi İstanbul ile yakın ilişki içinde bulunan Kastamonu ve Bolu vilayetlerinde ve Rus limanlarıyla teması olan Karadeniz sahil vilayetlerinde bu hastalığın yayıldığı görülmüştür. Daha 1890'lı yıllarda Kastamonu ve Bolu vilayetlerinde özel bir Frenji Mücadele Teşkilatı kurulmuş, 1915 (1331) yılında Kastamonu vilayeti ve Bolu sancağı Frenji Mücadele Nizamnamesi ile bu teşkilat resmi bir şekil almıştır. Aynı zamanda frenjiye sebep olan fuhuş da kontrol altına alınarak hastalık taşıyan hayat kadınlarının takip ve

tedavisinin yapılması için İstanbul ve hastalığın yaygın olduğu diğer şehirlerde önlemler alınmasına ilişkin Emraz-ı Zühreviye Nizamnamesi yürürlüğe konmuştur.¹⁷³

Sıhhiye ve Muavenet-i İctimaiye Vekâleti kurulduktan sonra Frenginin Kaldırılması ve Yayılmasının Önlenmesi Hakkında 90 sayılı Kanun 1921 yılında kabul edilmiş ise de bu hastalık konusunda ilk ciddi önlemler 1925 yılından itibaren alınmaya başlanmıştır. 1921 den itibaren 90 sayılı kanun gereğince frengi hastalığına yakalanmış vatandaşların ücretsiz olarak tedavisi düzensiz bir biçimde her birimin kendi usulüne göre ve farklı ilaçlar ile yapılmaktaydı. 1925 yılında ise ülkedeki belli başlı uzman tabiplerin katılımıyla bir Frengi Komisyonu kurulmuş ve ülke genelinde bu hastalığın tedavi usulleri ve ilaçları belirlenmiştir. Bundan sonra Frengi ile mücadele üç şekilde devam etmiştir. Bunlardan birincisi 90 sayılı kanuna tabi olarak Frengi Komisyonunu belirlediği usul ve ilaçlarla hükümet ve belediye tabiplerinin ücretsiz olarak yaptıkları takip ve tedavi; ikincisi özel teşkilatlar kurularak yapılan mücadele, üçüncüsü ise tedavi evleri vasıtasıyla yapılan mücadeledir.¹⁷⁴

1926 yılından itibaren frengi hastalarının yoğunluğunun fazla olduğu yerlerde özel Frengi Savaş Kurulları kurulmuştur. Öncelikle herhangi bir kanuna dayanmadığı halde hükümet emri şeklinde ve bulaşıcı hastalıklar nizamnamesine uydurularak Sivas merkez ve Hafik ile Bursa'nın Orhaneli kazasında bahsedilen şekilde mücadele başlatılmıştır. Bir uzman tabip idaresinde tabipler ve sıhhat memurlarından oluşan kurullarda seroloji laboratuvarları ve bu laboratuvarların şefleri de bulunmaktaydı. 1933 yılından itibaren kurullar Ordu, Ünye, Fatsa, Şarkışla, Yıldızeli, düzce, Çarşamba, Balıkesir ve Zonguldak'ta da kurularak faaliyete geçirilmiştir.¹⁷⁵

Bu çalışmalardan ayrı olarak Ankara ve İzmir'de 1927 yılında Deri ve Tenasül Hastalıkları Tedavi Evleri kurulmuş ve faaliyete geçirilmiştir. İstanbul'da bulunan iki adet deri ve Zührevi hastalıklar Dispanserinin yanı sıra Çaycuma'ya da 1931 yılında bir dispanser açılmıştır.¹⁷⁶

Frengi Mücadele Teşkilatı Mesaisi 1926–1932

Bölge	Umumi	Hastalık Teşhis Edilen ve Tedavi Altına Alınan	Laboratuvarlarda Yapılan Seroloji
-------	-------	--	-----------------------------------

¹⁷³ Sıhhiye Mecmuası Fevkalade... s 58

¹⁷⁴ Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının 25 yıllık... s 24-25

¹⁷⁵ Sıhhiye Mecmuası Fevkalade... s 60

¹⁷⁶ Frik, a.g.e. s 9

	Muayene	Sayısı	Muayenesi
Sivas	175.347	6.261	47.433
Ordu-Fatsa	134.639	5.096	19.103
Çarşamba	39.546	4.230	14.172
Düzce	73.578	4.460	29.096
Orhaneli	42.437	1.427	11.457
Balıkesir	238.822	4.387	1.015

Tedavi Evleri Mesaisi

Bölge	Ankara	İzmir	Çaycuma
1930	526	-	-
1931	279	499	1.510
1932	324	950	1.868

1

921 yılında çıkarılmış olan 90 sayılı kanuna göre frengi hastası olan kişilerin iyileşinceye kadar evlenmeleri yasaklanmıştı. 1930 yılında çıkarılan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu bu uygulamayı genişleterek diğer zührevi hastalıkları ve Verem hastalığını da buna dâhil etmiştir. Bu kanuna göre zührevi hastalıklara müptela olanlar iyileşmeden evlenme izni alamazlar, hastalıkları ilerlemiş durumda bulunan verem hastalarının ise nikâhları iki kez 6 aya kadar ertelenebilirdi. Bahsedilen evlenme muayeneleri ise resmi tabiplerce resmi kurumlarda ücretsiz olarak yapılırdı.¹⁷⁷

1.3.1.6 Dönem İtibarıyla Vekâlet Bütçesi ve Konsolide Devlet Bütçesi Rakamları

¹⁷⁷ Sıhhiye Mecmuası Fevkalade... s64

Yukarıda sayılan sağlık hizmetlerinin hangi bütçeyle yapıldığının görülmesi için Vekâletin yıllar itibarıyla bütçe rakamlarına göz atmakta fayda vardır.¹⁷⁸

Yıllar	Konsolide Bütçe Milyon TL	Sıhhiye Vekâleti Bütçesi Milyon TL	Bütçe Payı %
1923	109,2	3,0	2,7
1924	154,5	3,0	1,9
1925	198,2	4,9	2,5
1926	210,1	3,6	1,7
1927	223,9	3,2	1,4
1928	250,0	3,4	1,4
1929	255,4	4,4	1,7
1930	257,8	4,5	1,7
1931	219,5	3,7	1,7
1932	200,4	3,5	1,7
1933	203	4,2	2,1
1934	221,3	4,7	2,1
1935	238,4	4,8	2,0
1936	254,7	5,5	2,2
1937	287,1	6,5	2,3

¹⁷⁸ **Sağlık Hizmetleri (1980-1993), Gılr-Kadrolar-Tedavi Yardımları**, Maliye ve Gümrük Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü yay No 1993/7, Ankara, 1993, s 40

1938	309,8	7,9	2.6
1939	341,4	8,5	2.5
1940	353,4	8,2	2.3
1941	405,0	12,0	3.0
1942	527,5	15,0	2.8

Görüldüğü gibi Konsolide bütçe artışına paralel olmasa da Vekâlet bütçesinde yıllar itibarıyla artış olmuştur. Tüm yıllara bakıldığında ise aradaki oranın yüzde 2.8'i geçemediği görülmektedir.

1.3.1.7 Dönemde Yürürlüğe Giren Sağlık Mevzuatı

Sıhhiye ve Muavenet-i İctimaiye Vekâleti Kuruluşundan itibaren ülke genelinde sağlık hizmetlerinin en etkin ve verimli bir biçimde uygulanabilmesi ve halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi dolayısıyla sağlıklı bir toplum teşekkül ettirilebilmesi için birçok kanun ve nizamname çıkarılmıştır. Burada bu mevzuatın bazılarının isimleri ve çıkış tarihleri verilecek ve en önemli kanun olan Umumi Hıfzıssıhha kanunu üzerinde durulacaktır.¹⁷⁹

- 1- Frenginin Kaldırılması ve Yayılmasının Önlenmesi Hakkında Kanun 1921/90
- 2- Hekimlerin Zorunlu Hizmetleri Hakkında Kanun 1923/369
- 3- Hekimlerin Zorunlu Hizmetleri Hakkında Kanun'a Ek Kanun 1924/438
- 4- Rüsümü sıhhiye Kanunu 1924/500
- 5- Sivil Hekimlerin Zorunlu Hizmetleri ve hekim, Eczacı ve Dişçilerin Stajları Hakkındaki Kanunlara Ek Kanun 1924/531
- 6- Hekimlik ve Sanayide Kullanılan Bazı Ecza ve Maddelerin İthallerinin serbest Olduğuna Dair Kanun 1925/690
- 7- Türk Kodeksi Hakkında Kanun 1926/767
- 8- Sağlık İşleri ile İlgili Bütçeler ile Bütün Sağlık Personeliyle ilgili Kanun 1926/796

¹⁷⁹ Ayrıca burada adı yazılmayan kanunlar için de bkz. **Dr Refik Saydam (1881–1942)...** s 46–49

- 9- Hekimlerin Sıtma Enstitülerinde Staj Zorunlulukları Hakkında Kanun 1926/826
- 10- Sular Hakkında Kanun 1926/831
- 11- Sıtma Mücadelesi Kanunu 1926/839
- 12- Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun 1927/964
- 13- Ecza Ticarethaneleri ile Ziraat İşlerinde Kullanılan Zehirli ve Etkili Kimyevi Maddelerin Satıldığı Dükkânlara Mahsus Kanun 1927/984
- 14- Seriri ve Gıdai Araştırma Yapılan ve Kimyasal Reaksiyonlar Aranan Umuma Mahsus Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu 1927/992
- 15- Tababet ve Şuabatı sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun 1928/1219
- 16- İспенçiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu 1928/1262
- 17- Türkiye Cumhuriyeti Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi Hakkında Kanun, 1928/1267
- 18- Umumi Hıfzıssıhha Kanunu 1930/1557
- 19- Uyuşturucu Maddeler Hakkında Kanun 1933/2313
- 20- Özel Hastaneler Kanunu 1933/2219
- 21- Sıhhat ve İçtimai Muavenet vekâleti Teşkilat ve Memurin Kanunu 1936/3017¹⁸⁰
- 22- Gözlükçülük Hakkında Kanun 1942/3958

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu

24 Nisan 1930 tarihli ve 1557 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu¹⁸¹ Türkiye Cumhuriyetinin Sağlık örgütünün ve sağlık hizmetlerinin anayasası hükmünde olup

¹⁸⁰ Bu kanunun adında bakanlık “Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti” olarak geçiyor ise de kanunun metnine bakıldığında bakanlığın adının “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı” olarak da kullanıldığı görülebilir. Bundan sonra bakanlığın adı hem “Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti” hem de “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı” olarak kullanılmıştır.

¹⁸¹ Kanunun tam metni için bkz. **Düstur** 3. Tertip, C11, s 324-373 ayrıca **Sıhhiye Mecmuası**, C 6 Sayı 37-38, Nisn- Mayıs 1930, s 405-478

Türkiye’de bu kapsamda yürürlüğe konulan ilk yasadır. Bu kanun kendisinden önce çıkarılmış olan ve farklı sağlık sorunları ve hizmetleri ile ilgili çıkarılan yasalardan farklı olarak tüm sağlık hizmetlerini kapsayıcı bir niteliktedir.

Genel olarak kanunun içeriğine bakmadan önce kanunun tasarı olarak TBMM’de nasıl karşılandığının görülebilmesi açısından kanun ile ilgili TBMM’de yaşanan tartışmalara bakmak yararlı olacaktır.

Görüşmelerde öncelikle Sıhhiye Vekili Doktor Refik (Saydam) Bey’in kanunu tanıttığı görülmektedir. Sıhhiye Vekili konuşmasında şunları söylemiştir:

“Muhterem Efendilerim, Umumî hıfzıssıhha kanunu lâyihası, Yüksek Meclisin sırasıyla Sıhhat, Dâhiliye, Adliye, Hariciye ve İktisat Encümenlerinde uzun tetkikten ve bu encümenlerdeki Muhterem Arkadaşlarımla kanunun tekemmülü için minnettar kaldığım çok vakıfane ve kıymetli münakaşa ve müzakerelerinden sonra, tasvip ve tasdik için huzurunuzda gelmiş bulunuyor. Ve umumî sıhhati korumak için tanzim edilerek tasdikinize arz olunan ve kabul buyrulan kanunların da son kademesini teşkil ediyor. Esbabı mucibe mazbatasında da tafsilen arz ettiğim veçhile, bu kanun lâyihası, öteden beri mevcut, fakat ihtiyaca kâfi gelmeyen müteferrik hükümlerin yerine ilmî ve amelî esaslar koyduğu gibi, bir çok da yeni hükümler vazetmektedir. Heyeti umumiyesi ile bir küll teşkil etmekte olduğu halde memleketimizin muhtelif sıhhat ihtiyaçlarına cevap veren ve birbirinden ayrı olan bir çok fasılları ihtiva etmektedir. Bu suretle tedvin olunarak tasdikinizi bekleyen bu layiha, sıhhat ve içtimaî muavenet işlerinde memleketimizin, adeta sıhhî teşkilâtı esasıyesini makamında addedilirse hata edilmiş olmaz, sanırım,

Muhterem Efendilerim. Hıfzıssıhha ve sıhhat işleri, bizde Millî Mücadelemizin başladığı zamana kadar mühmel ve iptidai bir şekilde idi; hayatını o yüksek mücadeleye ve en büyük inkişafını da Cumhuriyete borçludur. Sıhhat Vekâletiniz asırların omuzlarınıza yüklediği ihmal ve teseyyübün tazmini için, her biri halkımızın hayatına ve sıhhatine yarayan ve onu koruyan bir takım kayıtları ve şartları, Yüksek Meclisin bu hususa verdiği ehemmiyetten kuvvet alarak, yine sizin çizdiğiniz hatlar dâhilinde, bir araya topladı ve size arz etti ve kanun olarak verdiğiniz çerçeve dahilinde mesaisini behemehal muvaffakiyetli bir neticeye isal için çalışmaya başladı.

Lâyiha, milletin sıhhatini korumak işinin, Devletin umumî hizmet ve mecburiyetlerinden olduğu esasını koymakla da büyük bir gaye yaratmaktadır. Milletin sıhhatini korumak işi; yani henüz bir katre halinden doğacağı zamana, doğduktan ölünceye kadar, hayatın muhtelif safhalarında, ferdin sıhhatini ve cemiyetin selâmetini temin edecek

umumî ve hususî kaideler, Hükümetin vazifesi Devlet mefhumu içindeki muhtelif teşekküllerin vazife ve salâhiyetleri, yasaklar, ferdin cemiyetin menfaati namına uyması lâzım gelen esaslar demektir. İşte; bu nokta-i nazardan lâyiha, medenî âlemin ilim ve tecrübeleri rehber edinilerek, milletimizin kabiliyeti hayatiyesini daima zinde bulundurmak için ne lazımsa, prensip olarak, muhtevidir. Lâyiha, hiç bir ecnebî kanunundan aynen iktibas edilmiş değildir. Vaktâ şu veya bu faslında en son ecnebî mevzuatından istifade olunmuştur. Meselâ: Zührevî hastalıklarla mücadele; yiyecek ve içecek maddelerin murakabesine ait kısımların tanziminde ve işçilik hıfzıssıhhasında en son Alman mevzuatı rehber olmuştur. Fakat umumiyet itibarıyla lâyihanın tanziminde hâkim olan fikir, bunun yalnız memleketimizin ve milletimizin ihtiyaçlarına tekabül edebilmesidir. Tasvibinize mazhar olduğu takdirde, Türk Vatanı ve Milleti için, büyük faydalar umuyoruz. İşte yalnız bu düşünce ile tertip edilen her fasıl ve madde; bizim mevzuatımız, tekâmüllerimiz, kanunlarımızla olduğu gibi, ilmin en son görüşleri ile de muvazi olarak tespit edilmiştir.

*Muhterem Efendilerim, Dünya medeniyeti karşısında, milletimizin de lâyık olduğu mevkie varabilmesi için; bu kudretli milletin maddeten de kuvvetli olması lâzımdır. İlim ve fen, iktisat sahalarında olduğu gibi sıhhat vadisinde de milletimizin her ferdini yaratıcı ve çalışkan bir kol halinde yaşatmak lâzımdır ve ferdin, ancak her insan için mukadder akibetinin tabiî şekli ile bu âlemi terk etmesine uğraşmak lâzımdır. Bu gün, bütün dünya milletlerinin vasıl olmak istedikleri hedef de budur. Bendeniz de, bu lâyiha-i kanuniye ile bu gayeyi gözeterek huzurunuzda geldim, kabulünü rica ediyorum efendim.*¹⁸²

Görüldüğü üzere Sıhhiye Vekilinin tabiriyle ülkenin sıhhi teşkilâtı esası kabul edilebilecek olan kanun, halkın sağlığını koruma hizmetini devletin temel görevi olarak kabul etmekle sosyal devlet anlayışına vurgu yapmıştır. Ayrıca diğer çok önemli bir nokta ise kanunun herhangi yabancı bir devlet kanunundan alınmayarak doğrudan Türkiye'nin sağlık ihtiyaçları doğrultusunda hazırlanmış olmasıdır. Bunun yanı sıra “milletimizin de lâyık olduğu mevkie varabilmesi için; bu kudretli milletin maddeten de kuvvetli olması lâzımdır” ifadesi de henüz genç bir devlet olan Türkiye Cumhuriyeti'nin sağlık alanındaki belki de en önemli amacını ortaya koymaktadır.

Sıhhiye Vekilinin ardından Bursa Mebusu Bakteriolog Refik Bey, Aksaray Mebusu Besim Atalay Bey ve İstanbul Mebusu Akçoraoğlu Yusuf Bey kanun lehinde konuşmalar yapmışlardır. Aleyhte konuşma yapan tek mebus ise Eskişehir Mebusu Emin Bey'dir.

¹⁸² TBMM Zabıt Ceridesi, Devre 3, C.18, 17.04.1930, s 63-64

Kanunun ekonomik açıdan uygulanabilirliği ile ilgili eleştirilerde bulunan Emin Bey konuşmasında özetle şunları söylemiştir:

“Arkadaşlar; bendeniz doktor olmadığım için hıfzıssıhha kanununda söz söylemekliğimi belki münasip görmeyeceksiniz. Fakat, ben daha ziyade bu kanunun iktisadî cihetlerine temas edeceğim. Tabii kendi mesleğim ve bilgim haricinde olan bir şeyde söz söylemek abestir, fakat ben beyhude başınızı ağrıtmayacağım. Efendim, kanunun heyeti umumiyesi İktisat Encümeninde tetkik ve müzakere olunurken bendeniz de bulundum. Her işinde çok dikkatli ve hatta titizcesine mesai sarf eden Muhterem Sıhhiye Vekili Doktor Refik Beyefendi bu işte de çok çalışmış bunu kendisine büyük bir iş edinmiş ve böyle bir eser vücuda getirmiştir. Ancak buna yalnız kendi cephesinden bakmıştır. Bir doktor, memleket hakkında ne ister? Tabiidir ki sıhhat ister. Kabili tatbik midir, değil midir? Orasına bakmamıştır. Meselâ 50 veya 100 amelesi olanın bir doktor bulundurmasını mecbur tutmuştur. İki yüz amelesi olana bir hastane yaptır demiştir. Fakat beride 30 bin nüfuslu bir kaza için kendisi bir vazife deruhte etmemiştir. Beri tarafta 100 amelesi bulunan bir müesseseye doktor bulundurmak vazifesini tahmil ederken karşıda 30 bin nüfuslu bir kazayı doktorsuz bırakmış ve bunda Devlet, bu vazife ile mükellef dememiştir. Hükümetin hiç bir mesuliyet kabul ettiği yoktur. Fakat beride 50 amele oldu mu, 300 liraya, 500 liraya kaçsa olursa olsun behemehâl bir doktor getireceksin diyor. 50 ameleye bir doktor ararken karşıda 25 bin nüfuslu bir kazanın sıhhati karşısında Hükümet seyirci... Arkadaşlar, memleketimizde en çok korktuğum ve ürktüğüm şey cazip fakat kabili tatbik olmayan dileklerdir.”¹⁸³

Bu iddialara karşı cevap vermek üzere Sıhhiye Vekili Doktor Refik (Saydam) Bey kürsüye gelmiş ve yapmış olduğu konuşmada şunları söylemiştir:

“Efendim, Emin Beyefendi kanunu umumiyet itibarıyla tenkit ettiler. Bendeniz kısaca noktayı nazarımı arz edeyim. Buyurdular ki: Sıhhiye Vekili kanunu yalnız kendi noktayı nazarına göre yapmıştır. Kanunun üzerinde Sıhhiye Vekâletiniz üç seneye yakın bir zamandan beri çalışıyor, bu çalışmadan maada, bunu tabettirdi, Devletin bilumum şubatu idariyesine, bilumum Vekil arkadaşlara şahsen tevzi etti. Bilumum şubatin noktayı nazarları tetkik edildi, bir lâyiha haline getirildi. Meclisi Âliye geçen sene takdim edildi. Meclisi Âlinin beş encümeninden geçti. Hepsi ayrı ayrı bazıları ait olduğu kısımları, bazıları heyeti umumiyesini tetkik etti. Binaenaleyh arkadaşlar Doktor Refik Bey bu kanunu doğrudan doğruya oturup masasında yazıp, koltuğuna kıstırıp huzurunuzda gelmemiştir. Dediler ki: Niçin kazaya doktor yok da, ameleye var? Bazı maddelere temas buyurdular. 50

¹⁸³ TBMM Zabıt Ceridesi, Devre 3, C.18, 17.04.1930, s 66

amele için veriyor da 30 bin nüfuslu bir kazaya doktor vermiyor. Beyefendiler; beş dakika evvel bu kanunla Devletin meşguliyet ve mecburiyetini arz ettim. Maddelere geçildiği zaman görülecektir. Bu güne kadar, bilhassa menşeiini ta, millî mücadeleden alan vekâletiniz, ilk gündən beridir, kendisinin en büyük vazifesini milletin hayatı, sıhhati ve sağlığı ile meşgul olmakta bulmuş ve bu suretle çalışmıştır. Hiçbir zaman kendisi, filânca yerdeki halk ile alâkadar değilim dememiş, en ufak bir köyle, en ufak bir şahısla bir fert ile dahi alâkadar olmuş, uğraşmıştır ve bunu kendisine bir borç bilmiştir. Kazalarda doktor yok dediler, Beyefendiler; ben bunu gerek bu kürsüden gerek ferden görüştüğümüz zaman daima arz ediyorum. Memleketimizde doktor miktarı çoğalmış ta ekisporde edeceğiz diye bir şey söylemedim. Doktorun miktarı azdır. Onun için yurt yaptık. Talebe miktarı azdır. Onu çoğaltacağız. Bunun için uğraşıyoruz, dedim...¹⁸⁴

İçeriğine bakılacak olursa, Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 15 bab (bölüm) halinde olup 309 maddeden oluştuğu görülmektedir.¹⁸⁵

Devlet Hidematı sıhhiyesi ve Sıhhi Merciler başlığı altındaki birinci bölümde, Devletin ve Sıhhiye Vekâletinin görevleri sayılmakta ayrıca Vekâlet örgütü ve sağlık işleri ile ilgili diğer örgütler ve bu örgütlerin görevleri anlatılmıştır.

Sâri ve Salgın Hastalıklarla Mücadele başlığı altındaki İkinci bölümde bulaşıcı ve salgın hastalıklarla savaşta izlenecek yollar anlatılmaktadır. Bu bölümde hastalıklar başlıklar altında geniş bir şekilde ele alınmıştır.

Umumi Kadınlar Hakkında Ahkâm başlığı altındaki üçüncü bölümde zührevi hastalıkların yayılmasını önleyici hükümleri içerir.

Muhacerete Ait Sıhhi İşler başlığı altındaki dördüncü bölümde göç ve göçmenler ile ilgili konular ele alınmıştır.

Beşinci bölüm gemiler ve demiryolları ve sair nakliyat vasıtaları sıhhi işleri ile ilgili hükümleri içerir.

Çocuk Hıfzıssıhhası başlığı altındaki altıncı bölümde çocukların ve gençlerin sağlıklarının korunması ve halka satılan sütün sağlıklı koşullarda sunulması gereğini belirten hükümler içerir.

¹⁸⁴ TBMM Zabıt Ceridesi, Devre 3, C.18, 17.04.1930, s 67-68

¹⁸⁵ Kanunun tam metni için bkz. **Düstur** 3. Tertip, C11, s 324-373 ayrıca **Sıhhiye Mecmuası**, C 6 Sayı 37-38, Nisn- Mayıs 1930, s 405-478

İşçiler Hıfzıssıhhası başlığı altındaki yedinci bölümde işçi sağlığı, çocuk işçiler ve çalışan kadınların gebe kalmaları durumunda kendilerine uygulanacak hükümleri içerir.

Yenilecek ve İçilecek Şeyler ile Kullanılacak Bazı Maddeler başlığı altındaki sekizinci bölümde halka sunulan gıda maddelerinin sağlıklı koşullarda sunulması konusunda belediyeler ve vekâletin yapması gereken kontroller ele alınmış, bunun yanı sıra kontrol edilecek gıda maddeleri ve eşyalar sayılmıştır.

Dokuzuncu bölüm maden Suları ve Kaplıcalar başlığı altında olup bunların işletilmesi ve halka sunumu ile ilgili hükümleri içerir.

Onuncu bölüm mezarlıklar, ölülerin defni mezardan çıkarılması ve nakli ile ilgili hükümleri içerir.

Şehir ve Kasabalar Hıfzıssıhhası başlıklı on birinci bölümde içme suları, her çeşit atık, konutlar, hanlar, oteller ve umumi mahaller ile yeni kurulacak şehir ve kasabalar ile ilgili hükümleri içerir.

Gayri sıhhi müesseseler başlığı altındaki on ikinci bölümde halk sağlığını tehdit eden işyerleri ve atölyelerin tabi olacakları hükümleri içerir.

Sıhhi İstatistik ve Coğrafya ve Propaganda başlığı altındaki on üçüncü bölümde Sıhhiye Vekâletinin bu konularda yapacağı çalışmaları içerir.

Ceza Hükümleri başlıklı on dördüncü bölümde bu kanuna muhalif hareket edenlere uygulanacak cezalar belirtilmiştir.

Umumi Hükümler başlığı altındaki on beşinci bölümde ise genel hükümlerin yanı sıra bu kanunun İcra Vekilleri heyetince icra edileceği belirtilmiştir.

Görüldüğü üzere Umumi Hıfzıssıhha Kanunu sağlık hizmetlerinin her alanına ilişkin hükümler içermektedir. Kanun çocuk, genç, gebe, işçi sağlığı ile ilgili hükümlerin yanı sıra bulaşıcı ve zührevi hastalıklarla mücadele, su ve gıda sağlığı konularını da ayrıntılı olarak ele almıştır. Bu kanun genç Türkiye Cumhuriyeti'nin sağlıklı bir nüfusa sahip olmak amacıyla yapmayı planladığı işlerin görülmesi açısından çok önemli bir gösterge sayılabilir.

İKİNCİ BÖLÜM

ÇOK PARTİLİ HAYATA GEÇİŞ SONRASI SAĞLIK VE SOSYAL YARDIM BAKANLIĞI (1945-1960)

2.1. Çok Partili Hayata Geçiş Sonrası Sağlıkta Gelişmeler

Bilindiği üzere Türkiye’de 18 Temmuz 1945 tarihinde Milli Kalkınma Partisi’nin kurulması ile birlikte tek partili siyasi hayattan çok partili siyasi hayata geçilmiştir. Özellikle dönemin Cumhurbaşkanı İsmet İnönü’nün 1 Kasım 1945 yılında TBMM’yi açılış konuşmasındaki: *“Bizim tek eksikimiz, hükümet partisinin karşısında bir parti bulunmamasıdır. Bu yolda memlekette geçmiş tecrübeler vardır. Hatta iktidarda bulunanlar tarafından teşvik olunarak teşebbüse girişilmiştir. İlk defa memlekette çıkan tepkiler karşısında teşebbüsün muvaffak olmaması bir talihsizliktir. Fakat memleketin ihtiyaçları sevkiyle hürriyet ve demokrasi havasının tabii işlemesi sayesinde, başka siyasi partilerin de kurulması mümkün olacaktır”* ifadeleri kamuoyunda ilgi ile karşılanmış ve yeni bir dönemin açılışının işareti olarak görülmüştür. Bunun en önemli sonucu olarak da 7 Ocak 1946 tarihinde Demokrat Parti kurulmuştur.¹⁸⁶

1945 ile 1960 yılları arasında geçen dönemin Doktor Refik (Saydam) Bey Döneminden ayrı bir bölüm olarak ele alınmasının Sağlık Bakanlığı politikaları açısından iki nedeni bulunmaktadır. Bunlardan birincisi her ne kadar bu dönemde Doktor Refik (Saydam) Bey tarafından temeli atılmış olan sağlık kurumları ve sağlık hizmetleri geliştirilmiş ise de iki farklı dönemde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı¹⁸⁷ yapmış olan Doktor Behçet Uz’un, Doktor Refik (Saydam) Bey

¹⁸⁶ Eroğlu, a.g.e. s 341-342

¹⁸⁷ 1945–1960 yılları arasında geçen dönemde sırasıyla aşağıdaki isimler Sağlık Bakanı olarak görev yapmıştır:

Dr. Sadi Konuk – (18.01.1945 – 05.08.1946),

Dr. Behçet Uz – (07.08.1946 – 10.06.1948),

Dr. Kemali Bayazıt – (10.06.1948 – 22.05.1950),

Prof.Dr. N.Reşat Belger – (22.05.1950 – 19.09.1950),

Dr.E.Hayri Üstündağ – (20.09.1950 - 17.05.1954),

döneminde ortaya konmuş olan usul ve esaslardan farklı uygulamalara da teşebbüs etmiş olmasıdır. İkincisi ise Demokrat Parti Döneminde tedavi edici sağlık hizmetlerinin koruyucu sağlık hizmetlerine nispeten ön plana çıkmış olmasıdır. Önceki bölümde de görülebileceği üzere Doktor Saydam Döneminde koruyucu sağlık hizmetleri Bakanlığın temel görevi olarak kabul edilmiştir. Tedavi edici hizmetlerde ise Bakanlık, örnek (numune) sağlık kurumları kurmuş ve bu hizmetlerde daha çok yerel yönetimler ve özel sektörün örneklere uygun olarak sağlık tesisleri kurmasını ve hizmet vermesini amaçlamıştır.

1946 yılına gelindiğinde Türkiye'nin, II. Dünya Savaşı'na girmemekle birlikte savaşın olumsuz koşullarından etkilendiği görülür. Savaş nedeniyle ortaya çıkan olumsuz ekonomik koşullar beslenme bozukluklarına sebep olmuş ve başta sıtma olmak üzere bulaşıcı hastalıklar büyük oranda yayılmıştır.

Doktor Refik (Saydam) Bey Döneminde kurulan sağlık örgütünün yavaş çalışması ve özellikle savaş yıllarında görülen salgın hastalıklardaki artış ve buna karşın halkın tamamına istenilen nitelikte hizmet sağlanamamış olması ve özellikle kırsal kesime, ihtiyaç duyulan sağlık hizmetinin yeteri ölçüde ulaştırılmamış olması Bakanlıkta yeni uygulama arayışlarına neden olmuştur.¹⁸⁸ Bahsedilen aksaklık ve yetersizliklerin giderilmesi ve sağlık hizmeti sunumuna çağdaş bir anlayış kazandırmak amacıyla 1945 yılından itibaren çalışmalara başlandığı görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin kırsal kesime ulaştırılması ve bu amaçla sağlık merkezlerinin kurulması ile ilgili olarak; 1945 yılında Sağlık Bakanlığı görevini üstlenen Doktor Sadi Konuk tarafından hazırlanarak Başbakanlık makamına sunulan bakanlık mesaisini ve yapılması planlanan işleri özetleyen raporda: “... *mevcut hizmet, kurumlarımızı imkânlar nisbetinde en iyi ve verimli halde halk emrine bağlarken yeni hareketimiz: Millî bünyemizin esas dayanağı ve millî refahın ana kaynağı köy ve köylüden başlayacaktır. Bu suretle hazırladığımız çalışma programımızda ana kurum “sağlık merkezleri” olacaktır. Her türlü sabit ve gezici vasıtalarla halk sağlığını*

Dr. Behçet Uz – (18.05.1954 – 09.12.1955),

Dr. Lütfi Kırdar – (26.11.1957 – 27.05.1960),

Dr. Nafiz Körez – (09.12.1955 – 25.11.1957),

Dr. Lütfi Kırdar – (26.11.1957 - 27.05.1960).

¹⁸⁸ Yusuf Ekrem Özdemir, “Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları, Cumhuriyetin Kuruluşundan 1980’li Yıllara Sağlık Politikaları” **Yeni Türkiye Dergisi**, C. 7, S. 3, Mayıs-Haziran 2003, s257

koruma malzeme ve tertibatına malik bulunacak olan bu merkezler aynı zamanda bütün sıhhi imdat vasıta ve elemanlarıyla teçhiz edilmiş olarak köyde, köylünün yanında hizmete girecek ve kademe kademe yükselerek yurdun dört bucağında fennin bütün vasıta ve imkânlarını içinde toplayan en modern ve geniş teşekküllerle Türk vatanında Türk vatandaşını itimat ve emniyetle saracaktır.”¹⁸⁹ denilmektedir. Buradan da anlaşılacağı üzere hizmetlerin modernleştirilmesi ve yaygınlaştırılması çalışmaları 1945 yılından itibaren planlanmaya başlamıştır.

Bu dönemdeki asıl büyük sağlık planı ise 1946 yılında dönemin Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı Doktor Behçet Uz önderliğinde hazırlanmış olan “Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı”dır. Doktor Behçet Uz bu plana olan ihtiyacı şu sözlerle ifade etmiştir: *“O gün halk, sağlık hizmetlerinden memnun değildi. Hastaneler bakımsızdı. Bunlar fakirlikten. Devlet, tahsisattan bir şey ayıramıyordu Sağlık Bakanlığına. Sonra çeşitli müesseseler kendine mahsus tesisler yapıyordu. Mesela posta ve telgrafın kendi hastanesi vardı. Doktorlar bu müesseselerde idi. Bu müesseseler çeşitli yerlerde olacağına, bir kaç yerde koyulaşmış bulunuyordu. Burada doktorlar çoktu. Öbür taraftaki hizmetler kalıyordu. Ben bütün memlekette sağlık merkezleri ve memleketin muhtelif yerlerinde olmak üzere 7 tıp fakültesi olan bir plan hazırladım. Koruyucu hekimliği, halkı tenvir etmeyi, köye kadar götüreceğim bir plandı.”¹⁹⁰*

2.1.1 Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının halka en iyi sağlık hizmetini vermek amacıyla hazırlanmış olduğu Plan uygulanması düşünülen politikaların yanı sıra Bakanlığın sağlık işlerine ve kurumlarına ait o günkü mevcut durumu da göstermesi bakımından ayrıntılı olarak incelenmesi gereken önemli bir belgedir.

Planın kapağına bakıldığında “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’na hazırlanmış ve Yüksek Sıhhat Şurasının 15/16 Kasım tarihli toplantılarında incelenerek onanmıştır” ifadesinin yer aldığı görülmektedir. Buradan da anlaşılacağı üzere plan devletin en yüksek sağlık şurası tarafından da onaylanmıştır. Planın Giriş bölümüne bakıldığında böyle bir sağlık planına ihtiyaç duyulmasının gerekçelerinin

¹⁸⁹ B.C.A. Tarih: 16.10.1945, Fon: 30.10.0.0 Yer No: 179.236.11, s 2–3

¹⁹⁰ Zafer Öztekin, “Doktor Behçet Uz ile Son Söyleşi”, **Actual Medicine Dergisi**, 2(7), Temmuz 1994 s 15

açıklandığı görülmektedir. Bu bölümde öncelikle Cumhuriyet idaresinin sağlık konusuna vermiş olduğu öneme ve bu zamana kadar yapılmış olan hizmetlere ve açılmış olan kurumlara değinilmiş ardından yapılanların takdire şayan faydalar temin etmiş olmasına rağmen büyük halk kitlelerinin ve özellikle köylü vatandaşın ihtiyaçlarını tamamıyla karşılayamadığı ve bu durumun bir an evvel düzeltilmesi gerektiği belirtilmiştir. İkinci Dünya Savaşından sonra tüm dünyada yaşama anlayışı ve gerekliliklerinde meydana gelen değişimlerin sağlık teşkilatları çok daha ileri düzeyde olan ülkelerde bile sağlık konusunda yeni anlayışlar ortaya çıkardığı ve yeni önlemler alınmasını zorunlu kıldığı belirtilmiş ve ardından Türkiye’de de köylere kadar ülkenin her köşesindeki halkın sağlık ihtiyaçlarını çabuk ve iyi bir şekilde karşılayabilmek amacıyla Bakanlık olarak on yıllık bu sağlık planını ele almak mecburiyetini duydukları ifade edilmiştir. Bundan sonra planın hedefleri şu şekilde sıralanmıştır:¹⁹¹

1. Bu günkü dünyada büyük bir mevki kazanan ve müspet neticeleri açıkça beliren koruyucu hekimlik teşkilatını kurmak ve yaymak.
2. Köy ve köylüleri 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 illeri içine almak üzere Türkiye’nin 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 Sendikaları kurmak.

“Koruyucu Hekimliğin Temeli” başlığı altında öncelikle koruyucu hekimliğin tanımı yapılmış ve daha sonra insan sağlığı açısından ne kadar önemli olduğu vurgulanmıştır. Bundan sonra koruyucu hekimliğin yararlarını açıklamak amacıyla sağlık konusunda ülkedeki mevcut durumu da gösteren bazı örnekler verilmiştir.

¹⁹¹ **Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı**, B.C.A. Tarih: 16.11.1946 Dosya:1241,Fon: 30.10.0.0 Yer No: 14.80.13 s 5–6–7

Bunlardan birincisi çocuk bakımı konusundadır. İmkânsızlıklar yüzünden çocuk hijyeninin (sağlık bilgisi, hıfzıssıhha) ülkede gereken şekilde ele alınmadığı bu yüzden de doğan çocukların büyük bir kısmının öldüğü, oysa anne karnında başlayan ve doğumdan sonra devam eden önlemlerle bu ölümlerin birçoğunun önüne geçilebileceği ve bu sayede nüfusun eskiye oranla daha çok artacağı belirtilmiştir. Plana göre bunların temin edilmesi amacıyla yurdun çeşitli yerlerinde çocuk yuvaları, doğum evleri, çocuk hastaneleri ve kimsesiz çocuklar yurtları açılacak, süt ve diğer çocuk gıdaları işleri ile de ciddi bir şekilde uğraşılacaktır.¹⁹²

İkinci olarak hastalıklardan korunma konusu ele alınmıştır. Koruyucu hekimliğin tam ve verimli bir şekilde uygulanmaya konulabilmesi halinde salgın ve bulaşıcı hastalıkların zararlarının gün geçtikçe ortadan kalkacağı ifade edilmiştir. Bu amacın gerçekleştirilebilmesi için bataklıklar kurutulacak, genel aşı uygulamaları yapılacak ve gerekli diğer koruyucu önlemler alınacaktır. Böylece sıtma, lekeli humma, frengi, çiçek, verem, trahom ve nekatoryaz (kancalı kurt) gibi hastalıkların zararları önlenecektir.

Yine aynı başlık altında verem hastalığı ile yeteri ölçüde mücadele edilemediği, bunun da en önemli sebeplerinden birinin bu hastalık ile mücadele eden hastalar için yeterli hasta yatağı sayısına sahip olunmadığı başka ülkeler ile karşılaştırma yapılarak ortaya konulmuştur. Verem hastaları için Norveç'te on bin nüfusa düşen yatak sayısının 18,55, Yunanistan'da 3.89, Bulgaristan'da 1,64, Filistin'de 1,10 iken Türkiye'de bu oranın 0,18 olduğu ifade edilmiş ve planda bu konunun gerekli önem verilerek ele alındığı vurgulanmıştır.¹⁹³

Veremden sonra sıtma hastalığı üzerinde durulmuş, 1945 yılında 2,5 milyon sıtma hastasının tedavi edildiği belirtilerek bu sorunun kökünden halledilebilmesi için sıtma savaş teşkilatının güçlendirilmesi, bataklıkların kurutulması ve sıtma bölgelerinde tropikal enstitüler açılması planlanmıştır.¹⁹⁴

Trahom hastalığı ile ilgili yapılması planlanan işlerle ilgili olarak ise; uzun süren tedavi ve bilinçsizlik nedeniyle tedavinin çoğu zaman yapılamadığı ve bu nedenle hastalığın birçok vatandaşın kör olmasına neden olduğu belirtilmiştir.

¹⁹² Agb, s 8

¹⁹³ a.g.b. s 8-9

¹⁹⁴ a.g.b. s 10

Dolayısıyla plana göre bu hastalıkla mücadele için göz uzmanı sayısı artırılacak, bir enstitü açılacak, hastalığın tedavisi köylere kadar yerinde yapılacak ve son olarak da halkın hastalıkla ilgili olarak bilinçlendirilmesine yönelik faaliyetlerde bulunulacaktır.¹⁹⁵

Üçüncü olarak sağlık propagandası konusu ele alınmıştır. Bu konuda halkta sağlık anlayışını yaratmak ve kökleştirmek amacıyla sağlık filmleri çekileceği ve radyo programları hazırlanacağı ifade edilmiştir.¹⁹⁶

Planın ikinci önemli başlığı “Köy ve Köylülerimizi Sağlık Teşkilatına Kavuşturmak”tır. Ülkenin güç kaynakları olarak tanımlanan köylülerin yetiştirdikleri mahsul ile ülkeyi besledikleri ve fazla çocuk yapmak suretiyle nüfusun artmasına hizmet ettikleri ifade edilerek bu insanların sağlık yardımına ve teşkilatına kavuşma zamanının geldiği vurgulanmıştır. Plana göre köylere doğru yapılması planlanan sağlık teşkilatının en uç kademesi köy sağlık memurları ve köy ebeleri olacak ve bu personel köy enstitülerinin sağlık kollarından ve köy ebe okullarından mezun olacaktır. Başlangıçta her on köye bir köy sağlık memuru ve ebesi verilmesi planlanmıştır. Yine plana göre her sene 400 sağlık memuru ve ebe yetiştirilecek ve 10 senenin sonunda 4000 köy ebesi ve sağlık memuru olacaktır. Köy öğretmenleri gibi köylerde yerleşecek ve mıntıklarındaki köylerin sağlık işlerine bakacak olan bu personel köy sağlık merkezlerinin emri ve kontrolü altında çalışacaklardır. Her 40 köyde ortalama bir adet köy sağlık merkezi açılacak ve bu merkezlerde iki doktor, bir ebe, bir sağlık memuru ve bir de ziyaretçi hemşire bulundurulacaktır. Aslen koruyucu hekimliğin usullerinin uygulanacağı bu merkezlerde küçük tedavi ve doğum işleri de yapılacak, ameliyat veya uzun vadeli tedavi gereken vakaların ise motorlu ve motorsuz vasıtalarla il ve ana bölge merkezlerine gönderilmesi sağlanacaktır.¹⁹⁷

Plandaki diğer bir başlık da “Mevcut Sağlık Personelini ve Yenilerini Günün İhtiyaçlarına Göre Yetiştirmek”tir. Milli sağlık planını gerçekleştirebilmek için üzerinde önemle durulacak meselelerden birinin de personel durumu olduğu belirtilmiştir. Plana göre ülke genelinde mevcut sivil hekim sayısı 4590’dır. Bu sayı dönemin nüfusuna oranlandığı

¹⁹⁵ a.g.b. s 11

¹⁹⁶ a.g.b. s 12

¹⁹⁷ a.g.b. s 12-14

zaman 4000 kişiye bir hekim düşmektedir. Oysa ülkede verimli bir sağlık hizmeti sunulabilmesi için en fazla 2000 kişiye bir hekim düşmesi gerektiği belirtilmiştir. Bunun için hekim sayısının artırılması gerektiği belirtilmiştir. Bu amaçla tıp Fakültelerinin artırılması ve bu fakültele gireceklerin sayısını artırmak amacıyla öğrenciler için gerekli kolaylıkların sağlanması gerektiği belirtilerek özellikle yurdun her yerine hizmet götürecek olan koruyucu hekimlik alanlarında (hijyen), salgın hastalıklara karşı hizmet edecek olan uzmanların (epidemiolog), hijyen laboratuvarlarında çalışacak bakteriyologların, frengi, trahom, verem, sıtma gibi hastalıklarla savaş ile ilgili uzmanların yetiştirilmesine öncelik verilmesi gerektiği belirtilmiştir.¹⁹⁸

Öte yandan hekim dışı sağlık personeli konusunda da ciddi eksiklikler olduğu ve bu konuda da önlemler alınması gerektiği de belirtilmiştir. Mevcut sağlık personeli sayıları şu şekilde sıralanmıştır: 1085 diş tabibi, 1635 ebe, 2197 sağlık memuru, 475 hemşire, 600 köy sağlık memuru, 730 köy ebesi. Ülke nüfusu ve idari yapılanma göz önüne alındığında bu sayıların yetersiz olduğu ve bu personel ihtiyacının karşılanması için sağlık memuru, ebe, hemşire ve laborant okulları açılmasının planlandığı belirtilmiştir.¹⁹⁹

Bir diğer başlıkta “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 belediyeler 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. Bu durum hastaların hayatını, bulaşıcı hastalık hallerinde ise etrafındakilerin sağlık durumunu tehlikeye atmaktadır. Bu hastaların bir kısmı bakılabilmek için birçok fedakârlıklara katlanarak büyük şehirlere gitmekte ve çok kere buralarda da boş yatak bulamayarak otel ve han köşelerinde perişan olmaktadır. 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 geliştirilecektir.²⁰⁰

Bir diğer önemli başlık ise, “Bütün illerimizi içine almak üzere yurdumuzun yedi bölgesinde personel ve teşkilat bakımından birer Tıp Fakültesine çekirdek olabilecek

¹⁹⁸ a.g.b. s 14

¹⁹⁹ a.g.b. s 15-16

²⁰⁰ a.g.b. s 16-18

kudrette ve her türlü sıhhi ve sosyal ihtiyaçları karşılayacak şekilde yeni tesisler kurmak ve işletmek” şeklindedir.

Planda ülkede bulunan hasta yatak sayıları diğer başka ülkelerdeki yatak sayıları ile karşılaştırmalı olarak şu şekilde verilmiştir: “*Askeri hastaneler hariç, devlet, özel idareler, belediyeler. Azınlıklar, dernekler ve şahıslara ait hastanelerde bu gün ceman 16.364 yatak vardır. Bu hesaba göre bizde on bin nüfusa 8,68 yatak isabet etmektedir. Hâlbuki 1937 istatistiklerine göre 10.000 nüfusa İngiltere’de 154, Norveç’te 142,2, Danimarka’da 139,2, İsveç’te 113,9, Almanya’da (verem hastaneleri hariç) 95,3, Birleşik Amerika’da da 91,5 yatak düşmektedir. Hayat şartları bize daha yakın olan Balkan ve orta şark devletleri de hastane mevcutları bakımından bizden çok daha elverişli durumdadırlar. Nitekim bu nispet Filistin’de 53,3, Yugoslavya’da 24,8, Yunanistan’da 21,2, Bulgaristan’da 20,6, Mısır’da 15,4, Irakta da 11,6’dır.*”²⁰¹

Bu istatistikler de göstermektedir ki Türkiye’de hasta yatak sayıları diğer ülkelere oranla oldukça yetersizdir.

Ayrıca hastanelerin ülke genelinde dağılımı konusuna da açıklık getirilmiş ve hastanelerin çoğunun büyük şehirlerde toplanmış olduğu belirtilmiştir. Örneğin sadece İstanbul’daki hasta yatağı sayısınının 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.²⁰²

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 sonra bu bölge sınırları içindeki şehir be kasabaların en uygun görülen yerlerinde kurulacaktır. Bu kurumlar bir taraftan da illerdeki ikincil merkezlerin en kuvvetli yardımcıları olarak çalışacaklardır.²⁰³ Bu bağlamda aşağıdaki sağlık ve sosyal yardım kurumlarının kurulması planlanmıştır.²⁰⁴

²⁰¹ a.g.b. s 18-19

²⁰² a.g.b. s 19

²⁰³ a.g.b. aynı yerde.

²⁰⁴ a.g.b. s 20-23

- Bölge Genel Hastaneleri: Ana bölgelerde çevre illerden gelecek g-hastalara hizmet verecek olan 500 yataklı hastaneler şeklinde kurulması planlanmıştır.
- Akıl ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri: Her bölgede 300 yataklı hastaneler şeklinde kurulması planlanmıştır.
- Çocuk Hastalıkları Hastaneleri: 7 ana bölgede 300 yataklı hastaneler şeklinde kurulması planlanmıştır.
- Çocuk Yuvaları: Daha çok çalışan kesimin çocuklarına gündüz bakım olanağı sağlamak amacıyla kurulması planlanan kurumlardır.
- Doğum Evleri: Yine bahsedilen 7 ana bölgede 200 yataklı hastaneler şeklinde kurulması planlanmıştır.

Bu sağlık kurumlarının yanı sıra başta verem olmak üzere bulaşıcı hastalıklarla mücadele amaçlı sağlık kurumları kurulması da planlanmıştır. Çünkü dönem istatistiklerine bakıldığında ülke genelinde her yıl sadece verem hastalığından yaşamını yitiren insan sayısı 40-50 bini bulmaktadır. Buna diğer bulaşıcı hastalıklardan ölümler de eklendiğinde ülke nüfusunun önemli bölümünün her yıl bulaşıcı hastalıklar sebebiyle yok olduğu görülmektedir. Bu hastalıklardan korunmak ve hastalıklara yakalanan vatandaşları tedavi ettirmek amacıyla aşağıdaki sağlık kurumlarının plan kapsamında kurulması öngörülmüştür.²⁰⁵

- Verem Dispanserleri: daha çok 1. basamak sağlık hizmeti sunması planlanan bu sağlık kurumları buldukları bölge halkının verem hastalığı bağlamında takibini yaparken hastalık teşhisi konulan kişilerin 2. basamak sağlık kurumlarına sevkini sağlamakta aynı zamanda tedavisini tamamlamış hastaların da takibini yapmaktadır.
- Prevantoryumlar: Özellikle vereme istidadı görülen çocuklar ile kapalı veremli olarak tabir edilen tutuklu ve yükümlülerin tedavisi amacıyla kurulması planlanan kurumlardır. Yine bu kurumların da her bölgede 100 yataklı şekilde kurulması planlanmıştır.
- Sanatoryumlar: Her bölgede 300 yataklı olarak kurulması planlanan bu sağlık kurumlarında dışarıdan bağımsız olarak tedavisi mümkün görülen verem hastalarının tedavilerinin yapılması planlanmıştır.

²⁰⁵ a.g.b. s 24-31

- Verem Hastaneleri: Hastalıkları ilerlemiş olan kişiler için her bölgede 250–300 yataklı olarak kurulması planlanan bu hastanelerde hastaların acılarının azaltılması amacının yanı sıra hastalığın yayılmasının da önüne geçmek de amaçlanmaktadır.
- Frengi Savaşı ve Zührevi Hastalıklar Dispanserleri: Özellikle zührevi hastalıkların yoğun biçimde görüldüğü bölgelerin genelinde ve il ve ilçelerde frengi ve diğer zührevi hastalıklar ile mücadele amacıyla her biri 10 yataklı olmak üzere dispanserler açılması planlanmıştır.
- Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklar Hastaneleri: Her bölgede 100'er yataklı olarak kurulması planlanan bu hastanelerde hem tifo, tifüs, kızıl, kızamık, difteri, çiçek, kolera, veba ve benzeri hastalıklara yakalanan kişilerin tedavilerinin yapılması hem de bu hastalıklarla mücadele konusunda halkın bilinçlendirilmesi çalışmalarının yapılması planlanmıştır.

Bu sayılan sağlık ve sosyal yardım kurumlarının yanı sıra aşağıda belirtilen kurumların kurulması da plan kapsamındadır:²⁰⁶

- Dinlenme Yurtları,
- Yaşlılar ve Düşkünler Yurtları,
- Dilsiz ve Körler Kurumu,
- Tropikal Enstitüler,
- Sağlık Memurları, Hemşire ve Ebe Okulları
- Bölge Hijyen Enstitüleri,
- Sağlık Müzeleri,
- Yıkanma ve Temizlenme Yerleri,
- Personel Lojmanları,

- Sağlık Merkezleri: Planın en çok önem verilen sağlık kurumu olması nedeniyle ve Demokrat Parti döneminde kurulan sağlık merkezleri ile karşılaştırma yapılabilmesi amacıyla sağlık merkezleri üzerinde ayrıntılı olarak durmak gerekmektedir.

Planda sağlık merkezleri ile ilgili olarak: *“Birçok ileri memleketlerde bugün koruyucu hekimliğin temel taşıını sağlık merkezleri teşkil ettiğine göre yurdumuzda da*

²⁰⁶ a.g.b. s 29-39

*yapacağımız sağlık inkılâbını salâhiyetle yaratacak ve yaşatacak olan bu müesseselerdir. Yeni kurulacak sağlık teşkilatımızın çalışmalarında koruyucu hekimlik tatbikatının hemen tamamının ve tedavi işlerinin kendi yetkisi dâhilinde konularını üzerine alacak olan sağlık merkezleri, bütün bu kurumların faaliyetlerinde bel kemiği ödevini görecektir. Sıhhi hizmetleri en ileri gitmiş milletlerde sağlık merkezleri yalnız koruyucu hekimlik işleriyle meşgul oldukları halde halk sağlığına yardım işlerinin yeter derecede inkişaf etmediği devletlerde bu tesisler hem tedavi edici hekimliği, hem de ana ödevleri olan koruyucu hekimliği bir arada yürütürler.*²⁰⁷ denilmesinden de anlaşılacağı üzere ülke genelinde kurulması planlanan sağlık merkezleri bu planın temel kurumu olarak görülmekte ve hem koruyucu hem de tedavi edici hizmetlerde bu kurumlardan faydalanılacağı anlaşılmaktadır.

Planda sağlık merkezleri ile ilgili olarak ayrıca, ülke genelinde her kırk köyde bir sağlık merkezi kurulması planlanmakta ve bu merkezlerin, kurulduğu yerlerde yaşayan bütün halkı birey ve aile olarak, tutacağı sosyal ve tıbbi fişlerle tanıyacağı ve onları sosyal ve sağlık bakımından inceleyeceği belirtilmiştir. Bu suretle bu merkezlerin bireyi anne karnından başlamak üzere ele alacağı ve hayatının sonuna kadar sağlıklı olarak yaşamasını sağlamaya çalışacağı vurgulanmıştır. Merkezlerin bu amaca ulaşabilmek için ise bireylerin hastalanarak, kendisine başvurmasını beklemeksizin, hekim, ziyaretçi hemşire ve ebe gibi gezici personeli ile halkı evinde kontrol edeceği ve halk sağlık eğitimine önem vereceği belirtilmiştir.²⁰⁸

Plana göre sağlık merkezleri kendi hizmet verecekleri çevrenin sağlık şartlarını iyileştirme, tıbbi ve sosyal tüm hastalıkları ortaya çıkarma ve kontrol altında bulundurmak, bulaşıcı ve salgın hastalıkları ise yok etmekle, kısacası bulunduğu alanın bütün sağlığını korumak ve her yönden sıhhi kalkınmayı sağlamakla görevlidirler.²⁰⁹

Plana göre, sağlık merkezlerinin kurulacağı yerlerde sıtma, trahom, frengi, nekatoryaz ve diğer sosyal ve bulaşıcı hastalıklarla savaş yapan kurullara ihtiyaç kalmayacak ve bunların masraf ve personeli de tasarruf edilmiş olacaktır.

Planda sağlık merkezlerinin çalışma programı şu şekilde özetlenmiştir.²¹⁰

- Anne ve çocuk himaye ve hijyeni,
- Birey hijyeni,

²⁰⁷ a.g.b. s 35

²⁰⁸ a.g.b. s 36

²⁰⁹ a.g.b. s 37

²¹⁰ a.g.b. 37-38

- Bulaşıcı ve salgın hastalıklardan koruma,
- Keyif verici zehirlerle mücadele ve sosyal hijyen
- Okul ve okul çocukları hijyeni,
- Sıhhileştirme (sanitation) işleri (içme suyu, lâğım, apteshane, sulama, bataklıkların ıslahı, temizlik işleri, gübre ve süprüntüler ve her çeşit arazi ıslahatı)
- Halkın sağlık ve yaşama bilgilerini kuvvetlendirmek ve zararlı göreneklerini kırmak ve düzenlemek için film, ders, gösteri, ziyaretçi öğütleri ve her türlü vasıtalarından istifade ederek aydınlatma.
- Yukarıda sıralanan koruyucu hizmetlerin görülmesi sırasında rastlanacak her türlü hastalıkların tedavisini elindeki imkânlar ve yetkisi oranında sağlamak.

Plana göre, hastalardan gerek uzman hekim bakımına ihtiyacı olanlar ve gerekse bölge merkezlerinin çeşitli sağlık kurumlarında yatırılmaları gerekenler, tedavi için en kıymetli şey olan ilk zamanları kaybedilmeden bu sağlık kurumlarına gönderilecektir. Ayrıca merkezler tarafından özellikle verem ve zührevi hastalıklarla diğer sosyal hastalıklar birey sağlığını ve milli sağlığı tehdit eden sıtma, trahom ve saire gibi konular da önemle ele alınacaktır.²¹¹

Planda sağlık merkezlerinin faaliyetlerine başladıkları günden itibaren, ülkenin her yerinde, her bakımdan büyük bir sağlık kalkınması göze çarpacağı vurgulanmıştır.²¹²

Sağlık merkezlerinin kurulacağı yerler ile ilgili olarak ise, merkezlerin her bölgede nüfus ve köy sayısı ve bunlar arasında ulaşım kolaylığı ve imkânları göz önüne alınarak kurulacağı planlanmıştır.

Personele sağlanacak olanaklar ile ilgili olarak, sağlık merkezinin kuruluşunda kurum binasıyla, doktor evlerinin ve diğer personelin yatma yerlerinin de ele alınacağı ve halkın bireysel ve toplu bir halde temizlenmesinin de sağlanacağı vurgulanmıştır.²¹³

Plana göre, on yılda gerçekleşecek olan planla, bir taraftan ana bölgelerdeki tesisler öte yandan sağlık merkezleri sayesinde hem ülke sağlığı bakımından büyük bir kalkınma

²¹¹ a.g.b. s 38

²¹² a.g.b. aynı yerde.

²¹³ a.g.b. s 39

elde edilecek, hem de hastaların faydalanabilecekleri yatakların sayısı 10,000 kişiye 24 olması suretiyle bazı Balkan devletlerinin yatak sayısına ulaşılmış olacaktır.²¹⁴

Ayrıca planda Milli Savunma Bakanlığı elindeki ülke içi sabit hastanelerle iktisadi devlet teşekkülleri, Devlet Demir Yolları, endüstri kurumları ve benzer resmi veya yarı resmi idareler elindeki hastanelerin de Bakanlık tarafından idare edilmesi gerektiği belirtilerek, bu kurumların da Bakanlıkça idare edilmesine başlanıldığı zaman her 10,000 kişiye düşen yatak oranının daha da artacağı, yönetim masrafları ve personel bakımından da büyük tasarruflar sağlanacağı ve böylece hekimsiz olan bölgelere daha kolay bir şekilde hekim gönderilebileceği belirtilmiştir.²¹⁵

Sağlık ve Sosyal Yardım Kurumları açısından mevcut durum ile plan sonrası durumu gösteren tablo aşağıdaki şekildedir:²¹⁶

Devlete, özel idare ve belediyeye ait müesseseler	Bu günkü durum		Milli Sağlık Planına göre elde edilecek durum	
	Yatak sayısı	On bin nüfusa oranı	Yatak sayısı	On bin nüfusa oranı
Genel hastaneler	5.795	3	9.295	5
Çocuk hastaneleri	240	0,13	2.540	1,4
Verem Sanatoryum ve hastanesi	480	0,25	4.680	2,5
Preventoryum	190	0,1	890	0,5
Doğumevleri	345	0,18	1.745	1
Akıl ve Sinir hastalıkları hastaneleri	2.720	1,4	4.820	2,6
Bulaşıcı hastalıklar hastaneleri	385	0,2	1.085	0,6

²¹⁴ a.g.b. aynı yerde.

²¹⁵ a.g.b. s 40

²¹⁶ a.g.b. s 40

(cüzam dâhil)				
Çocuk yuvası	-	-	700	0,4
Dinlenme yurtları	-	-	1.400	0,8
Sağır -Dilsiz ve Körler Kurumu	120	0,06	820	0,5
Yaşlılar ve düşkünler yurdu	200	0,1	700	0,4
Sağlık merkezleri	100	0,05	10.000	5,3
Zührevi hastalıklar	360	0,2	1.560	0,9
Trahom	225	0,12	225	0,12
Toplam	11.160	6	40.460	24

Yukarıda bahsi geçen sağlık kurum ve kuruluşlarının yanı sıra Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Kurumu'nun ve Hıfzıssıhha Okulu'nun modernizasyonu da planın diğer amaçlarındandır. Daha önce de bahsedildiği üzere Hıfzıssıhha Kurumu aşı ve serum hazırlamak gibi önemli görevler üstlenmekte iken plan çerçevesinde kurumun görev alanının genişletilmesi öngörülmektedir. Örneğin verem, kanser gibi hastalıklarla yapılacak mücadele esaslarının hazırlanması, uygulamaların kontrolü ve sonuçların değerlendirilmesi gibi yeni ve önemli görevlerinin olması öngörülmüştür. Bunun yanı sıra Hıfzıssıhha Okulu ile ilgili olarak ise okulun tıbbi yeniliklerin takipçisi olması ve bu konularda sağlık personelini bilgilendirmesi, kalifiye sağlık personeli yetiştirmesi gerektiği belirtilmiştir. Ayrıca bu okulda görev yapmakta olan sağlık personeli yetiştirme görevi bulunan uzmanların başka alanlara yönelmemeleri ve sadece sağlık personeli yetiştirme ve bilimsel çalışmalar yapmaları amacıyla özlük haklarında düzenlemeler yapılması öngörülmüştür.²¹⁷

²¹⁷ a.g.b. s 41-42

Bu kadar kapsamlı olması düşünölen Sağlık Planının tam anlamıyla uygulanması için öngörölen süre adından da anlaşılacağı üzere 10 yıldır. İlk etapta kırk köyde bir olmak üzere sağlık merkezlerinin kurulması ile başlanması düşünölmüş olan plana göre ikinci olarak köy gruplarının sayısı artırılacak, bir yandan da il merkezlerinde kurulması planlanan sağlık kurumları nüfus yoğunluğuna göre kademe kademe illerden ilçelere doğru götürölecektir. Böylece tüm ölkede yirmi yıl gibi bir süre içinde koruyucu ve tedavi edici sağlık kurumlarına kavuşmuş olacaktır.²¹⁸

Planda göröldüğü üzere uygulama için bir mali analiz de yapılmıştır. Yapılan bu analiz Bakanlık tarafından yaptırılan benzer tesislerin maliyetlerine ve mevcut personel maliyetlerine dayanılarak günün rayicine göre yapılmıştır. Yapılan analize göre toplamda 600 milyon lira toplam maliyet hesabı yapılmıştır. 1947 yılı Bakanlık bütçesinin 41.807. 455 lira olduğu göz önünde bulundurulduğunda bu maliyetin Bakanlık bütçesi ile karşılanamayacağı görölmektedir. Bu sebeple yine planda Sağlık “Planının Para Kaynakları” başlığı altında bu maliyetin nasıl karşılanabileceği de değerlendirilmiş ve sonuç olarak, yeni kaynaklar bulunması gerektiği belirtilmiştir.²¹⁹

Kaynak bulmak amacıyla öncelikle yabancı ölkelerde başarı ile uygulanan hastalık sigortası uygulamasının Türkiye’de uygulamaya geçirilmesi ve dereceli olarak yurdun tamamına yaygınlaştırılması ve bunun sonucunda bir “Sağlık Sandığı” kurulması planlanmıştır.²²⁰

İkinci olarak 250 milyon lira sermayeli bir “Sağlık Bankası” kurulması kararlaştırılmış ve bunun için özel bir kanun tasarısı hazırlanmıştır. Bankanın asıl sermaye kaynağının ise bataklıkların kurutulması ve bunun sonucunda ortaya çıkacak olan toprakların bu bankaya mal edilmesi suretiyle sağlanması planlanmıştır.²²¹

Yukarıda da açıklandığı üzere 1946 yılında kamuoyuna açıklanan 1. 10 Yıllık Milli Sağlık Planı uygulamaya sokulamamıştır. Doktor Behçet Uz’un kendi deyimiyle planın uygulanamama nedeni siyasal, sosyal ve ekonomik yönlerden son

²¹⁸ a.g.b. s 45-46

²¹⁹ a.g.b. s 51

²²⁰ a.g.b. s 52

²²¹ a.g.b. s 53-54

derece kapsamlı ve masraflı olmasıdır.²²² Ayrıca planın fikir babası olan Doktor Behçet Uz'un 1948 yılında Sağlık Bakanlığı görevinden ayrılmasının da etkili olduğu söylenebilir. Ancak asıl sebep Behçet Uz'un da söylediği gibi planın çok kapsamlı ve masraflı olmasıdır. Ayrıca, planın tümünden uygulaması bir yana plan dâhilinde olan herhangi bir konuda da önemli adımlar atılmadığı görülmektedir. Behçet Uz'un Bakanlıktan ayrıldığı 1948 yılına kadar sadece bir sağlık merkezinin açılabilirdiği görülmektedir.²²³

Milli Sağlık Planı Türkiye Büyük Millet Meclisinde ilk tanıtıldığında beğeni ile karşılanmış ise de çok geçmeden gerçekleştirilemeyecek kadar hayali olduğu gerekçesiyle milletvekillerince eleştirilmeye başlanmıştır.

Plan tanıtıldıktan sonra 1947 yılı bütçe görüşmeleri esnasında milletvekillerince değerlendirildiği görülmektedir. 26 Aralık 1946 tarihinde Sağlık Bakanlığı bütçesi görüşülürken Amasya Milletvekili Ahmet Eymir Planla ilgili olarak şunları söylemiştir: *"...Sayın Sağlık Bakanının bütçe müzakerelerine rastlayan şu günlerde gözlerimizin önüne serdiği birinci on yıllık sağlık planı ile yurdun çeşitli yerlerine büyük ve mütekâmil sağlık tesisleri yapılacağını ve özel idarelerin ellerinde bulunan hastanelerin tamamen umumi muvazeneye alınacağını müjdeliyor. Planın ana hatları geniştir, ümit vericidir, genel sağlığı kavrayan büyük bir iştir. Tahakkukunu dilerim, candan dilerim."*²²⁴ Maraş Milletvekili Hasan Reşit Tankut ise konuşmasında Planı şöyle değerlendirmiştir: *"... plan bu gün için memlekette ciddiye lazımlı olduğuna inandığım ileri, kati ve başarılı hamleyi ifade eden bir eserdir. Onu bilgin insanlar memleket ve meslek aşkı ile yazmışlar. Bu plan, memlekette sağlık durumunu ve bu durumu sağlamak ve ileri götürmek için gerekli olan her şeyi bihakkın kavramış kafaların mahsulüdür."*²²⁵

Bir yıl sonraki bütçe görüşmelerine bakıldığında ise planın ağır eleştirilere maruz kaldığı görülmektedir. Örneğin Maraş milletvekili Kamil İdil konuşmasında planla ilgili şu eleştirilerde bulunmuştur: *"... velhasıl neresinden tutsanız sarsıntılar geçiren ve devamlı surette inhitata doğru giden bu müessesenin Amerika gibi zengin bir memleketin mensubu mütehassısların bile ancak bir hayal, tatlı bir rüya olarak*

²²² Zafer Öztekin, "Doktor Behçet Uz ile Son Söyleşi", s 8- 14

²²³ Aydın, a.g.e, s 62.

²²⁴ TBMM Tutanak Dergisi, Devre 8, C.3, 26.12.1946, s 552

²²⁵ TBMM Tutanak Dergisi, Devre 8, C.3, 26.12.1946, s 553

*telakki ettiği bir Milli Sağlık Planı vardır.*²²⁶ Yine Gaziantep milletvekili Muzaffer Canbolat planla ilgili şunları söylemiştir: “... *Şimdi sağlık bütçemize umumi bakışta biz görüyoruz ki bu günkü ihtiyaca kâfi gelmiyor. Bir revizyona tabi tutulmalıdır. Bunu Sağlık Bakanımız da hissetmiş ve bir plan hazırlamıştır. Her yeni şeyde olduğu gibi bu plan hakkında da konuşulan şeyler aynıdır. Mesela bir yeni ihtila husule gelir, buna derler ki, bu evvelce bilinen bir şeydi, yeni bir şey değildir, böyle bir şey yoktur yahut da kabili tatbik değildir. Aynı şeyi yeni olması itibarıyla Milli Sağlık Planı hakkında da gerek hariçte, gerek içimizde düşünen, temas eden arkadaşlarımız mevcuttur.*”²²⁷

Yukarıda sayılan nedenler dolayısıyla uygulama alanı bulamamış olan bu plan, öncelikle düşünce bazında da olsa Türkiye’de ideal bir sağlık sisteminin nasıl olması gerektiğini göstermesi açısından önemlidir. İkinci olarak, Plan, bazı kavramların Türkiye’de ilk kez gündeme getirilmiş olması nedeniyle önemlidir. Bu plana göre, her 20.000 nüfus (ya da 40 köy) için bir “sağlık merkezi” kurulacaktır. Sağlık merkezleri hem evde ve ayaktan hem de yatırarak hasta tedavisi yapacaktır. Hekimler çevredeki yerleşim yerlerini dolaşarak mobil hizmet vereceklerdir. Böylece nüfusa göre örgütlenme ilkesi ilk kez gündeme gelmiştir. Plana göre ülkede 7 tıp fakültesi kurulması, her fakülte bünyesinde, hastanenin besin ihtiyacını karşılamak üzere bir çiftlik, sağlık personeli yetiştirilmek üzere bir yetimhane ve sağlık hizmetlerini finanse etmek üzere bir “Sağlık Bankası” düşünülmüş olması planın eksiksiz bir şekilde hazırlanmış örnek bir çalışma olduğunu göstermektedir.²²⁸

Konu ile ilgili olarak Doktor Behçet Uz’un Bakanlık yaptığı dönemin hükümet planlarına bakılacak olursa;

14 Ağustos 1946 tarihli Recep Peker Hükümetinin programında sağlık konusunda hükümetin politikası şu şekilde açıklanmaktadır: “*Milletçe varlığımızın temellerinden olan sağlık ve sosyal yardım işlerine gelince: Bulaşıcı hastalıklarla, trahom, sıtma, verem, frengi gibi sosyal dertlere karşı koruyucu savaş vasıtalarımızı ve teşekküllerimizi kuvvetlendirecek ve tekemmül ettireceğiz. Sağlık müesseselerimizi mahalli ihtiyaçlara uygun ve teşkilatta çalışanların görevlerini daha verimli kılacak*

²²⁶ **TBMM Tutanak Dergisi**, Devre 8, C.8, 30.12.1947, s 719

²²⁷ **TBMM Tutanak Dergisi**, Devre 8, C.8, 30.12.1947, s 731

²²⁸ Zafer Öztek, Düünden Bugüne...

*tarzlarda tertipleyeceğiz. Bu yoldaki çalışmalarımızı hekim ve vasıtalarımızın yettiği kadar kasabalara ve köy gruplarına kadar götüreceğiz. Sağlık kurumlarına lüzumlu uzman hekim, eczacı, hastabakıcı, ebe ve hemşire gibi elemanların yetiştirilmesini devamlı olarak takip edeceğiz. Kimsesiz çocukları koruma işini layık olduğu önemle ele alacağız.*²²⁹

13 Ekim 1947 tarihli Hasan Saka Hükümetinin programına bakıldığında: *“Hiç şüphe yok ki, bütün icraatında partimiz programına bağlı kalan hükümetimiz, sağlık işlerinin ve milli eğitimin gelişme şartları üzerinde ehemmiyetle duracağı gibi, işçi ve çalışma hayatını nizamlama ve sosyal emniyeti sağlama meseleleri ile de yakından alakadar olacaktır.”*²³⁰

18 Haziran 1948 tarihli Hasan Saka Hükümetinin programında ise sağlık ile ilgili herhangi bir açıklama bulunmamaktadır.

Görüldüğü üzere Doktor Behçet Uz’un bakanı olduğu hükümet programlarında dahi Milli Sağlık Planı ile ilgili herhangi bir açıklama bulunmamaktadır.

Sonuç olarak, hazırlanmış olan 1. 10 Yıllık Milli Sağlık Planı düşünceden fazla öteye geçememiştir.

2.1.2. Bakanlık Taşra Hizmet Birimlerinin Çeşitliliğin Ortaya Çıkması

Sağlık Bakanlığı'nın hizmet kapsamı genişledikçe teşkilatlanması son derece karmaşık bir şekilde sürdürülmüştür. 1. bölümde de bahsedildiği üzere, 1871 yılında memleket tabiplikleri sistemi kurulmuş ve daha sonra bu sistem hükümet tabiplikleri adını almıştır. Bunun yanı sıra yine yukarıda da belirtildiği üzere dikey örgütlenme şeklinde bulaşıcı ve salgın hastalıklar ile mücadele örgütleri kurulmuş ve faaliyetlerini devam ettirmiştir. Bunlara bir de sağlık merkezlerinin eklenmesi sonucunda Bakanlık taşra örgütünde birbirinden bağımsız çalışan üç ayrı hizmet birimi ortaya çıkmıştır.²³¹

²²⁹ İsmail Arar, **Hükümet Programları (1920-1965)**, Tipo Neşriyat ve Basımevi, Burçak yay. İstanbul, 1968, s 183-184

²³⁰ A.g.e., s 196

²³¹ Aydın, **a.g.e.** s 66

Taşra örgütündeki bu çeşitlilik öncelikle insan ve madde kaynaklarının israfı gibi sorunlar doğurmuştur. Yüksek hizmet maliyetine, düşük verime ve personel israfına neden olmakta olan bu sorunun önüne geçmek amacıyla Bakanlığın hizmet birimleri arasında işbirliğine gidilmesinin yararlı olacağı görüşü hâkim olmaya başlamıştır.

Bakanlık 1948 yılında taşrada farklı hizmet örgütlerinin işbirliği yapması kararını almıştır. O güne dek birbirlerinden ayrı olarak hizmet vermiş olan Bakanlığın taşra birimlerinin belli bir işbirliği içerisinde çalışmaları kararlaştırılmış, taşradaki sağlık müdürleri ile sıtma, trahom ve frengi savaşı başkanlarının ortak çalışma programları hazırlamaları benimsenmiştir. Bakanlığın ilgili genelgesine göre “Bütün sağlık teşekküllerinin elbirliği ile bu işe sarılarak memleket için çok hayırlı neticeler elde edilecektir.”²³² Bundan sonra taşrada bulunan bulaşıcı ve salgın hastalık örgütlerinin bu hastalıklarla savaşı sürdürürken bir yandan da koruyucu nitelikteki “genel sağlık hizmetleri” vermesi uygulamasına geçilmiştir.²³³

Taşra birimlerindeki işbirliğinin yanı sıra “hizmet mekânı” anlamında bir arada bulunmalarına karar verilmiştir. Taşra hizmet birimlerinin işbirliği gelişirken, bu birimlerin hem koordinasyonunun kolaylaştırılması hem ayrı binalarda görev yapmalarından doğan masrafları azaltmak gibi nedenlerle tüm birimleri aynı çatı altında toplamak kaçınılmaz olmuştur. Böylelikle, örneğin, Bakanlık kirada oturan birimler için ayrı ayrı kira ödemekten kurtulmuştur.

2.1.3. 1945-1950 Arası Vekâlet Bütçesi ve Konsolide Devlet Bütçesi Rakamları

Vekâletin yıllar itibarıyla bütçe rakamlarına aşağıdaki gibidir:²³⁴

Yıllar	Konsolide Bütçe Milyon TL	Sıhhiye Vekâleti Bütçesi Milyon TL	Bütçe Payı %
1945	755,3	17,9	2.4

²³² Bakanlığın 17.07.1949 tarihli ve 3395 sayılı **Genelgesi**

²³³ Aydın, **a.g.e.** s 67

²³⁴ **Sağlık Hizmetleri (1980-1993), Glir-Kadrolar-Tedavi Yardımları.....s 40**

1946	1.252	32,8	2.6
1947	1.488,8	42	2.8
1948	1.673	47,7	2.9
1949	1.769,2	52,5	3.0
1950	1.901,9	56,7	3.0

Tabloda görüldüğü üzere bu dönemde Vekalet bütçesi konsolide devlet bütçesine oranla yüzde 3'ü geçememiştir. Birinci 10 yıllık Milli Sağlık Planının uygulamaya girememesinin en önemli nedeninin bütçe kısıtı olduğu bu tabloda da açıkça görülmektedir.

2.2. Demokrat Parti Dönemi

Bilindiği üzere 14 Mayıs 1950 tarihinde yapılan genel seçimler sonrasında Türkiye'de Demokrat Parti (DP) iktidara gelmiştir. Aşağıda da ayrıntılı olarak görülebileceği üzere DP'nin sağlık alanında önceki dönemlere göre farklı uygulamaları olmuştur.

2.2.1. Sağlık Merkezlerinin Yaygınlaştırılması

29 Mayıs 1950 tarihli Adnan Menderes Hükümetinin programına bakıldığında yeni dönemde sağlık politikaları ile ilgili ne gibi düzenlemeler yapılacağı konusunda ipuçları bulmak mümkündür: *“Sıhhat işlerimizin hatta komşu memleketlere nispetle ne derece ihmal olunduğu ve hususiyile köylümüzün sağlık meselesi hakkında hemen hiç bir şey yapılmadığı acı bir hakikattir. Bu vaziyeti göz önüne alan Hükümetimiz, bir taraftan şehirlerimizdeki hastanelerin tanzimine ve çoğaltılmasına çalışırken, diğer taraftan da köylümüzün tıbbi ve sıhhi ihtiyaçlarının tatminini ehemmiyetle ele almak kararındadır. Yeni portatif hastaneler ve sağlık merkezleri tesisi hususunda şimdiden teşebbüslere geçmiş bulunuyoruz. Verem, sıtma ve sair bu gibi içtimai bir musibet halini alan hastalıklara karşı daha geniş ve ciddi bir mücadele programı hazırlamak ve bu arada koruyucu tababete lâyık olduğu ehemmiyeti vermek azmindeyiz. Bu tedbirler, memleketin iktisadi kalkınmasıyla ve*

halkımızın yaşayış şartlarının yükselmesiyle mütenasip olarak umumi sıhhat durumumuzun da iyiliğe doğru gitmesini temin edecektir."²³⁵

Görüldüğü üzere yukarıda da bahsedildiği gibi Demokrat Parti, Doktor Behçet Uz'un 1. 10 Yıllık Milli Sağlık Planında da adı geçen Sağlık Merkezlerine ağırlık vereceğini ve bunun yanında şehirlerdeki hastanelerin düzenlenmesine ve çoğaltılmasına ağırlık vereceğini hükümet programında beyan etmektedir.

Demokrat Parti Hükümetleri, taşra sağlık örgütlenmesi için sağlık merkezlerinin yaygınlaştırılması politikasını benimsemiştir. Böylelikle yukarıda bahsi geçen Etimesgut örneğindeki gibi sağlık merkezlerinin yapımı hızlanmıştır. Sağlık merkezi yapım ve çalışmasının hızlandığı bu dönemin özelliği, sağlık sisteminde bütüncül bir değişiklik öneren programlar hazırlama yerine pratikteki ihtiyaçları karşılayacak bir yapılanmanın sürdürülmesi ve böylelikle kendiliğinden oluşan bir teşkilatlanmaya gidilmesidir. Bu dönemde sayıları artan sağlık merkezlerinin işleyişlerine dair herhangi bir değişiklik olmamış, sağlık merkezlerinde yine koruyucu sağlık hizmetleri verilmiştir. Bunun yanında imkânları ölçüsünde tedavi edici tıbbi hizmetler de vermeye devam etmiştir. Yatak sayıları 10 ile 20 arasında değişen sağlık merkezlerinin koruyucu sağlık hizmetlerindeki görevleri şu şekildedir:²³⁶

— Doğum, ölüm ve hastalık kayıtlarını tutmak;

— Anne ve çocuk sağlığını korumak;

— Halkın bulaşıcı ve hastalıklara karşı muafiyetini sağlamak;

— Bulaşıcı hastalıklarla savaşmak ve özel mücadele örgütü bulunmayan yerlerde sıtma, frengi, trahom ve ankilestoma gibi toplumsal hastalıklarla mücadele etmektir.

Sağlık merkezleri buldukları şehir ve ilçe merkezlerinde tüm bu görevleri yerine getirmekten sorumludurlar. Şehir ve ilçe merkezlerinin dışındaki koruyucu sağlık hizmetlerinden hükümet tabibi sorumludur. Koruyucu tıpla ilgili ilaçlar, doğuma ait bütün ilaçlar, acil müdahaleler ve ayaktan ya da yataklı olsun tedaviye ihtiyaç duyan tüm fakir hastaların ilaçları parasız olarak sağlık merkezinden

²³⁵ A.g.e. s 221

²³⁶ Aydın, a.g.e, s 63

karşılır. Ellerde taşıt aracı bulunan sağlık merkezleri bu araçları köylerdeki doğumun merkeze getirilmesinde, hastaların hastanelere şevkinde ve ayrıca salgın ve bulaşıcı hastalık ihbarı bulunduğunda hükümet tabibinin hizmetinde kullanırlar. Sağlık merkezlerinde yatırılacak olan hastalar başta doğum hastaları olmak üzere kısa sürede tedavi edilebilecek hastalardır. Birden çok sayıda hekimin bulunduğu sağlık merkezlerinde, hekimlerden birisi başhekim tayin edilmiştir. Yardımcı sağlık personeli ve diğer personel olarak ise hemşire, ebe, sağlık memuru ile şoför, aşçı, çamaşırıcı ve hademeler sağlık merkezinde hizmet yapanlar arasındadır. 1951 yılı itibarıyla ülke genelinde bulunan sağlık merkezleri aşağıda gösterilmiştir.²³⁷

Birinci 10 Yıllık Milli Sağlık Planı açıklanırken de bahsedildiği üzere plandaki öngörülen sağlık merkezleri ile Demokrat Parti döneminde kurulan sağlık merkezleri arasında önemli farklılıklar vardır. Plandaki sağlık merkezlerinin görev kapsamı daha geniştir. Planda ana, çocuk ve birey hijyeni, sosyal hijyen, okul çocukları hijyeni bunun yanı sıra içme suyu, lağım, tuvalet, sulama bataklıkların ıslahı, temizlik işleri, arazi ıslahı gibi konular sağlık merkezlerinin görev alanında iken Demokrat Parti döneminde kurulan sağlık merkezlerinin görev tanımında bu gibi konular bulunmamaktadır. İkinci olarak, plandaki öngörülen sağlık merkezleri koruyucu sağlık hizmetlerinin yanı sıra tedavi edici sağlık hizmetlerinden de sorumlu tutulmuş ve bu sayede personel fazlası elde edilmesi planlanmıştır. Ancak Demokrat Parti döneminde kurulan merkezlerde sadece koruyucu hizmetlere ağırlık verilmiştir. Ayrıca plandaki sağlık hizmetlerinin vatandaşın sağlık bilgisini artırmak yani sağlık propagandası görevi bulunmakta iken diğer merkezlerin böyle bir görevi bulunmamaktadır.

1951 yılı itibarıyla Sağlık Merkezleri

Tesis Adı	İli	Yatak Sayısı
Etimesgut Sağlık Merkezi	Ankara	10

²³⁷ Aydın, a.g.e, s 64-65

Kalecik Sağlık Merkezi	Sağlık	Ankara	10
Kızılcahamam Sağlık Merkezi	Sağlık	Ankara	10
Vezirköprü Sağlık Merkezi	Sağlık	Samsun	10
Kandıra Sağlık Merkezi	Sağlık	Kocaeli	10
Karasu Sağlık Merkezi	Sağlık	Kocaeli	10
Düzce Sağlık Merkezi	Sağlık	Bolu	10
Mudanya Sağlık Merkezi	Sağlık	Bursa	10
Orhaneli Sağlık Merkezi	Sağlık	Bursa	10
Akdağmadeni Sağlık Merkezi	Sağlık	Yozgat	10
Saimbeyli Sağlık Merkezi	Sağlık	Seyhan	5
İskilip Sağlık Merkezi	Sağlık	Çorum	10
Tavşanlı Sağlık Merkezi	Sağlık	Kütahya	10
Nevşehir Sağlık Merkezi	Sağlık	Niğde	5
Buldan Sağlık Merkezi	Sağlık	Buldan	10

Seydişehir Merkezi	Sağlık	Konya	10
Karaman Merkezi	Sağlık	Konya	10
Alaşehir Merkezi	Sağlık	Manisa	10
Elbistan Merkezi	Sağlık	Maraş	10
Arapkir Merkezi	Sağlık	Malatya	10
Darende Merkezi	Sağlık	Malatya	10
Boyabat Merkezi	Sağlık	Sinop	10
Bingöl Merkezi	Sağlık	İl Merkezi	10
Ödemiş Merkezi	Sağlık	İzmir	10
Tire Merkezi	Sağlık	İzmir	10
Divriği Merkezi	Sağlık	Sivas	10
Kalan Merkezi	Sağlık	Tunceli*	
Akçakale Merkezi	Sağlık	Urfa*	
Oltu Merkezi	Sağlık	Erzurum*	

* Kadro bulunamadığı için henüz açıklamamıştır

2.2.2. Bakanlığın 1949–1953 Arası Personel Durumu

Bakanlığın bahsedilen dönemdeki sağlık personeli, yardımcı sağlık personeli, eğitim personeli ve idari personeli sayıları yıllar itibariyle aşağıdaki gibi olmuştur:²³⁸

	1949	1950	1951	1952	1953
Tabipler	1895	1904	1985	2369	2635
Eczacılar	64	68	82	95	100
Diş Tabipleri	23	23	23	23	43
Hemşireler	435	492	615	820	970
Şehir ve Köy Ebeleri	850	850	875	1282	1421
Sağlık Memurları	1527	2016	2239	3080	3588
Öğretmenler	109	109	81	116	116
İdari Memurlar	1152	940	991	1137	1267
Hizmetliler	6312	6251	60120	7764	9028
Toplam	12367	12653	13011	16686	19168

Tabloya bakıldığı zaman personel sayısının yıllar itibarıyla arttığı görülmektedir. Ancak özel sektörde çalışma imkânı olan dış tabipleri sayısında sadece son yılda artış olmuş Milli Eğitim Bakanlığı'nda çalışma imkânı olan öğretmen sayısında ise 1951 yılında düşüş olmuştur.

²³⁸ **Vekâlet'in Sağlık Personeli Durumu**, B.C.A Tarih: 19.03.1954, Fon: 30.01.77.483.6 Yer No: 77.483.6, s 2

2.2.3. Milli Sağlık Programı 1954

Doktor Behçet Uz 1954 yılında ikinci kez Sağlık Bakanı olmuş ve bu kez “Milli Sağlık Programı” adı ile yeni bir milli sağlık planını gündeme getirmiştir. Bu program “1. 10 Yıllık Milli Sağlık Planı”na göre daha dar kapsamlı olarak hazırlanmıştır. Programda sadece sağlık merkezlerine yer verilmiş ve bu kez ülke 16 sağlık bölgesine ayrılmıştır. Finansman konusunda ise bu programda da önceki planda olduğu gibi bir “Milli Sağlık Bankası” kurulması ve “Sağlık Sigortası Sistemi” oluşturulması öngörülmüştür.²³⁹

Milli Sağlık Programının önsözünde ülkenin içinde bulunduğu durum ve hedefler şöyle vurgulanmaktadır:²⁴⁰

1-Nüfusun ortalama yüzde 85’inin yaşadığı kasaba ve köylerin genel sağlığını korumak, kontrol altında bulundurmak ve gerekli önlemleri 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 hastanelerini, modern teçhizatla donatılmak ve yatak sayıları artırılmak suretiyle her bakımdan çağın gereklerine ve aynı zamanda ihtiyaca uygun bir seviyeye eriştirilecektir.

3-Nüfusun, ülke topraklarının genişliğine oranla az ve dağınık olması göz önünde tutularak yer yer tam teşkilatlı ve yeterli 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.

²³⁹ Yusuf Ekrem Özdemir, a.g.m. s 263

²⁴⁰ **Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etüdler**, Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Neşriyatı, No 177 , Ankara, 1954, s 1

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 Türkiye'ye büyük bir nimet teşkil etmek üzere mevcut olduğu halde gerektiği gibi faydalanılamayan kaplıca ve şifalı sular, modern su tedavisi tesisleri haline getirilerek halkımızın istifadesine arz olunacaktır.

Programın gerekçe niteliğindeki ifadeleri şöyledir. “Şurası muhakkaktır ki, Cumhuriyet rejiminin kuruluşundan beri umumi devlet hizmetleri meyanında sıhhat vekâleti de, kendi uhdesine düşen vazifelerin bir kısmını tahakkuk ettirmeye çalışmıştır. Ancak, gerek kuruluş ve gerekse işleme bakımından çok eski bir sisteme dayanan hali hazır teşkilatın, yeni bir revizyona tabi tutularak, bugünün icaplarına ve milli bünyesine uyacak şekilde ayarlanmasında kati zaruret olduğu da aşikâr bir keyfiyettir. Halk sağlığı hizmetlerinin esaslı bir tetkiki yapılırken, her şeyden evvel bunun ciddi ve senelere intikal eden bir programa ve bir milli sağlık planına istinat etmesi lazımdır. Halk sağlığını birinci derecede alakadar eden ve koruyucu tesislerinin temel taşı olan mevcut sağlık merkezlerinin bugünkü yurda dağılışı vaziyeti ve aşağıda tafsil edilecek çalışma tarzları, ortada ciddi tetkike dayanan sabit bir programın olmadığını ve bunların muhtelif tesir ve sebepler altında gelişi güzel ve nisbetsiz olarak tesis edilmiş bulduklarını ispat etmektedir. İşlemekte olan tesislerin bugünün şartlarına ve ihtiyaçlarına tatbik edecek şekilde yeniden tanzim edecek bir programın derhal hazırlanıp tatbik sahasına getirilmesine kati bir lüzum görmekteyiz. Bununla, bir taraftan da yeni kurulacak tesislerle birlikte eskilerini de ıslah ederek, halk sağlığına daha verimli hizmetler sağlamanın mümkün olabileceği kanaatine varmış bulunuyoruz”²⁴¹.

Programdaki ifadelere göre tıbbi tanı, tedavi ve bakım hizmetleri artık yalnız hekimlik işi olmaktan çıkmış; yardımcı sağlık personeliyle birlikte gerçekleşen bir ekip çalışması olması yanında laboratuvarlı, tıbbi malzemeli, teknik donanımlı tesislerin varlığını gerektiren toplumsal düzeyde bir olgu haline gelmiştir. Böylesi toplumsal bir olgunun devleti yakından ilgilendirmemesine imkân yoktur. Bu da

²⁴¹ Milli Sağlık Programı ..., s 3.

devletin dış politika, ekonomi politikası gibi bir de sağlık politikasının olması gerektiği anlamına gelmektedir.

Programın finansman konusuna gelince, yukarıda da bahsedildiği üzere bir “Sağlık Bankası” ve Sağlık Sigortası Sistemi” kurulması öngörülmüş ve bunun için de “Milli Sağlık Bankası Türk Anonim Ortaklığı Kanun Layihası” adıyla bir kanun layihası hazırlanmıştır. Layihanın “Gerekçe” bölümünde özetle şunlar anlatılmıştır.²⁴²

Halkın sağlığını korumanın ve hastalıklarını tedavi etmenin planlı ve programlı çalışma ile başarılacağı, büyük amaçlarla hazırlanan sağlık hizmeti planlarının da, mütevazı bir şekilde başlasa bile dereceli olarak uygun yöntem uygulanarak ilerleme sayesinde başarılı olabileceği,

Ülkenin gerek koruyucu, gerek tedavi edici hekimlik ile ilgili ihtiyaçlarının karşılanmasının da, ancak, esaslı bir sağlık hizmeti planının layığı ile uygulanabilmesi sayesinde mümkün olacağı,

Kamu sağlığı hizmetinin temeli olan tıp bilimi, hijyen bilimi ve sağlık mühendisliği hizmetinin, halkın sağlık durumu ile ilgili sosyal ekonomik faktörler, sağlık hizmetinde görev alan tabip ve yardımcı sağlık personeli ve ilgili diğer konuların ise artık nitelik bakımından olduğu kadar nicelik konusunda da ölçülebilir hale geldiği,

Örneğin, bir ülkede 1000 nüfusa 10 hasta yatağı düşüyorsa orada hastane hizmeti, personelin de nitelikli olması durumunda tam ve mükemmel sayılabileceği, hatta bu durumda 1000 nüfusa 5 yatak düşse bile durumun iyi sayılabileceği,

Ancak iyi veya nitelikli bir sağlık hizmeti sunabilmenin, teknik imkânlarla birlikte mali kaynakların da yeterli olmasına bağlı olduğu, bunun ölçüsünün de koruyucu hekimlik hizmeti için ayrılan ödeneğin devlet bütçesinin onda birinden az olmaması ve tedavi hizmetine harcanan paranın yıllık tutarının milli gelirin yüzde beşine veya daha fazlasına ulaşabilmesi olduğu,

Diğer taraftan planlı ve düzenli bir sağlık hizmetinin halkın sağlığını korumak ve hastalığını iyileştirmesi sayesinde bireylerin akıl ve beden kabiliyetini

²⁴² Milli Sağlık Programı ..., s 31-32.

devam ettirerek ekonomik hayatın gelişmesinde büyük rol oynayacağı, ayrıca, böyle bir sağlık hizmetinin malul ve sakatları rehabilite ederek çalışma kabiliyetlerini iade etmesi dolayısıyla bu vatandaşları topluma yük olmaktan kurtaracağı, sağlık hizmetlerinin yanı sıra sosyal sigortalıların da gelişmesiyle bireylerin hastalık, işsizlik, ihtiyarlık, malullük gibi durumlarda asgari bir gelire sahip olacakları, sosyal emniyet denen bu durumu sağlamak amacıyla günün ileri memleketlerinde milli gelirin yüzde 6'sı ile yüzde 22'si arasında yıllık bir masraf yapıldığı,

Türkiye'de hiç bir zaman sağlık bütçesinin devlet bütçesinin yüzde 5'ini geçemediği, hastane yatağı oranının da 1000 kişiye 1,3 gibi son derece düşük bir miktarda olduğu, bunu, 1000 kişiye 3 yatak seviyesine çıkarabilmek için mevcut yatak sayısına 40.000 yatak ve ona göre personel ilave edilmesi gerektiği ayrıca halkı sağlıklı yaşatabilmek için daha birçok sağlık kurumu ve tesisi gerektiği, bunların gerçekleştirilebilmesi için de o günkü rayiçle bir milyar 100 milyon Türk Lirası ve teşkilâtın sürdürülebilmesi için de 300 milyon Türk lirası harcamak gerektiği,

Bahsi geçen parayı devlet bütçesinden karşılama imkânı olmadığı, buna karşın sosyal emniyet konusundaki mali anlamda çalışmaların yetersiz olduğu, 1948 de yapılan uluslararası bir istatistiğe göre o yıla ait sosyal sigortalara verilen aidat miktarının milli gelirin yüzde 2.18'i, harcamanın ise milli gelirin yüzde 1.43'ü oranında olduğu, aynı tarihte Yunanistan'da sosyal sigortalara verilen aidat miktarının milli gelirlerinin yüzde 4,6'sı ve harcamanın ise milli gelirlerinin yüzde 2.97'si olduğu,

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

Sosyal Sigorta ile ilgili olarak Bankanın görev kapsamı şu şekilde sıralanmıştır:²⁴³

a- Yurtta (Sağlık Sigorta Sandıkları) kurulmasına ve işletilmesine,

b- Sağlık sigortasının ilgililerine yani mecburi ve ihtiyari sağlık sigortasına tâbi olanlara,

²⁴³ Milli Sağlık Programı ..., s 33

- 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.

Programa göre hasta yatakları ile ilgili olarak, Mevcudu 23307 olan genel hastalıklar, verem ve sair hasta yataklarının, 10 yıllık sağlık programının uygulanması sonucunda seksen bine çıkması üzerine bu hastanelerdeki yıllık hasta tedavi günününün 29 milyona yükselmiş olacaktır. Bu yataklardan 55.000'inin ücretli olacağı varsayıldığında bir yılda buna karşılık gelen hasta tedavi gün sayısı 20 milyonu bulacaktır. Bir hasta yatağından en azından günde 10 lira alındığı kabul edildiğinde, sağlık kurumlarından alınacak ücret miktarı yılda ortalama 200 milyon lirayı bulacaktır. Bu miktara hastane ve laboratuvarlardaki poliklinik ve laboratuvar muayene ve tahlillerinden alınacak ücretin de eklenmesi durumunda Sağlık ve Sosyal Yardım kurumlarının yıllık gelirinin 250 milyon liraya yaklaşması ve sağlık kurumlarının on yıl sonraki yıllık 303 milyon liralık işletme masrafının büyük bir kısmının karşılaması mümkün olacaktır.²⁴⁴

Sosyal güvenlik konusunda ise:

T.C. Emekli Sandığının kayıtlarına göre emekliliğe tâbi olup mecburi şekilde sigorta edilecek olan tüm memur ve hizmetlilerin sayısının 270.554 olduğu ve bunların yıllık maaş ve ücret miktarlarının 729.027.960 lira olduğu, diğer taraftan İşçi Sigortalarında kayıtları olan işçilerin ise 1953 yılı Eylül ayı bordrolarına göre 494.024 kişi oldukları, bunlardan 253.370 işçinin ihtiyarlık sigortasına tâbi oldukları ve bütün işçilere yılda verilen ücret miktarının 612.304.283 lira olduğu, bu meblağın 414.535.502 lirasının ihtiyarlık sigortasına tâbi işçilere verildiği ve dolayısıyla zorunlu sigortaya tâbi tüm kurumlar ve İktisadi Devlet Teşekkülleri memur ve müstahdemleri ile ihtiyarlık sigortasına tâbi işçilerin aylık ve yevmiyelerinin yılda

²⁴⁴ Milli Sağlık Programı ..., s 34

1.143.563.462 lira olduğu ve bu miktarın yüzde 4'ü olarak kesilecek olan sağlık sigortası priminin 45.742.538 lira olduğu ve bu miktarın sağlık sigortasının kuruluşunda Sigorta Sandığı için hiç de küçümsenemeyecek bir miktar olduğu ayrıca bu meblağa memurların ödeyecekleri aile primleri ve isteğe bağlı sigortaya gireceklerin verecekleri primler de dâhil edildiğinde, sağlık sigortasının ilk yıllarda bile masrafının kısmen karşılayabilecek bir gelir sağlayabileceği vurgulanmıştır.²⁴⁵

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.²⁴⁶

Kuruluş gerekçesi bu şekilde açıklanan Milli Sağlık Bankası ile ilgili kanun layihasının önemli maddelerine bakılacak olursa:²⁴⁷

Lâihanın birinci maddesi kurulacak Milli Sağlık Bankasının bir anonim ortaklık olacağını göstermektedir. Maddede: *“iktisadi icaplara uygun olarak seyyaliyet ve serbestiyi temin bakımından özel şahısların kurmuş oldukları gibi, banka sermayesinin bir anonim şirket şeklinde kurulması için hükümete yetki verilmiştir.”* Denilmiştir.

İkinci maddeye göre, Milli Sağlık Bankası adı ile kurulacak olan anonim şirket bir ana kuruluş olacak ve diğer bazı işleri branşlarına göre kuracağı diğer ortaklıklara gördürecektir. Diğer bir deyişle hazine bir banka kuracak ve bu banka da; inşaat, sağlık kurumlarının donanımı, malzeme, ilâç ve gıda maddelerinin satın alınması, üretimi, sağlık sigortası primlerini işletme ve kaplıca işletmeciliği, pastörize süt ve çocuk maması tesisleri gibi kendisine verilmiş hizmetleri gördürmek üzere bir takım anonim ortaklıklar kuracaktır.

²⁴⁵ Milli Sağlık Programı ..., aynı yerde

²⁴⁶ Milli Sağlık Programı ..., s 34-35

²⁴⁷ Maddelerin tamamı için bkz. Milli Sağlık Programı ..., s 35-43

Üçüncü madde, bankanın görevlerinden bahsetmektedir. Kurulacak banka, diğer bankalarda olduğu gibi menkul mal ve kıymetler karşılığında kredi vererek vadeli, vadesiz her türlü mevduatı kabul edecek ve çeşitli banka işlemleri yapacaktır.

Yukarıda kapsamlı bir şekilde anlatıldığı üzere bankanın sağlık ile ilgili olarak en önemli görevi, sağlık kurumlarını inşa ve teçhiziyle bunların ihtiyacı olan ilâç ve gıda maddelerini sağlamaktır. Hastane ve diğer kurumlarında malzeme ve teçhizatın sağlanması ve yapılacak binaları daha ucuz şekilde inşa ve tamir ettirebilmek için gerektiğinde inşaat şirketleri kuracak veya bu işleri emin kimseler veya şirketler vasıtasıyla yaptıracaktır. Bundan başka, banka Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekâletinin personel ihtiyacını karşılayabilmek için tıp fakültesine, eczacı ve dişçi okullarına ve diğer mesleki okullara giren öğrencilere burs vermek veya yatılı yurtlar açmak suretiyle okumayı kolaylaştıracak ve bu amaçla yaptığı masrafları daha sonra aylıklarından kestirerek tahsil edecektir.

Bankanın yapacağı işlerden birisi de ülkenin en büyük ve acil ihtiyacı halini alan pastörize süt ve çocuk maması fabrikaları kurmak olacaktır.

Diğer taraftan bu banka vasıtasıyla fenni şekilde işletilmeğe başlanacak olan şifalı kaplıca, soğuk ve sıcak maden suları ve içmeceler de ülkenin belli başlı ihtiyaçlarından birini karşılayacak ve bu şekilde turizmin de gelişmesine yardım edilmiş olacaktır.

Bankanın yapacağı en önemli işlerden biri de sağlık sigortasını kurmak olacaktır.

Dördüncü maddeye göre, diğer milli bankalarda olduğu gibi Milli Sağlık Bankası merkezi de Ankara'da olacak ve ihtiyaç olan yerlerde şube ve ajanslar açılacaktır.

Beşinci maddeye göre, Bankanın faaliyet süresi, kuruluş niteliği göz önünde bulundurularak benzer kurumlarda olduğu gibi 99 yıl olarak kabul edilmiştir.

Altıncı maddeye göre, bankaya görev alanına giren konularda diğer şahıslarla geçici anlaşmalar yapabilme hakkı tanınmıştır.

Yedinci maddeye göre, Bankanın faaliyet alanının büyüklüğü göz önünde bulundurularak itibari sermayesinin 400 milyon lira olması uygun görülmüştür.

Sekizinci maddeye göre, Milli Sağlık Bankasının itibar sermayesinin yüzde 55 inin hazineye ait olması uygun görülerek bu hisseler (A) gurubu adı verilmiştir. Devletin, banka sermayesinin yarıdan fazlasına sahip olabilmesini ve bu hisselerin ileride satılarak hazine hissesinin yarıdan az bir miktara düşmemesini temin amacıyla bu hisselerin satılmaması esası kabul edilmiştir. Diğer gerçek ve tüzel kişilere ayrılan yüzde 45 oranındaki (B) gurubu hisselerinin kolaylıkla elde edilmesini sağlamak amacıyla bunların hamiline muharrer olması uygun görülmüştür.

On beşinci maddeye göre, gerçek ve tüzel kişilerin bankaya rağbetini sağlamak amacıyla (B) gurubu hisse senedi sahiplerine de murakıp seçme hakkı tanınmış ve böylece murakıplardan birinin Maliye, birinin Sıhhat ve içtimai Muavenet Vekâleti tarafından tayini ve birinin de (B) gurubu hisse senedi sahipleri tarafından genel kurulca seçilmesi uygun görülmüştür.

On sekizinci maddede yönetim kurulunun kuruluş şekli tespit edilmiş ve yarıdan fazla hisseye sahip bulunan hazinenin çoğunluğu elinde bulundurması düşüncesiyle üyelerden beşinin Maliye, Sıhhat ve İçtimai Muavenet, Çalışma, Münakalât ve İşletmeler Vekâletleri tarafından tayin edilmesi uygun görülmüştür. Banka faaliyetinin Sıhhat ve içtimai Muavenet Vekâletini önemli ölçüde ilgilendirmesi bakımından sağlık kurumlarının ihtiyaç ve durumunu ve bu işlerin yürütülmesindeki özellikleri yakinen bilmesi gereken iki uzman tabibin yönetim kuruluna girmesi uygun görülmüş ve (B) gurubu hisse senedi sahiplerine de bir' aza seçme hakkı tanınmıştır.

Yirmi üçüncü maddede bankanın gelirlerinden bahsedilmektedir. Lâyihanın gerekçe kısmında açıklandığı üzere bankanın ilk zamanlarda masraflarını karşılayamaması ihtimali göz önünde bulundurularak Hükümetçe yardım yapılması esası kabul edilmiştir.

Yirmi dördüncü maddede bankanın inşa ettireceği sağlık kurumlarının ve diğer binaların arsalarının kamulaştırılmasından bahsedilmektedir.

Yirmi beşinci madde bankanın vergi, resim ve harç muafiyeti hakkındadır. Bu maddede vergi muafiyetinin nedeni şöyle açıklanmıştır: *“Büyük bir sağlık davasına hizmet edecek olan bu bankanın, gelir vergisi ve diğer vergi, resim ve harçlarla inşa edeceği binalar için hariçten getireceği inşaat ve hatta tesisat malzemesinin ve ilaç vesaire gibi lüzumlu maddelerin gümrük resminden muafiyetini istihdaf etmektedir.”*

Yirmi altıncı madde sigortalılara yapılacak her türlü yardımların vergi muafiyeti hakkındadır.

Burada “*Halen memurlara yapılmakta olan doğum ve ölüm yardımları ile emekli ikramiyeleri vergiden muaf olduğuna göre sigortaca yapılan yardımların da aynı şekilde vergi, resim ve harçlardan muaf tutulması icap eder.*” denilmiştir.

Yirmi yedinci madde, sigorta olunacak nüfus guruplarını tespit etmektedir. Bu maddeye göre, sağlık sigortalılarının, maruz kalacakları sağlık risklerini kendi, gelirleri ile tedavi ettiremeyenler için zorunlu kılınması usuldendir. Bu esasa göre bu madde ülkedeki tüm memurların ve İş Kanununa göre işçi ve hizmetli sayılanların zorunlu sigorta edilmelerini zorunlu kılmaktadır.

Burada devlet memurları ile ilgili olarak “*Gerçi 4598²⁴⁸ sayılı kanun hükümlerine tevfikan memurların devlet tarafından meccanen tedavileri yapılmakta ise de, şimdiye kadar bu iş için Devlet bütçesinden ayrılan tahsisat o kadar azdır ki, maksadı teminden çok uzaktır. 1953 yılı bütçesinde Muvazenei Umumiye'ye dâhil bütün dairelerin tedavi masrafları ve bu maksatla verilecek yol parası miktarının ceman 1.212.000 lira olduğu ve mülhak bütçelere konulan tahsisatın ise sadece 216.000 liradan ibaret bulunduğu göz önüne alınırsa memurların sağlık işleri ile ne derece alâkadar olunabildiği kendiliğinden meydana çıkar. Diğer taraftan sağlık sigortası, memurların tedavisi ile esaslı surette meşgul olduktan başka düşkünlük hallerinde de yardım edecek ve cüzi bir prim mukabilinde ailesi efradının tedavisini de deruhte edecektir. Devlet dairelerinde çalışan ve memur sınıfına girmeyen bilumum müstahdemler ile İktisadi Devlet Teşekküllerinde vazife gören personel, 4598 sayılı kanun hükümlerinden faydalanamamakta oldukları cihetle büyük bir yekûna baliğ olan bu şahıslar mecburi şekilde sigorta edilmek suretiyle cüz'i bir prim ödeyerek tedavilerini sağlamış olacaklardır.*” denilmiştir.

Yirmi sekizinci madde, sigorta aidatına dairdir. Prim, yarısı işverenden kesilmek üzere yüzde 4 olarak belirlenmiştir.

Yirmi dokuzuncu madde, prim hesabının yalnız sigortalının düzenli ve normal olarak aldığı ücret üzerinden hesap edilip bunun haricindeki kazancından prim alınmayacağını, ancak düzenli ve sürekli ücreti bulunmayan işçilerin primlerinin Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâletiyle iktisat ve Ticaret Vekâletleri tarafından bildirilecek emre göre alınacağını belirtmektedir.

²⁴⁸ 4598 sayılı kanun, Devlet Memurları Aylıklarının Tevhid ve Tedavülüne Dair 3356 Sayılı Kanunun Bazı Maddelerinin Değiştirilmesi ve Bu Kanuna Bazı Maddeler Eklenmesi Hakkındadır. Kanun hakkında ayrıntılı bilgi için bkz. Kemal Galip Balkar, “Devlet Şurasının Bir Tevhidi İçtihad Kararı Münasebetiyle” **Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi**, C 9, S 4, Ankara, 1954, s 155

Otuzuncu madde, prim ve ödeneklerin hesabına esas tutulan aylık kazancın asgari ve azami sınırlarını bildirmekte olup bu miktarlar 60 ilâ 600 liradır.

Otuz birinci madde, zorunlu sigortalıların ailelerinin de sigortalanmasına dair olup sigortalılar isteğe bağlı olarak yüzde 2 oranında bir aidat verirlerse karı veya kocaları ile velayetleri altındaki çocuklarının da sigortalı sağlanacağını bildirmektedir. Maddeye göre bunların işverenleri de sigortalılar için aynı miktarda aile primi ödeyecektir.

Otuz dördüncü madde, sigortalıların alacakları yardımları, hastalık yardımı, gebelik ve analık yardımı ödeneği ve ölüm yardımı olarak tespit etmektedir.

Otuz beşinci madde, hastalık yardımını bildirmekte olup devletin bakmakla, mükellef, olduğu akıl hastalıkları ile bulaşıcı hastalıkları sigortadan istisna etmektedir. Bunun haricindeki hastalıkları sigorta, tabip veya sıhhi müessese marifetiyle tedavi ettirecektir. Tabip ve kurum bakımı ücretsiz ise de, ilaç ve tedavi malzemesi bedelinin bir kısmı Sıhhat ve içtimai Muavenet Vekâletince hazırlanacak tarifeye göre sigortalı tarafından ödenecektir.

Otuz altı ve otuz yedinci maddeler, hastalık yardımının hastalık ihbarından itibaren 4 günde başlayacağını ve 32 hafta devam edeceğini emretmekte ve ne gibi hallerde hastaların rızalarına bakılmaksızın sağlık müessesesine kaldırılacaklarını tespit etmektedir.

Otuz sekizinci madde, mücbir sebep dolayısıyla sağlık kurumlarına kaldırılamayan hastaların evde bakılmasına dairdir.

Otuz dokuzuncu madde, bölgesinde bakılması mümkün olmayan hastaların diğer uygun bir yere naklini emretmekte olup hasta bu konuda sigortaca uygun görülenden daha uzaktaki bir kuruma naklini isterse yol parası farkını ödemek suretiyle hastanın dileğinin yerine getirilebileceğini göstermektedir.

Kırkıncı madde, iş kazası ve meslek hastalıkları sigortasının sağlık sigortasına dâhil edilmemesine dairdir. Tamamıyla özel iş şartlarının teşkil ettiği risklere ait olan sigortalar işçi sigortalatınca idare edilecektir. Yalnız işçilerdeki sakatlığın meslekle ilgili olup olmadığı tespit edilinceye kadar bunlara sağlık sigortasınca bakılacak ve meslekle ilgili olduğu ortaya çıkarsa kendilerine yapılan masraf işçi sigortalarından alınacaktır.

Kırk birinci madde, gebelik ve analık yardımlarını, gebelik, doğum ve lohusalık esnasında tabip, hemşire, ebe ve gerektiğinde hastane bakımına ek olarak gebelik

esnasındaki tedavi masraflarının ödenmesi ve prime esas olan bir aylık ücretin ödenek olarak verilmesi şeklinde tespit etmektedir.

Kırk ikinci madde, 41 inci maddede sayılan yardımların sigortaca ifasına imkân görülemeyen hallerde ilgililere Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâletince hazırlanacak bir tarifeye göre sadece nakdi yardım yapılmasına dairdir.

Kırk üçüncü madde, gebelik yardımına hak kazanmak için doğumdan 32 hafta önceden prim ödemeğe başlanmasını şart koşmaktadır.

Kırk dördüncü madde, Sandıkça görevli ebe ve tabiplerden başka biri tarafından doğurtulmasını isteyen kadınların bu konuda serbest olduklarını, ancak yapacakları masrafın sandık tarifesindeki miktara karşılık gelen kısmının ödeneceğini bildirmektedir.

Kırk beşinci madde, cenaze ailece kaldırıldığı takdirde ölüm yardımını bir aylık maaş veya ücret olarak tespit etmektedir.

Kırk altıncı madde, sigortalıların askere alındığı sırada aidat vermekle yükümlü olmamaları ve bu esnada maruz kalacakları sağlık sorunlarına karşı sigortasız bulunmaları hakkındadır. Bunlar askerlik esnasında askeri sağlık makamlarca tedavi edilebileceği için diğer ülkelerdeki sigorta hükümlerinde de bulunan bu hüküm lâyhaya konmuştur. Ancak sigortalılar askerde iken primlerini işveren hissesiyle birlikte ödemeye devam ederlerse eşlerine gebelik ve analık yardımı yapılacağı gibi, aile primi ödeyenlerin de ailelerine sağlık yardımı ve sigortalının ölümü halinde ölüm yardımı yapılacaktır.

Kırk yedinci maddeye göre, pasaportla yabancı memlekete giden sigortalıya hastalık halinde Türkiye'deki tedavi masrafı oranında yardım yapılacaktır.

Kırk sekizinci madde, başka memlekete göç eden, sigortalıya bir defaya mahsus olmak üzere keza Türkiye'deki tedavi masrafı oranında yardım yapılacağını öngörmektedir.

Kırk dokuzuncu madde kasten sıhhatini bozanlara yardım yapılamayacağını göstermektedir.

Ellinci madde, tutuklu ve yükümlü olan zorunlu sigortalılara sigortanın bakmakla mükellef olmayacağını, ancak primlerini ödüyorlarsa eşlerine doğum yardımı yapılacağını ve aile primini ödemekte iseler ailelerine bakılacağını ifade etmektedir.

Elli birinci madde, zorunlu sigortalıların daire, kurum ve iş yerlerinden ayrılmaları halinde sigorta sandığı ile ilişkilerinin kesilmesi, ancak bunlar 5 yıl süreyle prim ödemişlerse

aynı şartlarla isteğe bağlı sigortaya kayıt edilecekleri, bu kadar süre prim ödemeyenlerin ise genel hükümler dairesinde isteğe bağlı sigortaya girebilecekleri hakkındadır.

Elli ikinci madde, primlerini vaktinde ödemeyen isteğe bağlı sigortalıların sigorta haklarının düşmesine dairdir.

Elli üçüncü madde, kendi kusuru olmaksızın işsiz kalmak sebebiyle primini, veremeyen sigortalıların ayrılmadan önce 26 haftalık prim ödemişlerse ayrıldıktan sonra aynı süre zarfında sigorta konusuna giren durumlarının ortaya çıkması durumunda sigorta yardımlarından yararlanmalarına dairdir.

Görüldüğü üzere bazı önemli görülen maddelerinin sayıldığı bu layiha sonucunda çıkarılması planlanan kanuna göre Programın eksiksiz bir biçimde uygulanabilmesi için “Birinci 10 Yıllık Milli Sağlık Planı”nda eksik kalan “Milli Sağlık Bankası’nın kuruluş ve işleyişi ile ilgili yapılmış olan çok ciddi bir çalışmanın yanı sıra geniş ölçekli bir sağlık sigortası da öngörülmüştür. Layihada geçen maddeler bir banka kuruluş kanununun ile birlikte bir sigorta kanununu da içermektedir.

Yapılan çalışmalar bununla da sınırlı kalmamış bankanın kamuoyuna tanıtılması için reklam broşürleri bile bastırılmıştır.

Ne var ki, bu program da önceki planda olduğu gibi yasalaştırılmamış ve hayata geçirilememiştir. Planda olduğu gibi bu programda da hükümetlerin yeterince çaba göstermedikleri görülmektedir. Gerçekte her iki çalışmanın da gerçekçi olmadıkları yönündeki eleştirilerin yanı sıra yasalaşmalarını engelleyen başkaca sebepler de vardır. Çünkü çalışmaların ele aldığı konular arasında ilaç sanayisinin denetlenmesi ve özellikle koruyucu hekimlik için gerekli ilaçların Bakanlık olanaklarıyla üretilmesi, süt ve mama gibi çocuk beslenmesi için gerekli tesislerin kurulması ve işletilmesi bulunmaktadır. Bunlar sermayedarların çıkarlarını zedeleyecek nitelikli çalışmalardır. Nitekim Demokrat Parti iktidarının ilk Sağlık Bakanı Ekrem Hayri Üstündağ 1. 10 Yıllık Milli Sağlık Planını ele almış ve Bakanlar Kurulu’na sunmak üzere iken kabine dışı bırakılmıştır.²⁴⁹

Keza, 24 Mayıs 1954 tarihli 3. Adnan Menderes Hükümeti Programının sağlık işleri ile ilgili bölümünde: “1950 yılında sağlık işleri için tahsis edilen 60 milyon liraya mukabil 1954’te 128 milyon lira tahsis edilmiş bulunduğu

²⁴⁹ Özdemir, a.g.m. s 263

devralınan 16 sağlık merkezinin 242'ye yatak adedinin 7759'dan 15871'e çıkarılmış olduğuna, sadece 7 adetten ibaret bulunan verem hastane ve pavyonlarının 84'e ve bunlardaki yatak adedinin de 1097'den 6357'ye çıkarıldığına işaret etmek sağlık sahasındaki gayretlerimizi açıkça gösterebilir. Önümüzdeki devre zarfında da sağlık sahasında girişilen bu gayretlerimize devam edeceğimiz gibi milli sağlığın ve onunla çok sıkı bir irtibat halinde bulunan nüfus artımının kıymet ve ehemmiyetini göz önünde tutarak vatandaş sağlığını mutlaka koruma ve bu husustaki çalışmaları köylere kadar götürme kararındayız.”²⁵⁰ denilmektedir.

14 Aralık 1955 ve 4 Aralık 1957 tarihli Adnan Menderes Hükümeti Programlarında ise sağlık konusu ile ilgili herhangi bir açıklama bulunmamaktadır. Bunlar da gösteriyor ki Sağlık konusunda hazırlanmış olan planlar Bakanlık bünyesinde kalmış ve hükümetler tarafından sahiplenilmemiştir.

2.2.4. Demokrat Parti'nin Farklı Uygulamaları

Demokrat Partinin İktidarda olduğu dönemde sağlık idaresinde Refik (Saydam) Bey'in koyduğu prensiplerde önemli bir değişiklik yapılmıştır. Bu önemli değişiklik 1953 yılında özel idare hastanelerinin devletleştirilmesi ve hasta tedavisinin bir devlet hizmeti olarak kabul edilmesidir. Bu, hasta tedavisi hizmet standardının yükseltilmesine, her il halkına eşit imkân sağlanmasına, tedavi ve koruyucu hizmetlerin bir arada yürütülmesine imkân sağlamak bakımından önemli sayılabilecek bir karardır. Ancak, 1950–1960 yıllarında hastaneciliğin gelişmesine büyük önem verilmiş olması ile birlikte, koruyucu hizmetler gerilemese bile ikinci planda kalmıştır. Hastaneciliğin geliştirilmesine paralel olarak yeter sayıda hemşire, ebe, laboratuvar teknisyeni gibi sağlık personeli yetiştirilmesi için gerekli çalışmalar da yapılmadığından hasta bakım hizmeti gelişmemiştir.²⁵¹

Konu ile ilgili diğer önemli bir konu 1945 yılında kurulmuş olan İşçi Sigortaları Kurumu'nun sigortalı işçiler için 1952 yılında sağlık kuruluşları ve hastaneler açmaya başlamış olmasıdır. 1964 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu adını alacak olan kurumun birinci, ikinci ve hatta üçüncü basamak sağlık hizmeti vermeye başlaması -işçilere ve

²⁵⁰ Arar, **a.g.e.** s 272

²⁵¹ Nusret H Fişek, **Halk Sağlığına Giriş**, Ankara, 1983, s 162-163

ailelerine yönelik de olsa- ikinci bir sağlık bakanlığı gibi çalışmaya başlamasına neden olmuştur.²⁵²

2.2.5. Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele

Cumhuriyet döneminin en yüksek Sağlık Bakanlığı bütçesi söz konusu olan dönemde, bulaşıcı hastalıklarla mücadelede Bakanlığın kuruluşundan beri uygulanan yöntemlerin başarısının sonuçları da elde edilmeye başlamıştır. 1945 tarihli Sağlık Bakanı Doktor Sadi Konuk imzalı rapora göre 1945 yılı itibarıyla tüm yurttaki çiçek aşısı kampanyası başlatılmış ve bu tatbikat sonucunda salgın önemli ölçüde önlenmiştir. Yine raporda halkın aşı kampanyasına büyük ilgi gösterdiği belirtilmektedir.²⁵³ Genel çiçek aşısı uygulaması 1947 yılı itibarıyla tamamlanmıştır.²⁵⁴ Bu ve bunun gibi geniş ölçekli aşı kampanyaları sonucunda kökü önemli ölçüde kazınan çiçek hastalığı, 1957'de İran, Irak ve Suriye'de görülen salgınlar sonucu, Türkiye'de 7'si ölümlü sonuçlanan 128 vaka olarak görülmüştür. Söz konusu dönemde kolera da görülmemiş, çeşitli ülkelerde görülen salgınlar, alınan önlemler nedeniyle Türkiye için tehdit olmamıştır. Kuduz, frengi sporadik olarak varlığını sürdürmüştür, ama Cumhuriyetin ilk dönemlerinde olduğu gibi bir sıkıntı kaynağı olmamıştır. Tifüs de, 1960'lı yılların ortasında görülen tek tük olguların dışında görülmemiştir. Zaten, veba, 1947'den itibaren ülkede görülmeyen bir hastalıktır.²⁵⁵

Verem mücadelesi ile ilgili olarak, 1945 yılı itibarıyla Bakanlık bünyesinde bulunan Ankara, Bursa, Adana ve Rize dispanserlerinin yanı sıra İstanbul, İzmir ve Samsun'da bulunan Veremle Savaş Derneklerine ait dispanserlerde koruyucu hekimlik hizmetleri verilirken tedavi hizmetleri devlete ait Heybeliada Sanatoryumu'nda verilmektedir.²⁵⁶ 1947 yılı itibarıyla Cerrahpaşa Hastanesi'ne bir Verem Pavyonu ile İzmir Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklar Hastanesi'ne bu hastalığa özel 25 yatak ilave edilmiştir. Bunun yanı sıra Ankara, Trabzon ve Kastamonu'da birer sanatoryum açılması planlanmış ve bu hastaneler 1950'li yılların başında faaliyete geçmiştir.²⁵⁷ Verem Hastalığı ile mücadelede en önemli koruyucu olarak BCG aşısına önem verilmeye çalışılmış ve bu amaçla, 1950 yılında Ankara Hıfzıssıhha Enstitüsü'nde BCG aşısı pavyonu inşa edilmiş ve faaliyete geçirilmiştir. BCG aşı uygulaması 1950 yılı sonuna kadar yalnız İstanbul, Ankara, İzmir, Bursa ve Kayseri'de yapılmış iken kurulan bu pavyonun da etkisi ile bu yıldan itibaren giderek tüm yurda

²⁵² Müjdat Şakar, **Sosyal Sigortalar Uygulaması**, Beta yay, İstanbul, 1988, s.157

²⁵³ B.C.A. Tarih: 16.10.1945, Fon: 30.10.0.0 Yer No: 179.236.11, s 2-3

²⁵⁴ B.C.A. Tarih: 08.02.1947, Fon: 30.10.0.0 Yer No: 14.80.18, s 2

²⁵⁵ Ata Soyer, "Türkiye'nin İktisadi ve Sosyal Tarihi Bağlamında Başlangıcından 1960'a Kadar Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Bakanlığı", **Toplum ve Hekim Dergisi**, Kasım-Aralık 2001, C 16, Sayı 6, s 427

²⁵⁶ B.C.A. Tarih: 16.10.1945, Fon: 30.10.0.0 Yer No: 179.236.11, s 7

²⁵⁷ B.C.A. Tarih: 08.02.1947, Fon: 30.10.0.0 Yer No: 14.80.18, s 2-3

yaygınlaştırılmıştır.²⁵⁸ 1951 yılına gelindiğinde BCG aşısı 20 ilde uygulanmaya başlamıştır. Yine bu yıl içerisinde mevcut verem yataklarına 2000 yatak eklenmiştir.²⁵⁹ 1952 yılında ise BCG aşısı 4 ilde daha uygulanmaya başlamıştır. Ayrıca ülke genelinde 11 olan Verem Savaş Dispanser sayısı 1952 yılında 22'ye çıkarılmıştır.²⁶⁰

Sıtma ise, büyük ölçüde geriletilmiştir. 1951 yılı başından itibaren Sıtma Savaş teşkilatı yeniden organize edilerek tam teşekküllü 34 bölge haline getirilmiştir. Yine bu dönemde Amerikan Marshall Yardımları çerçevesinde sıtma mücadelesi için 1951 yılında 851.000, 1952 yılında 1.855.000 ve 1953 yılında 1.755.000 dolarlık yardım alınmıştır.²⁶¹ Yapılan bu yardımlarla alınan malzemelere örnek verilecek olursa, 1951 yılında 448 ton DDT, 39 adet jip, 25 adet römork, 22 adet motosiklet alınmıştır.²⁶²

1950'li yıllardan itibaren hükümetin dünyaya açılması politikası çerçevesinde Dünya Sağlık Örgütü ile ilişkiler başlamış ve 1960 yılında 7402 sayılı "Sıtmanın İmhası Hakkında Kanun" kabul edilerek, ensektisit (sıtmaya neden olan sineklere karşı kullanılan ilaç) kullanımına yüklenilmiş, sıtma taramalarında sistematik bir uygulama ve tedaviye bir disiplin getirilmesi gündeme getirilmiştir. Önemli miktarda bataklık ıslah edilmiş ve çok miktarda (Örneğin 1949–1959 döneminde 19 milyon litre civarında mazot, 3,5 milyon litreye yakın petrol) kimyasal madde kullanılmıştır.²⁶³

2.2.6 1951-1960 Arası Vekâlet Bütçesi ve Konsolide Devlet Bütçesi Rakamları

Yukarıda sayılan sağlık hizmetlerinin hangi bütçeyle yapıldığının görülmesi için Vekâletin yıllar itibarıyla bütçe rakamlarına göz atmakta fayda vardır:²⁶⁴

Yıllar	Konsolide Bütçe Milyon TL	Sıhhiye Vekâleti Bütçesi Milyon TL	Bütçe Payı %
1951	2.067,1	59,2	2,9
1952	2.097,2	71,9	3,4

²⁵⁸ B.C.A. Tarih: 31.07.1951, Fon: 30.01.0.0 Yer No: 77.483.3, s 6

²⁵⁹ Cumhurbaşkanlığı Celal Bayar Arşivi, 08.10.1951, Yer No: 3/2-33, Fihrist No: 952-1

²⁶⁰ Cumhurbaşkanlığı Celal Bayar Arşivi, 22.10.1952, Yer No: 3/3-24, Fihrist No: 1434

²⁶¹ B.C.A. Tarih: 31.07.1951, Fon: 30.01.0.0 Yer No: 77.483.3, s 10

²⁶² Cumhurbaşkanlığı Celal Bayar Arşivi, 08.10.1951, Yer No: 3/2-33, Fihrist No: 952-1

²⁶³ Ata Soyer, "Türkiye'nin İktisadi ve Sosyal Tarihi Bağlamında Başlangıcından 1960'a Kadar Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Bakanlığı" ... s 427

²⁶⁴ Sağlık Hizmetleri (1980-1993), Glir-Kadrolar-Tedavi Yardımları.....s 40

1953	2.528,6	88,9	3.5
1954	2.381,4	106,5	4.5
1955	3.063	133,6	4.4
1956	3.44,4	155,9	4.5
1957	4.144,5	176,1	4.2
1958	4.626,9	188,1	4.1
1959	6.231,8	252,2	4.4
1960	7.637,8	352	4.6

Görüldüğü gibi Vekâlet Bütçesi hem yıllar itibarıyla artmış hem de bütçe içindeki pay oranında artış olmuştur. Ancak yılların tamamına bakıldığında aradaki oranın yüzde 4.6'yı geçemediği görülmektedir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

27 MAYIS 1960'TAN 12 EYLÜL 1980'E SAĞLIK VE SOSYAL YARDIM BAKANLIĞI

3.1. 27 Mayıs Askeri Müdahalesi ve 1961 Anayasası (Planlı Dönemin Başlangıcı)

27 Mayıs 1960 askeri müdahalesi sonucunda Türkiye'de Demokrat Parti iktidarı sona ermiş ve bu müdahale, Türkiye'de devlet anlayışında yeni bir dönemin başlangıcı olmuştur.

25 Ekim 1961 tarihine kadar TBMM 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) eline almış olduğu yönetimi hukuki bir zemine oturtmuş ve bu yönetim 6 Ocak 1961 tarihine kadar devam etmiştir. Bu tarihten itibaren de MBK, TBMM'nin yetkilerini yeni Anayasayı hazırlayacak olan Kurucu Meclis'e²⁶⁵ vermiştir.²⁶⁶

27 Mayıs 1961 günü Kurucu Meclis'te kabul edilen yeni anayasa 9 Temmuz 1961 günü halk oylamasına sunulmuş ve yüzde 61 çoğunlukla kabul edilmiştir. Ardından 15 Ekim'de genel seçimler yapılmış ve 25 Ekim 1961 tarihinde TBMM yeniden göreve başlamıştır.²⁶⁷

Bu yeni dönemde kabul edilen Anayasa önceki Anayasalardan farklı olarak birçok yeniliği de beraberinde getirmiştir. Getirilen en önemli yeniliklerden biri bireylerin temel hak ve özgürlüklerinin Anayasada ayrıntılı bir biçimde ele alınmış olmasıdır. Bu hak ve özgürlükler Anayasa'nın, başlığı "Temel Haklar ve Ödevler" olan 2. bölümünde ayrıntılı bir biçimde ele alınmıştır. Çalışmamızın konusu ile ilgili bazı maddelere bakılacak olursa:

²⁶⁵ Kurucu Meclis: Temsilciler Meclisi ve MBK üyelerinden oluşan iki dala sahip olan bu meclis, genel seçimler ile oluşturulmamış olup illerin, siyasal partilerin (DP hariç), baroların, basın, Eski Muharıpler Birliği'nin, esnaf kuruluşlarının, gençlik kuruluşlarının, işçi sendikalarının, sanayi ve ticaret odalarının, öğretmen kuruluşlarının, tarım kuruluşlarının, üniversite ve yargı örgütlerinin, çok dereceli bir seçimle kendi temsilcilerini seçmeleri yoluna gidilerek oluşturulmuştur.

²⁶⁶ Cem Eroğul, **Anatüzeeye Giriş (Anayasa Hukununa Giriş)**, İmaj yay. Ankara, 1995, s 214-216

²⁶⁷ Eroğul, a.g.e. s 217

Madde 10: “Herkes, kişiliğine bağlı, dokunulmaz, devredilmez, vazgeçilmez temel hak ve hürriyetlere sahiptir. Devlet, kişinin temel hak ve hürriyetlerini, fert huzuru, sosyal adâlet ve hukuk devleti ilkeleriyle bağdaşamayacak surette sınırlayan siyasi, iktisadi ve sosyal bütün engelleri kaldırır; insanın maddi ve mânevi varlığının gelişmesi için gerekli şartları hazırlar.”²⁶⁸

Görüldüğü üzere bu maddede öncelikle “herkes”in yani bireylerin dokunulmaz, devredilmez ve vazgeçilmez haklara sahip olduğu belirtilmiş, bunun yanı sıra bu hakların kullanımı da devlet güvencesi altına alınmıştır. Ayrıca yine devlete bireyin maddi ve manevi gelişimini sağlaması için gerekli şartları hazırlama görevi verilmiştir.

Devletin bahsedilen görevlerinden biri de hiç şüphesiz bireylerin sağlıklı yaşayabilmeleri için gerekli koşulların sağlanması ve gerekli olduğunda tıbbi yardım alabilmesidir.

Anayasa’da “sağlık hakkı” ile ilgili de ayrıca bir madde (49. madde) bulunmaktadır ki bu madde ile “sağlık hakkı” ilk kez Anayasa’ya girmiştir.

Bahsedilen 49. madde de yine Anayasa’nın yukarıda bahsedilen “Temel Haklar ve Ödevler” bölümünün “Sosyal ve İktisadi Haklar” alt başlığı altında bulunmaktadır:

Madde 49: “Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır.”²⁶⁹

Böyle bir hakkın Anayasal güvence altına alınması Türkiye Cumhuriyeti’nin sosyal devlet ilkesini gerçekleştirmesi ve birey hak ve özgürlüklerinin korunması açısından yadsınamaz bir öneme sahiptir. 49. maddenin gerekçesi bundan böyle devletin sosyal devlet olma yolunda önemli mesafeler kat etmeyi amaçladığını açıkça ortaya koymaktadır:

Madde gerekçesi aynen şöyledir: “Liberal devlet anlayışı içinde dahi, devletin sağlık işleri ile ilgilenmesi genel olarak kabul edilmektedir. Ancak zamanımızın refah devleti anlayışında (iktisaden zayıf halk tabakalarının hayatları için en zaruri olan hakları fiilen sağlayan devlet) ferdin sağlığını, gerek doğrudan gerek özel teşebbüs ve mahalli idarelerle işbirliği yaparak temin etmek devletin başta gelen görevleri arasında yer almaktadır. Sağlığın baş şartı olan barınma ihtiyacı da bu hakla doğrudan doğruya ilgilidir.

²⁶⁸ Suna Kili, A.Şeref Gözübüyük, **Türk Anayasa Metinleri Sened-i İttifak’tan Günümüze**, İş Bankası Kültür yay.Genel Yayın No 269, s 173

²⁶⁹ **A.g.e.** s 185

Bundan ötürü sosyal devlet herkese barınacak bir yer sağlamanın çarelerini arayıp bulmak ve gerçekleştirmek zorundadır. Hastalık ve ölümlerle karşı karşıya kaldığı halde mali imkânsızlıktan dolayı sıhhi yardımdan yoksun kalan kimseler için klasik hürriyetler arasında yer alan hayat ve vücut bütünlüğünü muhafaza hakkı bir istihza teşkil eder. İnsan gibi barınmanın asgari imkânlarına sahip olmayan kimseler için mesken dokunulmazlığı hatta mülk edinme hakkı kâğıt üstünde duran boş laflardan daha fazla bir değere sahip olamaz. İşte bunun içindir ki, devletin sıhhi bakım ve mesken sağlama görevi, hem insan hakları evrensel beyannamesinde ve hem de bazı anayasalarda ayrıca belirtilmiştir”²⁷⁰

Bunun yanı sıra bu gelişmeler devletin vatandaşına sağlık hakkını ilk kez tanıdığı anlamına gelmemektedir. Zira önceki bölümlerde de açıkça görülebileceği üzere devlet, vatandaşının sağlığını korumak için her dönemde gerekli önlemleri almaya çalışmış ve 1961 yılına gelinceye kadar da bu konuda önemli mesafeler kat edilmiştir. Ancak yeni dönemde çağın gerekleri de göz önünde bulundurularak sağlık hizmetlerinin ve sosyal hizmetlerin daha kapsamlı bir şekilde ele alınacağı açıkça görülmektedir.

3.1.1. Askeri Müdahale ve Sağlık Bakanlığı

Askeri müdahale sonrasında kendisi de emekli bir tabip asker olan Prof. Dr. Nusret Karasu Bakanlık görevine getirilmiştir.²⁷¹ Nusret Karasu göreve başladığında gerek askeri

²⁷⁰ Atilla Özer, **Gerekçeli ve 1961 Anayasasıyla Mukayeseli 1982 Anayasası**, Bilim Yayınları, Ankara 1984, s. 254

²⁷¹ 1960–1980 yılları arasında geçen dönemde sırasıyla aşağıdaki isimler Sağlık Bakanı olarak görev yapmıştır:

Prof.Dr.Nusret Karasu 27.05.1960 - 25.08.1960

Prof.Dr.Ragıp Üner 05.09.1960 - 20.11.1961

Dr.Suat Seren 20.11.1961 - 26.06.1962

Dr.Yusuf Azizoğlu 26.06.1962 - 26.10.1963

Prof.Dr.Kerim GÖKAY 05.11.1963 - 26.12.1963

Dr.Kemal Demir 26.12.1963 - 20.02.1965

Dr.Faruk Sükan 22.02.1965 - 27.10.1965

Dr.Edip Somuncuoğlu 27.10.1965 - 01.04.1967

Dr.Vedat Ali Özkan 01.04.1967 - 12.03.1971

Prof.Dr.Türkan Akyol 26.03.1971 - 13.12.1971

müdahale ve gerekse sağlık hizmetleri ile ilgili bir genelge yayınlamıştır. Bu genelge yeni dönemde sağlık politikalarının nasıl gerçekleştirileceği konusunda ipuçları vermiş olması bakımından önemlidir. Genelgeye genel olarak bakılacak olursa:

Genelgenin başlangıç kısmında yeni bakan görevine başladığını ve yeni mesai arkadaşlarından aldığı tebriklerden dolayı teşekkürlerini sunmaktadır. Ardından: *“Vekâlet camiasına bağlı bütün sağlık personelinin umumi sıhhat bakımından mühim olan vazifelerini noksansız olarak ifa edeceklerine ve her derecedeki memurlarımızın münasebetlerinde karşılıklı itimat ve sevgi havasının hâkim olduğuna emin bulunmaktayım. Arkadaşlarımın her türlü hakları kanun ve nizamlarla tahtı temine alınmış olduğundan hiçbir endişeye mahal kalmadan mukaddes bildiğimiz vazifelerinde mükemmel bir şekilde çalışmalarını ve bana yardımcı olmalarını bilhassa rica eder hepinize muvaffakiyetler temenni ederim.”*²⁷² diyerek personelin ülkenin içinde bulunduğu yeni durumdan dolayı endişeye düşmeden görevlerine devam etmeleri gerektiği belirtilmiştir.

Bu giriş bölümünün ardından, “İnkılabımız” başlığı altında ele alınmış olan konular bundan sonra sağlık alanında Bakanlığın izleyeceği politikaların nasıl olacağı konusunda önemli ipuçlarını içermektedir.

Metne bakıldığında öncelikle yapılmış olan askeri müdahalenin öneminin ele alındığı ve haklılığının ortaya konulmaya çalışıldığı görülmektedir: *“27 Mayıs hareketi üzerine kurulan Milli Birlik idaresi altında geçirdiğimiz bir kaç ay muhakkak ki Türk milletine erişilmemiş yüce ülkülere erişme, nice hürriyetlere ve manevi değerlere yeniden*

Dr.Cevdet Aykan 13.12.1971 - 23.05.1972

Dr.Kemal Demir 23.05.1972 - 16.04.1973

Dr.Vefa Tanır 16.04.1973 - 26.01.1974

Dr.Selahattin Cizrelioğlu 26.01.1974 - 18.11.1974

Dr.Kemal Demir 18.11.1974 - 18.04.1977

Dr.Vefa Tanır 18.04.1977 - 21.06.1977

Prof.Dr.Celal Ertuğ 21.06.1977 - 21.07.1977

Av.Cengiz Gökçek 21.07.1977 - 05.01.1978

Dr.Mete Tan 05.01.1978 - 12.11.1979

35. Dr.Münif İslamoğlu 12.11.1979 - 11.09.1980

²⁷² **Sağlık Dergisi**, Mayıs - Haziran 1960, sayı 5-6, c 34, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yay, s 195

*kavuşma imkânlarını vermiştir. Milli İnkılap Hareketi ile birlikte ileri ve modern Türkiye'nin istikbalinde açılan parlak ufuklar bize ilerisi için çok büyük ümitler vadetmektedir. Nitekim Türkiye 27 Mayıs sabahı ile birlikte uzun zamandan beri özlediği gerçek demokrasiye, gerçek hürriyete ve gerçek hukuk devletine kavuşmuş bulunmaktadır. Şimdi artık bu vatanda yaşayanlar insan haklarına uygun kanunlarla yaşamakta ve vicdanlarından başka hiç bir şeyden korkmadan çalışabilmekte, gezebilmekte, konuşabilmektedir. İşte bu manevi değerlerin istihsalinden sonradır ki; şimdi Türk Milleti el ele vererek hakiki mânası ile kalkınmaya doğru yola çıkmıştır. Tıpkı Milli İnkılâp Hareketinin başarılmasında olduğu gibi, vatanımızın en mükemmel imkânlarla teşhizi ve milletimizin en ileri medeniyet seviyesine ulaştırılması yolunda da Türk Milleti tek bir kalp, tek bir ruh halinde vazife başındadır. Nitekim 27 Mayıs İnkılâbı da sadece tek bir şahıs veya muayyen bir zümrenin hareketi olmayıp, bütün Türk Milletinin ve kahraman ordumuzun davranışdır. Böyle olduğu içindir ki 27 Mayıs Türk ve hatta dünya tarihine en şanlı, en vakur ve en asil bir olay olarak geçmiştir.*²⁷³

Bundan sonraki kısımda ise sağlık hizmetleri ile ilgili açıklamalar bulunmaktadır. Yukarıda da bahsedildiği üzere yeni bakan daha bu ilk genelgesinde bundan sonra sağlık alanında izlenecek yolu çizmektedir: *“Milli İnkılâp Hareketi ile birlikte her sahada geniş çalışma imkânları açılmış ve şümüllü bir program dâhilinde yeni yeni teşebbüslere girişilmiştir. Devrimci Türk ordusu ve onun hükümeti, öncülüğünü şimdi sağlık sahasında da teşmil etmiş bulunuyor. Nitekim süratli bir tempo ile girişilen çalışmalar neticesinde sağlık hizmetleri, yeni baştan planlanmış ve daha rasyonel esaslara bağlanmıştır. Milli İnkılap Hükümetinin sağlık politikasını bir kaç noktada özetlemek mümkündür: bunlardan biri ve en mühimi muhakkak ki bu hizmetlerin köylü vatandaşın ayağına götürülmesidir. Halkımızın yüzde yetmiş beşini köylü vatandaşların teşkil ettiği Türkiyemiz'de, ilçeleri de dâhil ettiğimiz takdirde nüfusun kahir ekseriyetinin asgari bir tıbbi ihtimama bile muhtaç bulunduğunu kestirmek için büyük bir deha sahibi olmaya ihtiyaç yoktur. İşte çalışmaların ilkini ve esasını bu yoldaki faaliyet teşkil edecektir ki bu konu üzerinde derhal harekete geçilmiş, gerekli etütlere başlanmıştır. Diğer taraftan yurdumuzda bazı mahrumiyet bölgeleri mevcuttur. Buralara süratle doktor göndermek ise, meselenin bir diğer tarafını teşkil etmektedir. Ancak bu vazife yerine getirilirken hiç bir zorlamaya meydan verilmemesine, bilakis meslek erbabının arzuları ile severek bu mıntikalara gitmelerini temin edecek tedbirlerin alınmasına bilhassa dikkat edilmektedir.*

²⁷³ Sağlık Dergisi, Mayıs - Haziran 1960, s 196

Hükümet programı içerisinde çok tafsilâtlı olarak yer almış olan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı programının diğer esaslı unsurlarından bir kaçı ise, koruyucu hekimliğin ön Plana alınması, sağlık personelinin durumunun tanzim ve ıslahı ve köy sağlığı mevzuunun sağlam prensiplere bağlanması gibi noktalardır. Bütün bunlardan başka Bakanlığın ehemmiyetle ele aldığı konulardan diğer bir kaçı ise bulaşıcı hastalıklarla savaş, verem ve sıtma mücadelesi, cüzam, trahom, frengi ile mücadele ve Ana-Çocuk sağlığı çalışmalarıdır. Hemen ilâve etmek yerinde olur ki yurdumuzda salgın yapan herhangi bir hastalık yoktur. Bu bakımdan durum normaldir. Verem savaşına gelince: Koruyucu sahada bütün dünyada kullanılan BCG verem aşısını biz de hem bizzat yapmakta ve hem de kullanmaktayız. Bakanlıkça yapılmış olan muntazam teşkilât tarafından Türkiye, en ücra köşelerine kadar bu bakımdan taranmıştır. İlk tarama sonunda ihtiyacı olup da aşılana vatandaşların dokuz milyon civarında olduğunu burada kaydetmek lâzımdır. Yurdumuz hâlen ikinci defa olmak üzere verem bakımından taranmakta ve aşı tatbik edilmektedir.

Yeni kabul edilmiş bulunan Sıtma Eradikasyonu (imhası) Kanunu²⁷⁴ ile beş sene gibi mahdut bir zaman içerisinde sıtmanın kökünden kazınması hareketine hızla devam edilmektedir. Bir kaç sene sonra Türkiye'nin sıtmasız bahtiyar memleketler arasına katılacağı muhakkaktır. Bu hususta memleketimizce lâzım gelen her türlü fedakârlığın yapılacağı da yeni hükümetin bu Bakanlar Kurulu kararıyla teyyüt etmiştir.

Netice olarak denilebilir ki, sağlık işlerini gün geçtikçe terakki ve tekâmül ettirerek yurdumuzun sağlık dâvalarını artık birer birer halletmek ve sağlığımızı ileri milletlerin seviyesine ulaştırmak, inkılâp Hükûmeti için ifası zaruri bir borç haline gelmiştir. Zira şunu bir an akıldan çıkarmamak lâzımdır ki, yeryüzünde her işin başı sağlıktır.²⁷⁵

Gerçekten de yukarıda bahsedildiği üzere 1960 yılından itibaren Bakanlıkça özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde devrim niteliği taşıyacak düzenlemeler gerçekleştirilmeye başlanmıştır. Bunların birisi “Nüfus Planlaması” politikasının kanunlaşması diğeri ve en önemlisi “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi”dir. Bu iki düzenlemede en büyük pay sahibi 15 Temmuz 1960 yılında Sağlık Bakanlığı Müsteşarlığı görevine getirilmiş olan ve bu görevi 6 yıl boyunca sürdüren Doktor Nusret Fişek'tir. Bu nedendir ki Bakanlık tarihi ile ilgili kaynakların hemen tamamında bu 6 yıllık döneme “Nusret Fişek Dönemi” denilmektedir. Bahsedilen 6 yıllık dönemde 8 ayrı bakanın görev yapmış olması siyasi anlamda istikrarsızlığın göstergesi iken, bürokratik anlamda istikrar ve

²⁷⁴ Sıtmanın İmhası Hakkında Kanun, **Resmi Gazete**, 11.01.1960/10402

²⁷⁵ **Sağlık Dergisi**, Mayıs - Haziran 1960, s 196-197

devamlılığı göstermektedir. Nusret Fişek'in bu süre zarfında müsteşarlık görevinde etkin bir şekilde bulunması bürokratik devamlılığın politikaları belirlemesini sağlamıştır.

3.2. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi

Doktor Nusret Fişek'in tabiri ile: *“Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi, bu hizmetin 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 demektir.”*²⁷⁶

3.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesinin Önemi

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ya da Sağlık hizmetlerinde sosyalleşme politikasının Bakanlık tarihi açısından önemi, önceki bölümde işlenen Milli Sağlık Planı ve Milli Sağlık programına birçok yönden benzer olmasına rağmen uygulanabilmiş ve neredeyse günümüze kadar etkisini sürdürmüş olmasıdır. Önceki bölümden de hatırlanabileceği üzere Milli Sağlık Planı ve Milli Sağlık Programı ülkede birçok kesim tarafından hayalî bulunmuş ve uygulamaya geçirilememiştir. Oysa sosyalleştirme projesinin fikir babası Doktor Nusret Fişek başta ülke yönetiminde bulunan Milli Birlik Komitesi olmak üzere birçok kesimin desteğini almayı başarabilmiştir. Yukarıda da bahsedildiği üzere 1960 askeri müdahalesi ile başlayan yeni dönemde birey hak ve özgürlüklerinin korunması konusu yeni dönem yönetiminin en fazla önem verdiği konulardan biridir. Bundan hareketle başta Müsteşar Nusret Fişek olmak üzere Bakanlığın, böyle kapsamlı bir politika konusunda sağlamayı başarmış oldukları bu desteğin en önemli nedenlerinden biri belki de en önemlisi “devlet erki tarafından benimsenmeye çalışılan bu yeni anlayıştır” denilebilir.

3.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu Çalışmaları

Nusret Fişek'in kendi sözlerinden anlaşıldığı üzere sosyalleştirme projesi bizzat Fişek'in kendi fikridir. Bu fikrini dönemin yönetiminde bulunan Milli Birlik Komitesi'ne nasıl anlattığını ve onları nasıl ikna ettiğini şu sözler ile anlatmaktadır: *“Sanıyorum Müsteşar olduğumun ilk aylarında, temmuz olabilir, Cumhuriyet Gazetesi Milli Birlik Komitesi üyeleri ile röportaj yapıyor ve bunları yayınlıyordu.*

²⁷⁶ Nusret Fişek, “Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları – I Sağlık Yönetimi” **Sağlık Dergisi**, C 37 S 3, Sağlık ve Sosyal yardım Bakanlığı yay. Ankara, Mart 1963.

Röportaj yapılan üyelerden birisi de, Sami Küçük idi. Sami Küçük, söyledikleri arasında Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin İngiltere ve gelişmiş ülkelerdeki gibi geliştirilmesi için çalışacağından söz ediyordu. O zaman bakan Nusret Karasu idi. Gazeteyi aldım, Nusret Beye gittim. "Hocam", dedim, "Sağlık Hizmetlerini geliştirmek isteyen bir Milli Birlik Komitesi (MBK) üyesi var. Kendisiyle görüşebilir miyim?" dedim. "Görüş", dedi. Bir mektup yazdım. "Cumhuriyet gazetesinde sözlerinizi okudum. Arzu ederseniz bu hususu sizinle görüşmek isterim", dedim. Cevap gelmedi uzun bir süre. Bir iki hafta sonra Özdağ'ın imzasıyla bir yazı geldi. "Sağlık hizmetlerini devletleştirmeye karar verdik, hazırlık yapın", diyordu. Telefonla Muzaffer Özdağ'ı buldum. "Yazınızı aldım. Yalnız bu önemli bir mesele. Görüşebilir miyiz?" dedim. "Buyurun", dedi...

Muzaffer Bey bana döndü. "Buyurun sizi dinliyorum müsteşar bey", dedi. "Bir şey yapacaksınız, ama bunun için politik ilke kararları lazım", dedim. "Özel hekimlik olacak mı? Olmayacak mı? Hasta seçme hakkı olacak mı olmayacak mı? Finansman öyle mi, böyle mi olacak? Bunlar Sağlık Bakanlığının vereceği kararlar değil", dedim. Bunlar politik kararlar. Bu hususta ne düşünüyorsunuz?", dedim. Kem küm etti. Yani, bir şey düşündükleri yok. Sonra öğrendim: Benim mektubu Sami Bey sosyal işler komisyonuna havale etmiş. O zaman MBK de rotasyonla başkanlık diye bir hikâye vardı. Komisyonunda rotasyonla sıra Muzafferin olduğu için yazı onun imzasıyla gelmiş. "Siz hazırlıkları yapın", dedi. Bunun üzerine ben MBK' ne verilmek üzere politikanın ne olduğunu, ne gibi kararlar alınması gerektiğini gösteren bir yazı hazırladım. Nusret Beye gösterdim. "Gönder", dedi ve gönderdim...

Evet. Yazı gitti, yine bir cevap yok. Nusret bey bir gün geldi. Gayet kızgın. "Senin raporu kısa bulmuşlar, beğenmemişler," dedi. "Ne istiyorlarmış?" dedim. "Plan istiyorlarmış", dedi. "Herhalde politik karar gerektiğini anlamamışlar. Sen bir plan yapacakmışsın," dedi. Oturdum bir şeyler yazmaya başladım...

Evet, hazırlıkları yaptım ve gönderdim. Ses çıkmadı. Ondörtler yurt dışına atıldıktan sonra mı önce mi hatırlamıyorum. Bir gün Bakanlığa Suphi Gürsoytrak geldi. MBK üyesi. Bana "Hadi kanunu hazırlamaya başlayalım", dedi. "Ben size üç alternatif göndermiştim", dedim. "Hangisini benimsemek niyetindesiniz?" "En iyisini" dedi. Bu önemli. Hükümet en

iyisinin yapılmasını istiyor. Bugünkü sıkıntuların çoğu bu direktif yüzündendir. O kanun hükümetin en iyisini yapacağı ve en iyi kararları alacağı varsayılarak yapılmıştır.”²⁷⁷

Kanun tasarısı üzerinde 3 ay süre ile yapılan çalışmalar sonucunda tasarı Milli Birlik Komitesi'ne sunulmuş ve komitenin 5 Ocak 1961 tarihli toplantısında kanun tasarısı görüşülmüştür. Toplantıda öncelikle Kurmay Binbaşı Suphi Gürsoytrak söz almış ve tasarımı komiteye tanıtmıştır.

Gürsoytrak konuşmasında şunları dile getirmiştir: *“Yüksek Heyetinizin kıymetli üyeleri tarafından mutlak derecede bilinen, hakikatleri ihtiva eden hususları; bildiğiniz gibi 27 Mayıs'tan itibaren iktidarı elinde tutan Yüksek Komiteniz ve onun Sayın Başkanı gerek Türk Milleti umumi efkârına, gerek dolayısı ile dünya efkârı umumiyesine tıbbın memleketimizin muayyen bölgelerinde sosyalleştirilmesi suretiyle, asırlardan beri ihmal edilmiş olan bu hizmeti vatandaşların ayağına götürmek imkânını tahakkuk ettireceğini vaat etmiş, vâit buyurmuşlardı. İşte bugün bu vaadin yerine getirilmesi üzerindemiz. Şimdi tasarının ana hatlarını birkaç kelimeyle gözünüzün önüne sereceğim. Hazırlığımız üç ay kadar sürmüştür. Bidayette bu fikir ortaya atıldığı zaman, Sağlık Bakanı ve Müsteşarı Nusret Beyle konuşuldu ve bu iş için bir heyet teşkil edildi. Sağlık Şûrası toplandı, onların da fikri alındı. Yabancı memleketlerin tecrübelerinden ve tatbikatından da istifade edilerek bu tasarı olgunlaştı ve huzurunuzda geldi. Bu husus ayrıca Tıp Kongresinin tasvibinden de geçmiştir. 15 senelik bir zamana göre plânlanmıştır. Bidayette 3 sene, seçilecek bir bölgede tecrübe safhası geçirecektir. Bu bittikten sonra müteakip senelerde kademeli olarak memleketin en hayati bölgelerinden başlanmak üzere 15 senede bütün Türkiye'de realize edilmiş olacaktır.*

Şimdi bu plân nasıl olacaktır?... Köyler bölgesinde birkaç köy veya bir büyük köyde sağlık evi olacaktır. Bunun gerisinde beş bin, on bin insana hizmet edebilecek, merkez bölgesinde sağlık ocakları teşekkül edecek, sağlık ocaklarının gerisinde kademeli olarak sağlık merkezleri vücut bulacaktır. Sağlık merkezlerinin gerisinde coğrafî ve ekonomik şartlar nazarı dikkate alınmak sureti ile 25 yataklılar 100 yataklı olacak, bu kademenin gelişinde bölge hastaneleri bulunacak. İşte tıbbın sosyalize edilmesinde her hangi bir bölgenin, müesseselerin kademelendirilmesinde köylerden geriye doğru olmak üzere bu şekilde teşekkül etmiş olacaktır. Faaliyet, bu bölgelerde yaşayan fertlerden her hangi bir prim alınmamış, 1962 başından itibaren prim alınması düşünülmüştür.”²⁷⁸

²⁷⁷ Nusret Fişek, “Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları III” Zafer Öztekin tarafından yapılan rapor.

http://www.hm.saglik.gov.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=37&Itemid=30

²⁷⁸ Milli Birlik Komitesi Genel Kurul Toplantı Tutanağı, C 5, 05.01.1961, s 15

Gürsoytrak tarafından yapılan tanıtım sonrasında Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Nusret Fişek'in söz aldığı ve konunun mali yönü ve dış yardımlar konusunda komiteye bilgi verdiği görülmektedir. Fişek konuşmasında şunları söylemiştir: *“Efendim, bu plânın tatbik edilebilmesi için ilk temasa geçtiğimiz memleketlerden birisi İngiltere'dir. Hükümetin bu mevzuu ele almasını büyük bir alâka ile karşıladılar. Bu plânların tahakkuk ettirilebilmesi için tecrübeli elemanlarını bu hizmete göndermeyi kabul ettiler. Bu ay içinde İngiltere'de doktorluğun sosyalleştirilmesinde çalışmış olan Sör Ceymis Türkiye'yi ziyarete gelecektir. Sör Ceymis ile yapılan temaslar neticesinde malî kaynakları, plânları, hizmet ve teferruat plânlarını hazırlamak için İngiltere'den uzmanlar gönderecektir. Aynı zamanda koruyucu hekimlikle ilgili olarak İngiltere 80 bin İngiliz liralık yardım yapmayı kabul etmiştir. Malzeme yardımı olarak ICA Amerikan ordusunun muhtelif yerlerdeki fazla maddelerini Türkiye'ye ücretsiz vermeyi ve bu hususta rüçhan hakkı tanınmasını kabul etmiştir. Bu suretle memleketin sağlık meselesinde kendi kaynaklarımız yanında yabancı kaynakların sağlanması hususunda oldukça başarılar temin edilmiş bulunmaktadır. Doğu'nun planlanması hususunda bakanlık planlama dairesi sıkı olarak çalışmaktadır. Doğunun planlanmasında en mühim hizmetin sağlık olduğunu bütün bakanlıklar kabul etmişlerdir, insanların kalbini kazanmak için, tesir etmek için bunun en kolayı sağlık hizmetlerini ayağına götürmektir. Dünyada müstemlekeçiler bile, sağlık hizmetlerini, müstemleke halkının ayağına götürmekte, bunu oralarda dispanserler açmak suretiyle temin etmektedir. Bu yolla onlar üzerinde tesir yapmaktadırlar. Hazırlanmış olan plânın muayyen kaza merkezlerinde tatbik edilmesine karar verilmiştir.”*²⁷⁹

Toplantıda Maliye Bakanlığı yetkililerince kanun tasarısına, ülke ekonomisine büyük bir mali yük bindireceği gerekçesi ile itiraz edildiği görülmektedir. Örneğin Maliye Bakanlığı Müşaviri Ziya Kayla konu ile ilgili olarak: *“...Memleketin iktisadi politikası bakımından nasıl bir tasnife tâbi tutulması lâzım geleceği hususları tayin edilmeden 15 sene için böyle bir taahhüde girmemiz her halde doğru olmasa gerektir. Bununla plânlama dairesinin yeni kanunla kabul edilmiş tatbikatı ela aksamış olur”*²⁸⁰ demiş, Maliye Bakanı Kemal Kurdaş ise: *“...Bendeniz, Sayın Devlet Başkanının işarı üzerine bu mevzuu tetkik ettim. Fikir olarak tasvip ettiğim halde tasarının şümulü yazılış şekline göre kabiliyeti tatbikiyesi olmadığı neticesine vardım”*²⁸¹ demiştir.

²⁷⁹ Milli Birlik Komitesi Genel Kurul Toplantı Tutanağı, C 5, 05.01.1961, s 17

²⁸⁰ Milli Birlik Komitesi Genel Kurul Toplantı Tutanağı, C 5, 05.01.1961, s 29

²⁸¹ Milli Birlik Komitesi Genel Kurul Toplantı Tutanağı, C 5, 05.01.1961, s 48

Ancak, itirazlara rağmen tasarı 5 Ocak 1961 tarihinde Milli Birlik Komitesince kabul edilerek “224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleşmesi Hakkında Kanun” adı ile yasalaşmıştır.

Önceki bölümde belirtildiği üzere Doktor Behçet Uz tarafından hazırlanan planlar mali gerekçelerle uygulamaya geçirilememiştir. Sosyalleştirme Kanunu ise bu itiraza rağmen yürürlüğe girmeyi başarmıştır.

Konu ile ilgili olarak basında çıkan haberlere bakılacak olursa; 10 Ocak 1961 tarihli Ulus Gazetesi kanunu, “Sağlık Hizmeti Kanunu Çıktı” başlıklı haberi ile kamuoyuna duyurmuştur. Haberin ayrıntısında ise: “Her 4-5 köy için Sağlık Merkezleri kurulacak. Bunun için 70 milyon Lira ayrıldı.” Denilmiş ve devamla: “Sosyal İşler Komisyonunca hazırlanan ve bir süre önce Milli Birlik Komitesi’nce kabul edilen Sağlık Hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile ilgili kanun dünkü basın toplantısında açıklanmıştır. Kurmay Binbaşı Suphi Gürsoytrak, bu konuda bilgi vermiş, sıtma, trahom, frengi ve BCG mücadeleleri hariç, sağlık hizmetleri köylü yurttaşların ayağına götürülmemiş olduğunu ifade ederek, kanunun doğrudan doğruya bu hedefi güttüğünü bildirmiştir.”²⁸² denilmiştir. Buradan, kanunun açıklanması için bizzat MBK tarafından bir basın toplantısı düzenlendiği, dolayısıyla MBK’nın kanuna ayrı bir önem atfettiği anlaşılabilir. Bu durum, kanunun Maliye Bakanlığının muhalefetine rağmen kurucu meclisin açılmasından bir gün önce kabul edilmesinden de anlaşılmaktadır.

Milliyet Gazetesi’nin 10 Ocak 1961 günkü sayısına bakıldığında kanun ile ilgili haberin “Sağlık Hizmetleri Devletleştirildi” manşeti ile verildiği görülmektedir. Haberin devamında: “1962’de tatbikine başlanacak kanuna göre köylerde sağlık ocakları açılacak” denilmiş ve devamında ise MBK Sosyal İşler Komisyonu üyelerinden Kurmay Binbaşı Suphi Gürsoytrak tarafından yapılan açıklamanın bir kısmı şu şekilde verilmiştir: “Kanun, sağlık hizmetlerinde vatandaşların keselerine göre muamele görmeleri prensibini kaldıracaktır.”²⁸³ Burada, sosyal devlet ilkesine atıfta bulunulduğu görülmektedir.

Aynı günkü Hürriyet Gazetesi konuyu “Sağlık Hizmetleri Devletleştiriliyor” başlıklı ilk sayfa haberi ile duyurmuştur. Haberin devamında “Kanun kabul edildi, tatbikat yeni mali yılda başlıyor” denilmiş ve devamında “Milli Birlik Komitesi, yasama yetkisini Temsilciler Meclisi’ne devretmeden önce, sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu hakkındaki kanunu da kabul etmiştir. Kabul edilen kanuna göre, sosyalizasyon 15 yıl içinde bütün yurda teşmil

²⁸² Ulus Gazetesi, 10 Ocak 1961

²⁸³ Milliyet Gazetesi, 10 Ocak 1961

olunacaktır. Kanun tatbikatına 1962 yılında başlanacak ve sosyalizasyon 1977 yılında ikmal edilecektir.” denilmiştir.²⁸⁴

3.2.3 Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun

Nusret Fişek’e göre Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun²⁸⁵ sağlık hizmetlerinde bir devrim kanunudur. Bu kanun Türkiye’de tüm sağlık hizmetlerinin bir devlet görevi olduğunu, özellikle ilk basamak sağlık hizmetlerini köylere kadar yayarak herkesin sağlık hizmetlerinden yararlandırılmasını, koruyucu ve iyileştirici hekimlik hizmetlerinin bir arada yürütülmesini, kamu sektöründe sağlık hizmetlerinin bir elden yönetimini, halk ile bütünleşmeyi ve kamu sektöründe hekimlerin tam süre çalışma ilkesini öngörmektedir.²⁸⁶

Fişek tarafından devrim olarak nitelendirilen bu düzenlemeye olan ihtiyacı daha iyi ele alabilmek amacıyla kanun çalışmalarının başında bulunan dönemin Sağlık Bakanı Doktor Ragıp Üner’in konu ile ilgili olarak “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi konusundaki geçici istişari kongre toplantısı”nda yapmış olduğu konuşmasına bakmakta yarar vardır. Üner konuşmasında özetle şunları söylemiştir:

“Cari mevzuatımıza göre Türkiye’de tababet geniş ölçüde sosyalleşmiş bulunmaktadır. Her ne kadar sağlık hizmetlerinin bazı sahalarda sosyal tababetin tatbikatı kısmen muvaffak olmuşsa da diğer sahalarda tatbikat için lüzumlu şartlar layık veçhile temin edilemediğinden mevcut sistemimiz tatmin edici tarzda geliştirilememiş ve dolayısıyla sağlık hizmetlerimiz umulan hedefe ulaştırılamamıştır. Bunun çeşitli sebepleri vardır:

Bu sebeplerin başında, âmme sektöründe hizmet alan hekimlerin aynı zamanda muayenehane açarak mesleklerini serbest bir şekilde icra etmeleri ve böylelikle para kazanmak imkânına malik olmaları gelmektedir. Böylece âmme sektöründe çalışan hekim resmi vazifesinden dolayı bir taraftan memur vasfını taşımakta, diğer taraftan da muayenehanesi olması hasebiyle serbest sektörün ekonomik kanun ve faktörünün tesir sahasına dâhil bulunmaktadır.

İkinci sebep olarak, memleketimizde halk sağlığının bir ilim olarak tanınmaması ve sağlık idaresi hizmetleriyle kolektif sağlık tedbirlerini alacak personelin yetiştirilememesi gösterilebilir.

²⁸⁴ Hürriyet Gazetesi, 10 Ocak 1961

²⁸⁵ Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, **Resmi Gazete**, 12.06.1961/10705

²⁸⁶ Nusret H Fişek, **Halk Sağlığına Giriş...** s 163

Memleketimizde sağlık hizmetlerinin umulan neticeye ulaştırılamamasındaki üçüncü sebep mali imkânsızlıklardır.

Sağlık hizmetlerinin lâıyıkıyla inkişafını engelleyen sebeplerin birisi de yurttta mevcut hekimlerin memleket içinde sosyal adalete uygun bir şekilde tevzi edilmemiş, olmalarıdır. Hakikatte yurdumuzda hekim azlığından bahsedilemez. İleri seviyeli memleketler ayarında olmamakla beraber adilane bir tevzi sayesinde mevcut hekimlerle sağlık hizmetlerini hiç olmazsa en ücra köşelere kadar götürmek mümkün olacaktır.

Sağlık hizmetlerinden yurt ölçüsünde layıkıyla istifade edilememesinin mühim sebeplerinden birisi, hekimlerin ihtisasa tehâlük göstermeleri ve dolayısıyla iyi edici hekimlik sahasının koruyucu hekimliğin aleyhine inkişaf etmesidir.

Sağlık hizmetlerinin inkişafında çeşitli hastalıklara yakalanan vatandaşlarımızın tedavisi ve hastane faaliyetleri mühim bir yer işgal etmektedir. Memleketimizde halk sağlığı hizmetlerinin yeter derecede inkişaf etmemiş olması, hastane hekimlerinin tedavi etmek zorunda buldukları hasta sayısını çok arttırmaktadır. Bizde bölge hekimliği mevcut olmadığından hastalar bir süzgeçten geçirilmeden doğrudan hastanelere müracaat etmektedirler. Bölge hekimliği ihdas olunduğu takdirde hastaların bir kısmı bölge hekimi tarafından evde veya ayakta tedaviye tâbi tutulacak ve dolayısıyla hastane hizmetleri daha kolaylıkla görölerek arzulanan inkişaf da sağlanacaktır.

Memleketimizde de, yılların verdiği tecrübelerle dayanarak sağlık hizmetlerinin sosyal adalete uygun bir şekilde, bilhassa köylük bölgelerdeki vatandaşlarımızın istifadelerine arz edilmesini temin maksadıyla bu hizmetlerin sosyalleştirilmesi en pratik hal çaresi olacaktır. Bu hususta birçok yollar ve usuller tavsiye edilebilir. Kanaatimizce en uygun hal çaresi, serbest hekimliği menetmemek şartıyla, amme müesseselerinde çalışan tabiplerin serbest hekimlik yapmalarına müsaade etmemektir. Tababet serbest meslek olduğu için hekimlerin kazanç bareminin diğer devlet memurununkine göre değil, serbest meslek sahiplerinin kazanç seviyelerine göre ayarlanması lazımdır. Bu sebeple, memlekette serbest meslek erbabı arasında umumi bir kazanç ayarlaması yapılmadan sadece hekimlerin kazançlarının tahdit edilmesi hak ve adalet prensiplerine uymaz.

Yurttta sağlık hizmetlerinin inkişafının sağlanması için iki mühim faktörün ele alınması icap etmektedir. Bunlar mali İmkânlarla personel ve organizasyon meseleleridir.

Biz burada daha ziyade memleketimizde sağlık hizmetlerinin, sağlık personelinin haklarını mahfuz tutmak şartıyla, sosyal adalete uygun bir şekilde ve milli inkılâp

hareketimizin ruh, mana ve şümülü dairesinde bilhassa köylük mıntıkaya kadar götürülmesini ve bu hizmetlerin umulan gayeye ulaştırılmasını sağlayacak personel ve organizasyon problemleri üzerinde duracağız.

*Yapılacak hizmet son derece büyük ve naziktir. Zira köklerini Osmanlı Hükümetleri zamanına kadar salmış olan bir sistem kaldırılarak yerine bugünün sosyal nizamına uygun bir organizasyonun ikamesi istihdaf edilmektedir.*²⁸⁷

Yukarıdaki sözlerden anlaşılacağı üzere dönemin Bakanı kendilerinden önce verilmiş olan sağlık hizmetlerini göz ardı etmemekle birlikte mevcut durumda ciddi sorunların bulunduğunu ve bu sorunların çözümü, yani ülkede “Sağlık hizmetlerinin lâyıkıyla inkişafını” sağlamak için bu köklü değişiklik ya da reformun gerçekleştirilmesi gerektiğini vurgulamıştır.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunun Gereğesine bakıldığı zaman, bu kanunun çıkarılmasındaki “gaye”nin şu şekilde ifade edildiği görülmektedir: *“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.*²⁸⁸

Kanun metninde ise “Kanunun Gayesi”: *“İnsan Hakları Evrensel Beyannameinde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak maksadıyla tababet ve tababetle ilgili hizmetler bu kanun çerçevesinde hazırlanacak bir program dâhilinde sosyalleştirilecektir*²⁸⁹ şeklinde ifade edilmiştir.

Gereğede bunun yanı sıra bu amacın gerçekleştirilmesi için acilen halledilmesi gereken sağlık sorunları şu başlıklar halinde sıralanmıştır:²⁹⁰

1. Köylerdeki sağlık hizmeti: Nüfusun yüzde seksenini teşkil eden köylünün ayağına kadar götürülmüş bir sağlık hizmeti eksikliği.

2. Halk sağlığı (koruyucu hekimlik) hizmetleri: koruyucu hekimlik hizmetlerinin tatmin edici olmaktan uzak oluşu.

2.a Veremle savaş hizmetlerinin yetersizliği

²⁸⁷ Ragıp Üner, Nusret Fişek, **Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Uygulama Planı Üzerine Çalışmalar**, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yay. No 256, Ankara, 1961, s 63-66

²⁸⁸ Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’un Gereğesi, Üner, Fişek, **a.g.e.** s 70

²⁸⁹ Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, **Resmi Gazete**, 12.06.1961/10705, ayrıca, Üner, Fişek, **a.g.e.** s 109

²⁹⁰ Ayrıntılı açıklamalar için bkz. Üner, Fişek, **a.g.e.** s 70-75

- 2.b Ana-çocuk sağlığı: Anne ve bebek ölüm oranlarının yüksek oluşu.
- 2.c İstatistik hizmetlerinin yetersizliği.
- 2.d Çevre sağlığı: çevre şartlarının iyileştirilmesi.
- 2.e Halk için sağlık eğitimi.
- 2.f Halkın beslenmesi ve nüfus siyaseti
3. Sağlık Laboratuvarlarının standardize edilmesi ve kalitelerinin yükseltilmesi.
4. Hastane Hizmetlerinin yetersizliği.
5. Büyük şehirlere hasta akını.
6. Personel ihtiyacı.
7. Bakanlık merkez teşkilatının taşra teşkilatı üzerindeki hâkimiyetinin yetersizliği.
8. İlaç meselesi: Ülke ihtiyacını karşılayacak miktarda iyi ve ucuz ilaç temini.
9. Sosyal Hizmetler: Korunmaya muhtaç kimsesiz çocukların ihtiyaçlarına yönelik bakım ve yetiştirme yurtları gibi kurumlar ile bedensel ve ruhsal sorunları olan vatandaşların rehabilitasyon ve korunmasına yönelik kurumların yetersizliği.

Yine kanun gerekçesinde sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinin uygulaması ayrıntılı bir biçimde anlatılmaktadır.

Gerekçeye göre; Sosyalleştirilmiş tababet, tam anlamıyla, İngiltere ile Sovyet Rusya'da uygulanmakta olup bu ülkelerde bir kaç bin nüfusa bir pratisyen tabip tahsis edilmekte, bunların tedavi edemedikleri vakalar da hastanelere gönderilmektedir. Tabipler kendi listelerine giren nüfus arasından hastalananlara, para almaksızın bakmak zorundadırlar. Buna karşılık kendilerine, devletçe yüksek ücretler ödenmekte, onlar da buna karşı ülkenin her tarafına giderek çalışmaktadırlar. Bu iki ülkede tababetin sosyalleştirilmesi sayesinde her yerde, belli oranda nüfus gurubu emrine tabip ve diğer sağlık personeli tahsis edilmiştir. Aynı usulü Türkiye'de, uygulayarak sağlık hizmetini köylere kadar götürmek çok verimli bir standarda ulaşmayı mümkün kılacaktır.²⁹¹

5.000 - 10.000 kişilik nüfus gurubuna bir tabip ve en az iki yardımcı sağlık personelinden oluşacak bir ekip verilecektir. Bu kurumun adı "sağlık ocağı" olarak

²⁹¹ Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un Gerekçesi, Üner, Fişek, a.g.e. s 80

belirlenmiştir. Bu ekiplere teknik yardım ve önderliği ilçelerde kurulacak olan sağlık merkezleri veya varsa ilçe hastaneleri yapacaktır. Bizzat sağlık ocaklarına bağlı olarak da, köylerde, yalnız yardımcı sağlık personelinin çalıştığı “sağlık evleri” kurulacaktır. Bunu yanı sıra köylerde sağlık evleri inşaatı biraz daha geniş tutulursa aynı zamanda okul ve öğretmenlerin lojman sorunu da çözüme kavuşturulabilecektir. Bu şekilde sağlık evleri köy kalkınma merkezi görevi görecektir. Bu merkezler gezici sağlık ekipleri aracı ile öğretmenlere her türlü tıbbi yardım yapacağından ve öğretmenlerin ilçe merkezi ile ilgisini kolayca sağlayacağından öğretmenler moral bakımından takviye edilmiş olacak ve hizmetini daha verimli bir şekilde yapacaklardır. İl ve ilçe merkezlerindeki veteriner ve ziraatçıların, gezici sağlık ekiplerinin araçlarından yararlanmaları ve halkla temaslarını sağlık evlerinde yapmaları suretiyle her çeşit köy hizmetinin koordineli bir şekilde yürütülmesi mümkün olacaktır. Bu şekilde sağlık evinin bulunduğu köy, köy grubu içinde özel bir yer alacaktır. Sağlık evi, sağlık ocağı ve sağlık merkezi kademelerinde yapılan sağlık hizmetlerinin yetersiz kalacağı durumlarda ise hastalar illerdeki hastanelere gideceklerdir.²⁹²

Yukarıda da bahsedildiği üzere mevcut durumda (sosyalleştirme öncesi) ilçe esasına göre “hükümet tabipliği” sistemi bulunmaktaydı. Oysa nüfus kriterine göre örgütlenmesi planlanan sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinde sağlık hizmetinin köy ve mahallelere ulaştırılması planlanmıştır.²⁹³ Zaten kanun metnindeki sağlık ocağı tanımına bakıldığında zaman *“takriben 5000-10000 kişinin köyler grubu veya bir kasaba veya şehir ve büyük kasabalardaki mahalle grupları bir sağlık ocağını teşkil eder. Bunun il içinde idari taksimata uyması icabetmez”*²⁹⁴ ifadesinden de artık sağlık hizmetlerinin kapsam anlamında ülkede bulunan idari yapı (il, ilçe, köy) ile sınırlandırılmayacağı anlaşılmaktadır.

Personelin özlük hakları ile ilgili olarak ise; gerekçeye göre, Sağlık hizmetinin verimi bütün yurda eşit oranda dağıtımı, özellikle tabiplerin ve sağlık personelinin bütün çalışma sürelerini görevlerine ayırmaları ile mümkün olabilecektir. Bu da personelin özlük haklarının, özel sektörün cazibesini ortadan kaldıracak şekilde düzenlenmesi ile mümkün olacaktır.²⁹⁵

Personelin çalışma süresi ve özlük hakları ile ilgili konuların kanundaki durumuna bakıldığında zaman, sağlık çalışanlarının (özellikle hekimler) iki gruba ayrıldığı görülmektedir.

²⁹² Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’un Gerekçesi, Üner, Fişek, **a.g.e.** s 83

²⁹³ Zafer Öztekin, “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri” **Yeni Türkiye Dergisi**, C. 7, S. 3, Mayıs-Haziran 2003, s 63

²⁹⁴ Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun,**Resmi Gazete**, 12.06.1961/10705, ayrıca, Üner, Fişek, **a.g.e.** s 110

²⁹⁵ Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’un Gerekçesi, Üner, Fişek, **a.g.e.** s 84

Bunlardan birincisi, sosyalleştirme bölgelerinde çalışan ve özel kazançlardan faydalanmayan sağlık çalışanları, diğeri ise özel kazanç sahibi sağlık çalışanlarıdır.²⁹⁶ Kanunun 3. maddesinde: “Sağlık Hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölge veya kurumlarda çalışan sağlık personeli ücret mukabilinde veya herhangi bir şekilde menfaat sağlayarak serbest meslek icra edemezler²⁹⁷” denilmekte, 4. maddesinde ise: “Amme sektörüne dâhil kurumlardan maaş veya ücret almayan ve hiç bir şekilde aynı ve nakdi menfaat hekim ve tababet şubeleri mensupları meri kanunların hükümleri dairesinde- mesleklerini serbestçe icraya ve hususi sağlık müesseseleri ve eczane kurmaya mezundurlar.²⁹⁸” denilmektedir.

Bu hükümler bu gün “Tam Gün Yasası” olarak bilinen uygulamanın aynısıdır. Ancak konu ile ilgili gerekçede de bahsedildiği üzere bu tür uygulamalar sağlık personelinin özlük haklarında da düzenleme yapmayı gerektirmektedir. Çünkü özellikle hekimler hemen her dönemde özel sektörde veya serbest olarak çalıştıklarında gayet iyi gelirler elde edebilmişlerdir.

Özlük hakları ile ilgili düzenleme kanununun 24-28. maddelerini içeren “Personele dair hükümler” başlığı altında düzenlenmiştir. Burada asıl önemli olan konu yani ücretler konusu, kanununun 26. maddesinde şu şekilde düzenlenmiştir: “... Sağlık personeline mukavele ile verilecek ücret miktarları bu meslek mensuplarının umumi serbest kazanç seviyeleri, hizmet süreleri, ihtisasları, işgal ettikleri mevkinin önemi, yaptıkları vazifenin ağırlığı ve çalıştıkları bölgelerde maruz kaldıkları mahrumiyet şartları göz önüne alınarak Sağlık ve sosyal Yardım Bakanlığı'nın teklifi ve devlet Personel Dairesi'nin tespit ettiği esaslara göre Bakanlar Kurulu'nca tayin olunur.²⁹⁹” Bu kanun hükmünün sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi kanununun uygulamasını önemli ölçüde kolaylaştıracak (kolaylaştırmış olan) bir hüküm olduğunu söylemek çok da iddialı bir tez olmasa gerektir.

Mali konular ile ilgili olarak, Sağlık alanında yapılması planlanan sosyalleştirme uygulamasını gerçekleştirebilmek ve kırsal kesimde yaşayan vatandaşların şehirlerdekilere yakın bir seviyede sağlık hizmetine kavuşturulabilmelerini sağlamak, geniş mali imkânların

²⁹⁶ Hilmi Ziya Ülken, “Sağlık Hizmetlerinin sosyalleştirilmesi” **Mediko Sosyal Sağlık Dergisi**, yıl 1, sayı 1, C 1, Ekim 1961, s 5

²⁹⁷ Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun,**Resmi Gazete**, 12.06.1961/10705, ayrıca, Üner, Fişek, **a.g.e.** s 110

²⁹⁸ Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun,**Resmi Gazete**, 12.06.1961/10705, ayrıca, Üner, Fişek, **a.g.e.** aynı yerde

²⁹⁹ Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun,**Resmi Gazete**, 12.06.1961/10705, ayrıca, Üner, Fişek, **a.g.e.** s 116 ayrıca bkz. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmiş olduğu bölgelerde sözleşme ile çalıştırılacak sağlık personeline verilecek ücret ve tazminat ile bu personelin çalışma şeklini gösterir yönetmeliğin yürürlüğe konulması., B.C.A. Tarih 26.08.1963, Fon: 30.18.01.02 Yer No: 172.46.9

sağlanmasını gerektiren bir teşebbüstür. İngiltere ve İsveç gibi sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği ve hizmet seviyesinin yüksek olduğu ülkelerde bu hizmetler için nüfus başına yılda 400 lira, Türkiye’de ise işçi Sigortalarında sağlık hizmeti için kişi başı yılda 90 lira harcanmaktadır. Milli gelir ve bütçeden Sağlık işlerine Batı ülkelerindeki oranlar üzerinden bir pay verilirse bu büyük proje yürürlüğe girebilir. İstatistik Genel Müdürlüğünün yayınlarına göre Türkiye’nin 1958 yılındaki milli geliri 33 milyar liradır. Batı ülkelerinde milli gelirin yüzde beşinin tıbbi baskıma (tedavi hizmetleri) harcandığı göz önüne alınırsa Türkiye’de de 1,6 milyar liranın bu hizmetlere harcanması gerektiği kabul edilebilir. Batı ülkelerinde bunun yanı sıra hükümet bütçelerinin yüzde 10-15’i de halk sağlığı hizmetlerine tahsis edilmektedir. Türkiye bütçesinden de bu oranda bir tahsis mümkün olursa kaynaklardan da genel sağlık hizmetlerine yılda 600-900 milyon lira arasında bir ödenek ayrılması gerekir.³⁰⁰

Gerekçeye göre, Türkiye’de 1960 yılı itibarıyla sağlık işlerine harcanan paranın kişi başına yılda 30 lira civarında olduğu tahmin edilmektedir. Bu paranın 5 lirası Sağlık Bakanlığı bütçesine konan ödenek iken 15 lirası hastaların serbest meslek icra eden sağlık çalışanlarına ödedikleri muayene ve tedavi ücretleriyle ilaca verdikleri paranın toplamıdır. Sosyalleştirmenin gerektirdiği masraflar, yabancı ülkelerdeki kişi veya aile başına alınan vergilerle veya zorunlu sigorta primleriyle karşılanmaktadır. Bununla beraber milli gelirin son yıllardaki seyri incelendiğinde, bunun vasıf değiştirdiği, önceden yüzde elliden çoğu tarım gelirine dayandığı halde 1958 de yüzde 45’inin tarıma, yüzde 55’inin de endüstri, ticaret ve meslekler icrasına dayandığına görülebilir. Bu da milli gelirin; vergi, sigorta primi, resim harcı gibi imkânları arttıracak bir seyir aldığını gösterir.³⁰¹

Görüldüğü üzere gerekçede maliyetleri karşılamak için zorunlu sigorta primi (sağlık sigortası) uygulamasından ve bazı vergilerden yararlanılabileceğinden bahsedilmektedir. Gerekçenin 32.maddesinde ise bu konuya açıklık getirilmekte ve gelirler maddeler halinde sıralanmaktadır. Maddeye bakıldığı zaman: “*Sosyal/eştirilmiş sağlık hizmetinin maliyeti, her memlekette olduğu gibi, yurdumuzda da yüksektir. Bu masrafı tamamıyla bütçeye yüklemenin pratik olmayacağı aşikârdır. Bu sebeple hizmeti destekleyecek mali kaynaklar bakımından vasıtasız ve vasıtalı vergilere başvurmak imkânları araştırılmıştır Madde bu vergilerle sair tahsisatı tespit etmektedir.*” denildiği görülür.

Maddenin devamında söz konusu bu zorunlu sağlık sigortasının gelir kaynakları şöyle belirlenmektedir:

³⁰⁰ Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’un Gerekçesi, Üner, Fişek, a.g.e. s 84

³⁰¹ Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’un Gerekçesi, Üner, Fişek, a.g.e. s 84-85

- 1) Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgede yaşayan ve 12 yaşını geçmiş olanlardan yılda nüfus başına alınacak olan 25 lira sağlık sigortası primi.
- 2) Beher kilo tuzdan alınacak 5 kuruş sağlık vergisi (Tekel idaresince doğrudan doğruya ihraç olunacak tuzlar bu vergiden müstesnadır).
- 3) PTT idaresince naklolunan dâhili mektup, posta kartı ve tebrik kartlarından alınacak 5 kuruş sağlık vergisi.
- 4) Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde işçi sigortalı kurumu ve diğer kurumlarca sağlık sigorta primi, aidat gibi muhtelif adlarla toplanan paralar.
- 5) Özel idarelerin bir evvelki mali sene içindeki gelirinin yüzde 5'i.
- 6) Umumi muvazeneden ayrılan tahsisat.
- 7) Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri örgütü tarafından toplanan ücretler.
- 8) Radyo alıcı makinesi sahiplerinden her yıl alınacak 25 liralık sağlık vergisi.

Kanunun mali konular ile ilgili maddeleri ise şu şekilde sıralanmıştır.³⁰²

Madde 29 — Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerdeki inşaat, Bayındırlık Bakanlığınca tercihen yapılır.

Madde 30 — Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde amme kurumların sağlık teşekküllerine ait binalar, malzeme, ilâç 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 Bakanlığınca emrine verilir.

³⁰² Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, **Resmi Gazete**, 12.06.1961/10705, ayrıca, Üner, Fişek, **a.g.e.** s 116-117

c) Bir kısım sermayesi hakiki veya hükmi şahıslara ait olan âmme 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 alt diğer hususat Maliye, Sağlık ve Sosyal Yardım ve ilgili Bakanlıklar arasında müştereken tas bit edilecek esaslara göre yürütülür.

Madde 31 — Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde hususi tababet icra edenlerin -istedikleri takdirde - sanatlarını icra için kullandıkları alet, makine, cihaz ve malzemelerden işe yarar olanlar Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından satın alınabilir. Satın alma bedeli; malzemenin maliyeti, amortismanı, satın alındığı tarihteki rayiç fiyatı göz önünde tutularak Maliye, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlıkları tarafından kurulacak bir komisyon kararı ile tayin olunur.

Madde 32 — 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.

Görüldüğü üzere Bakanlık, gerek başka bakanlıklardan destek alarak, gerek devir yolu ile ve gerekse kamulaştırma yolu ile alt yapı işlerini tamamlamayı planlamıştır. Zaten tüm bina ve teçhizatın yeniden yapılıp alınması gibi bir yola gidilmesi maliyetlerin karşılanamaz bir hal almasına neden olurdu. Dolayısıyla eldeki imkânların verimli bir şekilde kullanılmaya çalışıldığı söylenebilir. Ancak gerekçede belirtilen ve hatta kanunun tasarı halinde de bulunan bu “zorunlu sağlık sigortası” ve bununla ilgili kaynakların kanunda bulunmadığı görülmektedir. Çünkü Sosyalleştirme ile getirilmek istenen zorunlu sağlık sigortası yasa görüşmeleri sırasında tasarıdan çıkarılmıştır.

Bu maddenin neden kanunlaşmadığı konusuna gelince, hazırlanan bu finansman projesi dönemin Maliye Bakanlığı'nca uygun bulunmadığı görülmektedir. Bu olayı Doktor Fişek şöyle açıklar: “...Maliye'den adam çağırdık. Maliye'den gelen adam, aşağı yukarı, Sosyalleştirmedeki mali politikayı o koydu” der ve gelen Maliye görevlisinin şöyle dediğini

söyler: “Bunun adı sağlık primi de olsa bu vergidir. Zorla toplanacağına göre, halk tepki gösterir. O hizmete özel, vergi modası geçmiş bir sistemdir. İkincisi, sigorta kuracaksınız bu primleri toplamak için teşkilat kuracaksınız, bu hususta en deneyimli örgüt Maliyedir, bu işi maliye yapar”.³⁰³ Bundan sonra Doktor Fişek konu ile ilgili olarak Maliye Bakanı ile de görüşmüş ise de herhangi bir sonuç alamamış ve bahsedilen madde kanunlaşmamıştır.

Gerekçede tıbbi bakım için kurulacak sağlık kurum ve kuruluşlarının tahmini tesis ve idare masrafları, dönemin para kıymeti üzerinden aşağıdaki şekilde gösterilmiştir:

Beher tesisin kuruluş ve idame masrafları³⁰⁴:

Müessesenin adı	Tesis masrafı	İdame masrafı
Sağlık evi	40.000	10.160
Sağlık ocağı	140.375	115.006
Sağlık Merkezi (25) yataklı	717.666	296.850
Hastane (1200) yataklı	9.145.400	1.893.536

Gerekçeye istinaden hazırlanan kanun tasarısına göre uygulama, pilot bölgeler belirlenerek başlayacak ve bu bölgelerdeki uygulama üç yıl sürecektir. Bu süre içinde halk sağlığı hizmetlerinde çalışan personel de bu kanun hükümlerinden faydalanacaktır. 1964 yılından itibaren sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri bütün yurda 10 yılda ve kademe, kademe yayılacaktır.

3.2.4 Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu'nun Uygulanması

Bakanlık tarafından öncelikle yürürlüğe giren bu yeni kanunun yürütülmesi ve yapılacak olan çalışmaların planlanması amacıyla merkez teşkilatta “Sosyalleştirme Dairesi Başkanlığı” kurulmuştur. Taşrada ise hizmetlerin yürütülmesi ve hedeflere ulaşmada

³⁰³ Nusret Fişek, “Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları III” Zafer Öztekin tarafından yapılan rapor.

http://www.hm.saglik.gov.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=37&Itemid=30

³⁰⁴ Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un Gerekçesi, Üner, Fişek, a.g.e. s 85

sorumluluk öncelikle sağlık ocaklarına ve sağlık evlerine verilmiştir. Bu kurumlara bakıldığında:³⁰⁵

Sağlık Ocağı: 5-10 bin (ortalama 7 bin) kişilik toplumun yaşadığı coğrafi bölgedeki sağlık hizmetlerinin, yürütüldüğü tıbbi ve sosyal kuruluştur. Ocak personel kadrosu bir hekim, yeteri kadar sağlık memuru hemşire, ebe, tıbbi sekreter, şoför ve hizmetliden meydana gelir.

Sağlık Evi: Hizmetin uç ünitesi olan sağlık evleri ortalama 2500 kişilik köy grupları için kurulmuş olup bir köy ebesi tarafından yönetilir, sağlık ocağına bağlı ve sağlık ocağı personeli ile birlikte sağlık hizmeti görür.

Bu iki önemli hizmet ünitesi dışında, grup hastaneleri, çeşitli koruyucu hekimlik örgütleri, sağlık hizmeti öncelik arz eden yerler için kurulmuş sağlık örgütleri, bölge hastaneleri ve laboratuvarlar sağlık personeli yetiştiren eğitim ve öğretim kuruluşları sağlık müzeleri ve hepsinin bağlı olduğu Sağlık ve Sosyal Yardım Müdürlüğü bulunmaktadır.

Yukarıda da bahsedildiği üzere kanunun uygulanması öncelikle pilot bölgelerde başlamıştır. İlk seçilen pilot il Muş'tur. Muş ilinin pilot bölge olarak tespiti 05.04.1962 tarihli ve 352 sayılı Bakanlar Kurulu Kararnamesi ile gerçekleştirilmiştir. Kararnamede pilot bölge uygulamasının 01.03.1962 tarihinde başlatılması karara bağlanmış ise de³⁰⁶ Muş ilindeki uygulama 1 Ağustos 1963'den itibaren 19 sağlık ocağı ve 35 sağlık evi ile başlamıştır. Kararnameye göre pilot uygulamanın başlangıç tarihinin kararnamenin çıkma tarihinden önce olması da dikkat çekicidir. Muş ilinden sonra, 04.05.1964 tarihli ve 6/3008 sayılı Bakanlar Kurulu Kararnamesi³⁰⁷ ile Mardin, Diyarbakır, Siirt ve Urfa illerinde, 1965'te Diyarbakır, Erzincan ve Erzurum illerinde, 1967'de Adıyaman, Bingöl, Elazığ, Malatya ve Tunceli illerinde , 1968'de Artvin, Giresun, Gümüşhane, Rize ve Trabzon illerinde, 1969'da Maraş ve Edirne illerinde, 1970'te Nevşehir illinde, 1973'te Bolu, Sinop, Amasya, Çankırı, Kastamonu, Yozgat, Çorum ve Kırşehir illerinde, 1975'te, Afyon Bilecik Konya ve Tokat illerinde Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi uygulamasına geçilmiştir.³⁰⁸

Pilot uygulama ile ilgili olarak, Muş ilinde tetkiklerde bulunan İngiltere'nin eski Milli Sağlık Teşkilatı Müsteşar Yardımcısı Doktor Neville Goodman Bakanlığa vermiş

³⁰⁵ **Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl**,... s 234-235

³⁰⁶ B.C.A. Tarih: 05.04.1962, Fon: 30.18.01.02 Yer No: 164.13.15, s 1

³⁰⁷ B.C.A. Tarih: 04.05.1964, Fon: 30.18.01.02 Yer No: 177.24.12, s 1

³⁰⁸ **Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl**,... s 236-237 ayrıca 24.12.1972 tarihli ve 7/5614 sayılı Bakanlar Kurulu Kararnamesi için bkz. B.C.A. Tarih: 24.12.1972, Fon: 30.18.01.02 Yer No: 292.99.14, s 1, ayrıca 07.04.1975 tarihli ve 7/9778 sayılı Bakanlar Kurulu Kararnamesi için bkz. B.C.A. Tarih: 07.04.1975, Fon: 30.18.01.02 Yer No: 329.27.8, s 1

olduğu raporda şunları belirtmiştir: “Elde ettiğim en önemli sonuç şudur ki proje daha şimdiden başarılıdır. Hastalar sağlık ocaklarına kitle halinde gitmektedirler. Ocaklara günde ortalama 25-50 kişi müracaat etmektedir. Halk ocaklara gitmeyi şimdiden âdet edinmiştir ve doğrudan doğruya hastaneye gitmemektedir (kazalar ve acil haller müstesna). Hastanedeki mütehasıslar hastaları il dışından, -meselâ Bitlis ve Diyarbakır gibi diğer illerden dahi- celbetmektedirler. Tıp personelinin ve diğer personelin çoğunluğu memnun, gerçekten şevklidir ve geri kalan azınlık da bina programı tamamlanıp yeni evlerine taşındıkları vakit memnun olacaklardır. Bu durumun ve çok cazip bir manzara teşkil eden -sağlık ocak binalarının, sağlık personeli evlerinin- köylülere, kendileri için müspet bir iş yapıldığı intibasını müşahhas bir şekilde ortaya koyduğu muhakkaktır”³⁰⁹

Doktor Fişek 1966 yılında Sağlık Bakanlığı Müsteşarlığı görevinden ayrılmıştır. Yukarıdaki raporda da açık bir şekilde görüldüğü gibi başlangıçta başarı ile uygulanan sosyalleştirme programı Fişek’e göre 1966 yılından başlayarak başarısız bir uygulama şekline dönüşmüştür. Fişek bu başarısızlığı 6 temel nedene bağlamaktadır:³¹⁰

1. Bazı Sağlık Bakanları ve bunlara bağımlı olarak yüksek kademe yöneticileri kanunun uygulanması gereğine inanmamışlar ve personelin güvenini sarsmışlardır.
2. Hastane ve sağlık ocaklarına yeter sayıda hekim atanmamıştır.
3. Hekim ve diğer sağlık personeli fakülte ve okullarda hizmetin gerektirdiği şekilde yetiştirilmemiştir.
4. Sağlık ocakları ile hastaneler arası işbirliği kurulmamıştır.
5. İl düzeyinde sağlık yönetimi yetersizdir. Sağlık ocaklarını denetleyecek grup başkanlıkları kurulmamıştır. Yerel Örgütler, çoğunlukla şefi olmayan bir orkestra ve komutamız bir orduya benzemektedir.
6. Hizmet için verilmesi kanun gereği olan ödenekler hiçbir zaman yeter düzeyde verilmemiştir. Araç, gereç ve ilaç sıkıntısı daima büyük sorun olmuştur.

Bahsedilen sorunlara rağmen Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi programı sayesinde öncelikle mahrumiyet bölgelerine yani kırsal kesimin en uç noktalarına kadar sağlık hizmeti (özellikle koruyucu sağlık hizmeti) götürülmeye çalışılmıştır. Kimi mahrumiyet bölgeleri ilk kez doktor, hemşire, ebe görmüştür. Bu bölgeler ile ilgili belki de

³⁰⁹ B.C.A. Tarih: 04.11.1963, Fon: 30.01.00.00 Yer No: 77.484.7, s 1

³¹⁰ Fişek, **Halk Sağlığına Giriş...**, s 167

en önemli gelişmelerden biri aşılama faaliyetlerinin yaygınlaştırılmasıyla kızamık, çiçek, difteri, tetanos, verem, çocuk felci ve tifo gibi hastalıklar sonucu meydana gelen çocuk ölümlerinin önemli ölçüde azalmasıdır.³¹¹

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi programı 2000’li yıllara kadar özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde uygulanmaya devam etmiştir. Bunu 1963 yılından itibaren uygulanmaya başlayan beş yıllık kalkınma planlarında da görmek mümkündür.

3.3. Planlı Dönemdeki Diğer Gelişmeler

3.3.1. Devletin Nüfus Politikasının Değişmesi

Önceki bölümlerde de izah edildiği üzere Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin kuruluşundan itibaren Türkiye’de ülke nüfusu ile ilgili olarak “nüfusun artırılması” yönünde bir devlet politikası izlenmiştir. Osmanlı Devleti’nin son dönemlerinden itibaren ülkenin sürekli olarak seferberlik halinde olması, salgın hastalıkların yaygın olması nedeniyle nüfusun, özellikle genç nüfusun, önemli ölçüde azalması bu politikanın izlenmesinin doğal sebebidir. Yani devletin varlık ve devamlılık sebebi olan nüfusunun, devletin varlığını sürdüreceği oranda artması yönünde politika uygulaması normal bir uygulamadır.

60’lı yıllara kadar uygulanan politikalara uygulanan mevzuat açısından bakıldığında çıkarılan kanunlara hem nüfusun artırılması ile ilgili teşvik edici hem de buna aykırı davranışlara yönelik cezalandırıcı maddelerin bulunduğu görülür. Teşvik edici maddelerden en önemlilerinden biri 2. bölümde de bahsedilen Umumi Hıfzıssıhha Kanununun 156. maddesidir. Bu maddede: “*Bu kanunun neşrinden sonra berhayat çocuğu altı veya altıdan fazlaya baliğ olan kadınlara Devletçe mükâfatı nakdiye verilmesi için her sene Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti bir faslı mahsus açılır. Arzu edenlere nakdi mükâfat yerine ihdas edilecek bir madalya verilir. Bu kanunun neşri tarihinde berhayat altı veya daha ziyade çocuğu olan kadınlara dahi bu madalya verilir*”³¹² denilmiş ve ailelerin çok çocuk sahibi olmaları özendirilmiştir. Bunun yanı sıra konu ile ilgili cezalandırıcı maddeler ise 1926 yılında hazırlanmış olan Türk ceza Kanunu’nun³¹³ 468-472. maddelerinde sayılmıştır. Bu maddelerin bazılarında aşağıdaki hükümler bulunmaktadır:

³¹¹ Mükremin Taşkın, “Sağlık Politikamız”, **Yeni Türkiye Dergisi**, Sağlık Özel Sayısı, Sayı:39, (Mayıs-Haziran, 2001), s.244.

³¹² Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, **Düster**, 3. Tertip, C11, S324-373

³¹³ Tüm maddeler için bkz. “765 sayılı Türk Ceza Kanunu”, **Düster**, VII, 3.tertip, s. 519

Madde 468: Alet ve ilaç kullanarak veya başkası tarafından kullanılmasına razı olunarak çocuk düşüren kadın, altı aydan üç seneye kadar hapsolunur.

Madde 469: Bir kadının rızasıyla vasıta temin ederek çocuğunu düşürten kimse bir seneden üç seneye kadar hapse mahkûm olur. Eğer bu düşürtme neticesi veya düşürmek için kullanılan vasıttan kadın telef olursa ceza dört seneden yedi seneye kadar ve eğer kadının ölümü razı olduğu vasıttan daha tehlikeli bir vasıta kullanmaktan hâsıl olmuşsa ceza beş seneden on seneye kadar ağır haptir.

Madde 470: Bir kimse gebeliğini bildiği bir kadının rızası olmadığı halde çocuk düşürmeye mahsus ilaç ve sair vasıta kullanmak yahut kadını dövmek veya yaralamak yahut başka bir fiil işlemek suretiyle çocuk düşürtürse yedi seneden on seneye kadar ağır hapse mahkûm olur. Eğer bu düşürtme neticesinde veya bunun için kullanılan vasıttan kadın ölürse ceza on beş seneden aşağı olmamak üzere ağır haptir. Eğer fail kadının kocası ise bu maddeye tayin olunan ceza altıda bir miktarı çoğaltılır.

Madde 471: Yukarıdaki maddelerde yazılan islerden birini yapan kimse sıhhati amme namına nizam altına alınmış sanat veya meslek ashabından olup da çocuk düşürtmeye mahsus çare ve vasıtaları öğrenmek veya kullanmak suretiyle bu fiili vukua getirmiş ve bundan kadının ölümü hâsıl olmuşsa hakkında mezkûr maddelerde yazılı olan ceza altında bir miktarı çoğaltılır.

Ancak, özellikle Sağlık Bakanlığı'nın kuruluşundan itibaren salgın hastalıklarla mücadelede gösterilen başarılar ve Kurtuluş Savaşından sonra herhangi bir savaşa girilmemiş olması 50'li yılların ortalarından itibaren ülke nüfusunun istenilen ölçüde artmış olması sonucunu doğurmuştur. Türkiye'deki nüfus politikası 60'lı yıllara kadar bu ve benzeri hükümler ve bunların uygulaması çerçevesinde şekillenmiştir.

Nüfus politikasının değişmesi ile ilgili ilk çalışmalar Dr. Zekai Tahir Burak ve Prof. Naşit Erez gibi kadın hastalıkları ve doğum uzmanları tarafından gerçekleştirilmeye başlamıştır. Sağlık Bakanlığı ilk olarak 1958 yılında bu konuyu incelemek için bir komisyon toplamış ve bu komisyon, Bakanlığa, gebeliği önleyici araç ve ilaçların satışının serbest bırakılması için yasaların değiştirilmesini önermiştir. 1960 yılında bu komisyonca hazırlanan rapor ve Hıfzıssıhha Okulu'nun araştırmalarının ışığı altında sorunun Sağlık Bakanlığınca yeniden ele alındığı görülmektedir. Devlet Planlama Örgütü ile Doktor Nusret Fişek'in temalarında onların da nüfus artış hızı bakımından kaygılı oldukları, fakat büyük küçük herkesin kırk yıldır "nüfusun hızla artışı" parolasıyla koşullandırıldıklarını göz önüne alarak

bu psikolojik engeli nasıl aşabileceklerini düşündükleri görülmüştür. Bunun üzerine, birlikte çalışılmasına karar verilmiş ve ortamı hazırlamak üzere Sağlık Bakanlığının harekete geçmesi kararlaştırılmıştır.³¹⁴

Doktor Nusret Fişek'in çabaları ile bu politikada değişiklikler olmaya başlamış ve yapılan çalışmalar sonucunda 1965 yılında 557 sayılı "Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun"³¹⁵ çıkarılmıştır.

Kanunun maddeleri ile ilgili Nusret Fişek'in değerlendirmesine bakılacak olursa:³¹⁶

a- Kanunun birinci maddesinde nüfus planlaması tanımlanmakta ve çocuk sahibi olmak ya da olmamak hususunun engellenemeyecek kişisel bir özgürlük olduğu belirtilmektedir. Millet Meclisi ve Cumhuriyet Senatosu görüşmelerinde, bu hakkın sadece ailelere tanınması konusunda bir fikir belirmiş ve tasarının değiştirilmesi için teklifler yapılmıştır. Özellikle köylerde, Medeni Kanuna göre resmen kaydedilmemiş ailelerin önemli bir sayıda olması, uygulamada hekimlerin evlilik durumunu saptamada olanaksızlıklarla karşılaşacakları ve sonunda, evli olsun ya da olmasın, her bireyin yasa karşısında aynı özgürlük ve haklara sahip olması ilkesi göz önüne alınarak, bu görüş çoğunluğun oyunu alamamıştır.

b- Çeşitli ülkelerde nüfus planlaması için değişik yöntemler kullanılmaktadır. Bu amaçla kürtaja, kısırlaştırma ameliyatlarına izin veren hükümler vardır. Ülkemizde, tıbbi zorunluluklar dışında kürtaj ve kısırlaştırma (sterilizasyon, kastrasyon) yapılması yasak edilmiştir. Bu şekilde bizde nüfus planlaması için sadece gebeliği önleme önlemlerinden yararlanılabilir.

c-Yasa, ülkemiz için nüfus planlamasını ekonomik, tıbbi ve sosyal bir zorunluluk olarak kabul etmekte ve bu zorunlulukların duyurulmasını öngörmektedir. Bu hususlar, Millet Meclisi ve Senatoda tartışma konusu olmuş ve kimi milletvekilleriyle senatörler nüfus planlamasının ekonomik bir zorunluluk olduğunu kabul etmemişler ve bu hükmü değiştirmek istemişlerdir. İktisatçılar, nüfus planlamasının gerekli olduğunda birleşmektedirler. Millet Meclisi ve Senatonun çoğunluğu da bu görüşü benimsemiş ve düzeltme önerileri kabul edilmemiştir.

³¹⁴ Nusret Fişek, "III. Uluslararası Jinekoloji Seminerinde (Ankara, Ekim 1963) Yaptığı Konuşma" **Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları – II**, "Ana-Çocuk Sağlığı, Nüfus Sorunları ve Aile Planlaması", http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_2/26.html

³¹⁵ Nüfus Planlaması Hakkında Kanun No.557, Resmi Gazete, 10 Nisan 1965

³¹⁶ Nusret Fişek, "**Türkiye'de Nüfus Planlaması**" **Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları-II**, "Ana-Çocuk Sağlığı, Nüfus Sorunları ve Aile Planlaması", http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_2/28.html

d- Kabul edilen yasaya göre, nüfus planlamasında kullanılacak ilaç ve araçların niteliği ve uygulanmasıyla ilgili konular, aralarında üniversite öğretim üyelerinin de bulunduğu bir bilimsel komisyonun görüşü alınarak SSYB tarafından saptanacaktır. Bu esaslara aykırı hareket edenler hakkında, yasada ağır ceza hükümleri vardır.

e- Yasa, yoksul olanlara parasız ya da maliyetinden ucuz fiyatla gebeliği önleyici ilaç ve araçların verilmesini öngörmüştür. Aslında bunlar pahalı ilaç ve araçlar değildir. Bu nedenle, bu yetkinin geniş ölçüde uygulanması gerekmeyecektir.

f- Yasada, tıbbi zorunluluk durumunda kürtaj ve kısırlaştırma ameliyatlarının ne şekilde yapılacağı da hükme bağlanmıştır. Bu suretle Nüfus Planlaması Yasası, kürtaj ve kısırlaştırma gibi suçlarla uğraşmak için olanaklar sağlamaktadır.

g- Yasanın esas maddeleri, yayınlanması tarihinde, uygulamaya ait olanlar ise üç ay sonra yürürlüğe girmektedir. Bunun nedeni de hükümete hazırlık için zaman sağlamaktır.

Bugün kimi aydınlar tarafından gereği hâlâ tartışılan bu yasa, yeni anayasamızın kabulünden sonra yasama organının kabul ettiği en önemli yasalardan biridir. Halkımız nüfus planlamasına gereksinim duymaktadır. Kendisine, kentte ve köyde bu isteğini gerçekleştirmek olanakları verilirse, bunun, ana ve çocuk sağlığı üzerine olumlu etkileri birkaç yılda görülecektir. 8-10 yıl içinde alınacak sonuçlarsa, ailede refahın artması, sosyal yatırımla ekonomik yatırım oranının, ekonomik yatırım lehine gelişmesi olanaklarının sağlanması gibi temel başarılar olacaktır.

557 sayılı yasanın öngördüğü hizmetlerin yürütülmesi görevi Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına verilmiştir. Kanunun çıkarıldığı 1965 yılında aile planlaması hizmetlerini yürütmek üzere 665 Sayılı Kanuna istinaden Bakanlık merkez teşkilatında “Nüfus Planlaması Genel Müdürlüğü” kurulmuştur.³¹⁷

3.3.1.1. Nüfus Politikasının Değişmesi ile İlgili Tartışmalar

Türkiye'nin Nüfus Politikasında gerçekleşen değişim 1965 yılında kanunun çıkması ile resmi bir nitelik almışsa da kamuoyunda bu konudaki tartışmalar 60'lı yılların başından itibaren başlamıştır. Özellikle yazılı basında yapılan tartışmalardan sürecin çok da kolay geçmediğini göstermektedir. Bunun yanı sıra kanunun meclis görüşmelerine bakıldığında da

³¹⁷ “Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğünün Tarihçesi”

<http://www.saglik.gov.tr/ACSAB/belge/1-4238/ana-cocuk-sagligi-ve-aile-planlamasi-genel-mudurlugunun-.html>

bu konuda ciddi muhalefetin olduğu görülmektedir. Sırasıyla basındaki tartışmalardan ve meclis görüşmelerindeki görüşlerden birkaç örnekle konu ele alınacak olursa:

Cumhuriyet Gazetesi'nin 18 Aralık 1960 tarihli sayısında Cevat Fehmi Başkut imzalı makalede nüfus politikasının değiştirilmesi şu şekilde eleştirilmiştir: *“Anadolu'nun nasıl bomboş bir memleket manzarası gösterdiği göz önünde tutulmalı, geniş topraklarda az nüfuslu millet olmanın bedbahtlığı hiç hatırdan çıkarılmamalıdır.”*³¹⁸

Yine Cevat Fehmi Başkut 21 Aralık 1960 tarihli makalesinde konuyu şu şekilde ele almıştır: *“Tekrar edeyim, ne yapıp yapacağız, kalabalık olacağız. Aynı zamanda kuvvetli ve müreffeh olmaya çalışacağız.”*³¹⁹

25 Aralık 1960 tarihli Hürriyet Gazetesine bakıldığında Besim Üstünel'in *“Nüfus Artışı ve İktisadi Kalkınma”* başlıklı makalesi dikkati çekmektedir. Üstünel makalesinde nüfus planlamasını, insan hakları, demokrasi ve refah seviyesi bağlamında ele alırken görüşlerini şu şekilde ifade etmiştir: *“İnsan Haklarından ve demokratik hürriyetlerden daha çok faydalanan, refah seviyesi daha hızlı ıslah edilebilen bir Türk Milleti, bunları feda pahasına elde edilecek daha kalabalık bir nüfus kitlesine nazaran her bakımdan tercih edilmelidir ve nüfus artışını kontrol zarureti esas itibarıyla bundan doğmaktadır.”*³²⁰

Ferit Hakkı Seymen, 29 Ağustos 1961 tarihli Yeni İstanbul Gazetesi'nde yayımlanan *“Doğumları Kontrol mü?”* başlıklı makalesinde, konuyu gelenek ve din referansı ile işgücü ve milli savunma açısından ele almış ve şu ifadeleri kullanmıştır: *“Geleneklerimize, dini ve ahlaki inançlarımıza, hatta iktisadi ve milli menfaatlerimize uymayan doğum kontrolü mevzuunda çok dikkatli ve temkinli olmak lazımdır.”*³²¹

Diğer bir görüşü 11 Ekim 1961 tarihli Milliyet Gazetesi'nde Haluk Cillov imzası ile yayımlanan makalede görmek mümkündür. Cillov ise konuyu ekonomik açıdan değerlendirmekte olduğu makalesinde: *“Bu günkü manzarası ile her gün korkunç bir tempoda artan nüfusumuz faydadan ziyade ekonomimiz için zararlı olmaktadır. Bu itibarla hangi parti iktidara gelirse gelsin nüfus artış hızını ilmi metotlarla önlemesi ve artık tehlikeli bir hal almaya yüz tutan zirai işsizlere iş bulunmasına doğru gidilmesi gerekecektir.”*³²² demiştir.

³¹⁸ Cumhuriyet Gazetesi, 18 Aralık 1960

³¹⁹ Cumhuriyet Gazetesi, 21 Aralık 1960

³²⁰ Hürriyet Gazetesi, 25 Aralık 1960

³²¹ Yeni İstanbul Gazetesi, 29 Ağustos 1961

³²² Milliyet Gazetesi 11 Ekim 1961

Konunun 8 Ağustos 1962 tarihli Yön Dergisinde çok farklı bir açıdan ele alındığı ve bu konu bağlamında hükümetlerin eleştirildiği görülmektedir. “*Şu aldatıcı İlaç: Doğum Tahdidi*” başlıklı imzasız yazıda şunlar ifade edilmektedir: “*Pek az bir istisna ile, her aile hayat seviyesi yeteri kadar yükselince az çocuk yapmak eğiliminde olduğuna göre, gerçek çözüm yolu hayat seviyesini yükseltmektir. Doğum kontrolü öğüdü vermek kolay, fakat insanlığın hayat seviyesini yükseltmek çok güç bir iştir.*”³²³ Yine aynı dergideki konu ile ilgili “*Gebelik Nasıl Önlenir*” başlıklı başka bir makalede: “*...Hükümet ise doğum kontrolünü, çığ gibi artan nüfusun okul, mesken, iş, gıda gibi ihtiyaçlarını karşılayamadığı için istemektedir. İstihsalı büyük ölçüde artırabileceğini ümit etmeyen hükümet beslenecek ağzların sayısını azaltmayı düşünmektedir.*”³²⁴

Görüldüğü üzere nüfus planlaması konusu basında çok farklı açılardan ele alınmış ve lehte ve aleyhte görüşler öne sürülmüştür.

Nüfus planlaması ile ilgili kanun 8 Aralık 1964 tarihinde Millet Meclisi’nde, görüşülmeye başlamıştır. Görüşmeler sırasında milletvekilleri kanunun lehinde ve aleyhinde görüşler öne sürmüşlerdir. Bu görüşlerden bazı örneklerle bakılacak olursa:

Kanunun aleyhinde söz alan Gümüşhane Milletvekili Sabahattin Savcı konuşmasında özetle şunları ifade etmiştir: “*... Yüce Meclisin değerli üyelerine şunu bilhassa arz etmek isterim ki bu tasarının menşei dışarıdan gelmektedir ve bendeki şüphe şu şekilde tekevvin etmektedir: Bize yardım eden memleketlerin bu yardımı yürütememeleri, devam ettirememeleri sebebiyle bu kere tavsiyelerini değiştirerek artan nüfusları, geri kalmış memleketlerden biri olan Türkiye’de devamlı artan nüfusu kontrol ediniz diye tavsiye etmektedirler. Muhterem arkadaşlarım, bunu bize tavsiye edenler için, tavsiye edenler bakımından haklı olabilir. Onlar için bir sebebe istinad edilebilir ama Türkiye’nin milli menfaatleri bu sebepleri reddeder... Muhterem arkadaşlarım, evet dünya nüfusu süratle artmaktadır. Türkiye nüfusu da yüzde iki artan bir nüfustur. Fakat Türkiye’nin nüfusunun süratle artması Türkiye’nin aleyhine değildir. Alamadığımız ekonomik tedbirleri, gerçekleştiremediğimiz eğitim inkişafımızı bu yolla sağlamaya bendeniz imkân görmüyorum. Türkiye’nin kalkınmasına inanmış bir kimse olarak, Türkiye’de insan başına işlenecek arazi çok fazladır. Türkiye’nin nüfusu henüz optimumun çok altındadır. Bu bakımdan ihtiyaç maddelerinin nüfusa yetmemesini Türkiye’nin şartları reddeder.*”³²⁵

³²³ Yön, Haftalık Gazete, Yıl 1, S. 34, s 13

³²⁴ Yön, Haftalık Gazete, Yıl 1, S. 34, s 17

³²⁵ TBMM Tutanak Dergisi, Dönem 1, C.4, 08.12.1964, s 747-748

Yine aleyhte söz alan Kırşehir Milletvekili Ahmet Bilgin konuya bakış açısını özetle şu şekilde ifade etmiştir: “... Bizim nüfusumuz elyevm 28 milyonun üstünde belki 30 milyon civarında bir manzara arz etmektedir. Bu vaziyet karşısında hiç başka işimiz kalmamış gibi alelacele bir nüfus planlaması ile nüfus artışı tahdidine giden bir yola girmemizin sebep ve amillerinin yalnızca iktisadi bakımdan olması iddiasının doğru ve varit olmadığına kani bulunmaktayım. Dünya milletleri içerisinde kalkınmanın zirvesine çıkmış olan Almanya dahi bu gün insan gücüne ihtiyaç göstermek ve bizden insan gücü ithal etmektedir. Şu halde ne kadar kalkınsak, ne kadar sanatımızı ilerletsek, ne kadar makinelere sahip olursak olalım elbette ki insan gücüne ihtiyacımız olacaktır. Şu halde bizim Türk Milleti olarak becamızın istinat edeceği yegâne faktör insan gücüdür. Halen bu böyledir, istikbalde de böyle olacaktır.”³²⁶

Aleyhte söz alan diğer bir Milletvekili ise Kayseri Milletvekili Doktor Vedat Ali Özkan olmuştur. Kanun tasarısını eleştirirken yabancı ülkelerden örnekler veren Özkan konuşmasında özetle şunları belirtmiştir: “Muhterem Başkan, Muhterem Milletvekilleri, Nüfusla iktisadi gelişme arasındaki sıkı bağlantı, milletlerin nüfus politikasına büyük ağırlık verilmesini gerektirmiştir. Halen dünyada 3 milyar nüfus bulunmasına rağmen 4,5 milyarı besleyebileceği söylendiği ve dünya nüfusu aşağı yukarı yüzde iki arttığı halde, fazla nüfusa karşı cephe alan ülke bilginlerinin sayısı gittikçe çoğalmaktadır. Diğer taraftan milletlerin hayat seviyeleri yükseldikçe doğurganlık nispeti düşmektedir. ... Dünya avcılık devrinde kalsaydı birkaç milyondan fazla insan barındıramazdı. Avcılıktan hayvancılığa, ziraate, sanayie geçilmekle dünyanın besleyebileceği nüfusun miktarı çok yükselmiştir. Gelişmiş memleketlerde nüfus artış hızının düşük oluşu bazı sosyal, ekonomik faktörlerle izah edilmektedir. Böylece ekonomik ve kültürel kalkınma nüfus artışı üzerinde ayarlayıcı olmuştur ve süratle bir kalkınma yoluna girilerek bir an evvel az gelişmişlikten kurtulmakla nüfus planlaması kendiliğinden tatbik edilmiş olacaktır. Fransa gebeliği önleyici tedbirlere karşı en ağır kanuni müeyyideleri olan bir memlekettir. ... buna mukabil Macaristan, 1954’te doğum kontrolünü tatbik etmiş ve bu gün milli bir felaket diye vasıflandırılan bir nüfus durması ile karşı karşıya gelmiştir. Bir gün gelecek ki az nüfus bir memleket için zaaf unsuru olacak, kalabalık nüfuslu uzak veya yakın komşularının iştahlarını çekecektir.”³²⁷

Eleştirilere cevap vermek üzere kürsüye gelen Sağlık Bakanı Kemal Demir konuşmasında özetle şu noktalar üzerinde durmuştur: “Değerli arkadaşlarım... Önce, kanun tasarısının değerli arkadaşlarımızın belirttikleri gibi hiç de acele bir gayret ile yüce

³²⁶ TBMM Tutanak Dergisi, Dönem 1, C.4, 08.12.1964, s 749

³²⁷ TBMM Tutanak Dergisi, Dönem 1, C.4, 08.12.1964, s 745-746

Meclislerin huzuruna getirilmediğini belirtmek isterim. Daha 1958 yılında bu konu ele alındı ve bir komisyon teşkil edilerek Türkiye’de nüfus planlaması probleminin tetkiki düşünüldü ve Türkiye’de çalışmalar başladı. 1958’i takip eden yıllarda bu çalışmalar gecikmiş, planlı çalışma devresinde Yüksek Planlama Kurulu bu konuyu ele almış, Türkiye’de nüfus planlamasına acilen ihtiyaç olduğu kararına uzun tetkiklerden sonra varmış, nüfus planlaması konusu plana alınmış, Yüce Meclislerin huzuruna gelmiş, lehine konuşulmuş, aleyhine konuşulmuş, işlenmiş, oylanmış ve planın bünyesinde mütalaa edilmesi kabul edilmiş. Şimdi bütün bu safhaları geçirmiş bir kanun tasarısını Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nın hazırlanmadan acilen koynu meclise getirdiğini söylemek, lütfetsinler arkadaşlarım, haksızlık olur... Şimdi meseleyi tıbbi yönden ele aldığımız zaman karşımıza bir anne çıkar. Bu gün Türkiye’de hiç kimse reddetmemektedir ki ortalama bir hesapla 500.000 anne çocuk düşürmektedir. Bu, sağlık sebepleri ile kazaen veya buna benzer elde olmayan sebeplerle yapılmış olan düşükler değildir. Yani kendi isteği ile yapılan düşüklüdür. Bu 500.000 düşük yapan anne içinde istatistiklerimize göre her sene 10.000 anne çocuk düşürmek yüzünden ölmektedir. Ölmeyenlerin içerisinde de değerli arkadaşlarım kısırlaşanların oranı yüzde 27 olarak kabul edilmiştir... Bir de meselenin iktisadi yönü vardır. Değerli arkadaşlarım, iktisadi gelişmeler olmasına rağmen nüfus artışı ile denk olmadığı için milli gelirden fert başına düşen pay azaldı. İngiltere’de (milli gelir artışı) yüzde 2.4, nüfus başına (milli gelir artışı) yüzde 2. Türkiye’de artış yüzde 5.9, fert başına düşen 2.9... Değerli arkadaşlarım bizi diğer memleketlerden farklı olarak düşünmeye sevk eden bir başka gerçek daha vardır. Bu gün Türkiye’de nüfusun yüzde 40’ını 15 yaşından küçük fertler teşkil etmektedir. Başka memleketlerde bu oran yüzde 15 ila en çok yüzde 20 arasındadır. 15 yaşından küçük yani istihsale katılmamış, hazır yiyen, başkaları tarafından beslenmeye, bakılmaya muhtaç olan nüfus kütlesi. Demek ki başka memleketlerde bir çocuğa bir kişi bakıyor, bizde bir çocuğa üç kişi bakıyor. Bu böyle devam ettiği müddetçe dengesizliğin meydana çıkacağı açıktır... Değerli arkadaşlarım, hatip arkadaşlarımın konuşmalarında, tarımsal istihsalı artırmak suretiyle artan nüfus ihtiyaçlarını karşılamak mümkündür kanaatinde olduklarını belirttiler. Tarım Bakanlığı Müsteşarı Sayın Osman Soysal’a göre memleketimizde tarımsal verimin artışı sınırlıdır. Bunu hudutsuz artırmak mümkün değildir. Bu imkânlarla bu artan nüfus ihtiyaçlarını karşılamak mümkün değildir. Şimdi bu hızla artan nüfusumuzun artışı aynı hızla devam etsin. Çünkü tarım sektöründe insan gücüne ihtiyacımız vardır iddiasını doğrulamanın mümkün olabileceğini Türkiye’nin içinde bulunduğu gerçekler karşısında ben mümkün görmüyorum.”³²⁸

³²⁸ TBMM Tutanak Dergisi, Dönem 1, C.4, 08.12.1964, s 752-756

557 sayılı “Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun” 1983 yılında çıkarılan 2827 sayılı “Nüfus Planlaması Hakkında Kanun”un çıkarılmasına kadar yürürlükte kalmıştır. 557 sayılı kanun 2827 sayılı kanuna oranla daha az kapsamlı olmasına karşın böyle bir yasal düzenlemenin yapılmış olması, dönemin şartlarına ve tüm karşı çıkmalara rağmen devletin 40 yıllık nüfus politikasını değiştirmiş olması dolayısıyla önemli bir gelişmedir.

3.3.2. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967)

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planına geçmeden önce kalkınma planının ne olduğu üzerinde durulmasında yarar vardır.

Bilindiği üzere planlama fikri Atatürk döneminde ortaya çıkmıştır. O dönemde uygulanan planlar kalkınma değil, sanayi planlarıdır. Ancak bu planlar da özünde kalkınma amaçlı planlardır. Demokrat Parti döneminde unutilan planlamaya dayalı politikalar 1960 müdahalesi sonrasında tekrar uygulanmaya başlamıştır.

Kalkınma planları, milli tasarrufu artırmak, yatırımları toplum yararına, gerektirdiği önceliklerle yöneltmek ve iktisadi, sosyal ve kültürel kalkınmayı demokratik yollarla gerçekleştirmek üzere Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından hazırlanan planlardır.³²⁹

Türkiye’de 1960 askeri müdahalesi sonrasında iktidarı ele alan yeni yönetim, ülkenin ekonomik, sosyal ve kültürel kalkınmanın hızlandırılması, uygulanan politikalar arasında uyum sağlanması, toplumsal ve kültürel dönüşümün uyumlu yönlendirilmesi ve ekonomiye rasyonel kamu müdahalesinin temini amacıyla bahsedilen Kalkınma Planlarının hazırlanması ve uygulanması fikrini benimsemiştir. Bu amacın gerçekleştirilmesi için daha 1961 Anayasası’nın kabulü öncesi 30 Eylül 1960 tarihinde Başbakanlığa bağlı Devlet Planlama Teşkilatı kurulmuştur. DPT’nin görevi ekonomik, sosyal ve kültürel politikaların ve hedeflerin tayininde ve ekonomik politikayı ilgilendiren faaliyetlerin koordinasyonunda Hükümete yardımcı olmak ve danışmanlık yapmaktır.

Konu ile ilgili olarak 1961 Anayasası’na bakıldığı zaman Anayasa’nın 41. maddesi ile “...İktisadî, sosyal ve kültürel kalkınmayı demokratik yollarla gerçekleştirmek; bu maksatla, milli tasarrufu arttırmak, yatırımları toplum yararının gerektirdiği öncelikleri yöneltmek ve kalkınma planlarını yapmak Devletin ödevidir”³³⁰ hükmü getirilmiş, 129. maddesinde ise, “...İktisadî, sosyal ve kültürel kalkınma plana bağlanır. Kalkınma bu plana göre gerçekleştirilir.”denilmiştir.

³²⁹ **Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı**, DPT yay. Ankara, 1963, s 2

³³⁰ **Kili, Gözübüyük, a.g.e.** s 183-184

Planların hukuksal durumuna bakıldığı zaman ise, Bakanlıklar ve diğer ilgili kuruluşlar ile işbirliği içinde DPT tarafından hazırlanan ve TBMM tarafından kabul edilen planlar kamu kesimi için bağlayıcıdır. Kamu kurum ve kuruluşları planlara uygun hareket etmek zorundadır.³³¹

Bahsedilen kalkınma planları ülke genelindeki tüm sektörleri kapsayan geniş çaplı belgelerdir. Burada konu gereği planların sağlık sektörü ile ilgili bölümleri ele alınacaktır.

1963-1967 yıllarını kapsayan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planının sağlık sektörü ile ilgili bölümlerine bakıldığında, sağlık konusunda ana ilkenin halkın sağlık seviyesini yükseltmek olduğu görülmektedir. Bu amaçla planda, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu bağlamında halk sağlığı (Koruyucu hekimlik) hizmetlerinin geliştirilmesine öncelik verilmiştir. Bu hizmetler çevre sağlığı şartlarının düzeltilmesi, halkın sağlık konusunda eğitilmesi, bulaşıcı hastalıkların yok edilmesi, beslenme şartlarının geliştirilmesi ve nüfus planlaması gibi konulardır. Tedavi hekimliği hizmetleri ise koruyucu hekimlik çalışmalarını tamamlayan bir unsur olarak ele alınmıştır. Hasta bakımı hizmetlerinde az sayıda nüfusun faydalandığı ve pahalı bir hizmet olan hastanecilik yerine, evde ve ayakta tedaviyi sağlayan ve küçük topluluklara kadar yayılan bir sağlık teşkilatının kurulmasına öncelik verilmiştir. Sağlık personelinin sayıca yetersiz oluşu, sağlık hedeflerine ancak uzun sürede ulaşılmasına imkân vermektedir. Bu sebeple sağlık planı mevcut ve ileride yetiştirilecek olan personeli çeşitli hizmetlerde en verimli şekilde kullanan ve hedeflere 15 yılda ulaşan programlar halinde düzenlenmiştir.³³²

Planın sağlıkla ilgili hedeflerine bakıldığında:

15 yıl içinde yüksek seviyede sağlık personeli sayısının 2,5 katına, yardımcı sağlık personeli sayısının ise 6 katına çıkarılması, sağlık programlarının gerçekleştirilmesi için adam başına sağlık harcamalarının 15 yılda 2 katma çıkarılması hedeflenmiştir. Bunun yanı sıra plana göre,³³³

1. Kamu sektörüne ait sağlık hizmetleri, Milli Savunma Bakanlığı'nın özel mahiyetteki bazı hizmetleri hariç, bir elden yürütülecektir. Bu sağlanıncaya kadar yakın işbirliğini gerçekleştirecek tedbirler alınacaktır.

2. Özel bir durumu olan yer ve topluluklarda, durumun gerektireceği özel sağlık kurumları kurulacaktır.

³³¹ A. Şeref Gözübüyük, **Yönetim Hukuku**, 11. Baskı, Turhan Kitabevi yay. Ankara, 1998, s 87-88

³³² **Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı...** s 406

³³³ **Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı...** s 406

3. Hizmetin görülmesinde yetki ve sorumluluk en alt basamaklara kadar yayılacaktır.
4. Her seviyedeki sağlık eğitiminde toplum hekimliğine daha geniş yer verilecektir.
5. Sağlık personelinin meslek içinde ve Türkiye'de çalışmasını sağlayacak idari ve malî tedbirler üzerinde durulacaktır
6. Sağlık personelinin hizmetler ve bölgeler arasında dağılımının daha dengeli olmasını sağlayacak tedbirler alınacaktır.
7. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ile ilgili kanunun uygulanması için her çeşit tedbir alınacaktır.
8. Hıfzıssıhha Okulu, halk sağlığı konusu ile ilgili araştırma ve eğitim yapan bir kurum haline getirilecektir.
9. Çevre sağlığı şartlarının geliştirilmesi, halkın sağlık konusunda eğitilmesi, nüfus planlaması ve beslenme gibi konularda Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ile ilgili diğer kamu kuruluşları arasında işbirliği sağlayacak tedbirler alınacaktır.
10. Çevre sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi ancak halkın büyük ölçüde bu hizmete katılmasıyla mümkün olabilir. Bu sebeple halkın hizmete katılmasını sağlayacak tedbirler esas olarak toplum kalkınması programları çerçevesi içinde ele alınacaktır.
11. Bakteriyolojik üretimlerde kullanmak üzere bir hazır vasat ve araçlar sanayii kurulacaktır.
12. Tarım, Millî Savunma ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlıklarının ayrı ayrı yaptıkları aşı ve serum üretimi bir elde toplanacaktır.
13. Hizmetlerin tek elden idaresi sağlanıncaya kadar kamu kuruluşları kendi hastanelerini yapmakta devam edecektir. Ancak, yeniden yapılacak yataklı sağlık kurumlarının bir sağlık sitesi halinde ve mümkün olan her halde aynı arsa üzerinde yapılmasına çalışılacaktır.
14. Kamu kuruluşları birbirlerine ait yataklı kurumlardan karşılıklı olarak faydalanmak suretiyle yatakları daha iyi kullanmak için tedbirler almalıdır.
15. Kamu sektöründe optimum büyüklüğün altında az yataklı sağlık kurumlarından kaçınılacaktır.

16. Özel sektörün hastane kurmak teşebbüsünü teşvik edecek tedbirler alınacaktır.

17. Hastanelerin döner sermayeli kurumlar haline getirilmesi imkânları araştırılacaktır.

18. Sıtma savaşı ve eradikasyonunda, eradikasyonu imkânsız hale koyacak gecikmeler sıtma savaşının sonsuz olarak devamına sebep olabileceğinden sıtma eradikasyonu programı eksiksiz olarak uygulanacaktır.

19. Yerli ilaç sanayii teşvik edilecektir.

20. İlaç sanayiinde ruhsatların kötüye kullanılmasına imkân verilmeyecek ve bu konu mevzuat kanalıyla düzenlenecektir.

21. İlaç fiyatları konusunda Sağlık Bakanlığı'nın denetleme yetkisi titizlikle kullanılacaktır.

22. İlaç kontrol hizmeti sıkı olarak yürütülecek ve Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü, bu amaçla derhal takviye edilecektir.

23. Sağlık sigortasının kurulabilmesi için gerekli çalışmalara öncelikle başlanacaktır.

Görüldüğü üzere planda sağlık sektörü oldukça geniş bir biçimde ele alınmış ve sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesinden özel hastanelerin teşvik edilmesine, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirmesinden ilaç üretimine kadar birçok konuda gerekli önlemlerin alınacağı ve kamu kurumlarınca koordineli bir şekilde çalışma yapılacağı belirtilmiştir.

Plana göre ülke genelinde yaygın olan hastalıklar ile ilgili olarak, en fazla ölüme sebep olan hastalıkların kalp hastalıkları, çeşitli çocuk hastalıkları, tüberküloz ve başka bulaşıcı hastalıklar olduğu belirtilmiştir. Plandan, bazı bölgelerde trahom, cüzam ve kancalı kurt hastalıklarının halen yaygın halde görüldüğü ancak sıtma hastalığının yok denecek kadar azalmış olduğu anlaşılmaktadır.³³⁴

Bulaşıcı hastalıklarla ilgili olarak yapılacak işler şu şekilde sıralanmıştır.³³⁵

1. Sıtmanın yok edilmesi programı: Sıtmanın yok edilmesi çalışmaları bugünkü plan çerçevesi içinde devam edecektir.

³³⁴ Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı... s 405

³³⁵ Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı... s 409-410

2. Verem Savaş Programı: Bu programın esası vereme hassas kitleyi muntazam olarak aşılacak, erken teşhis ve evde tedaviyi mümkün kılacak bir teşkilatın kurulmasıdır.

3. Trahom Savaş Programı: Bu program çevre sağlık şartlarını düzeltmek halka sağlık eğitimi vermek gibi halk sağlığı hizmetlerine ek olarak hastaların tedavisini de hedeflemektedir. Sağlık ocak teşkilatı kurulmamış ve trahom oranının yüksek olduğu yerlerde bu hizmet özel bir teşkilat tarafından yürütülecektir.

4. Cüzam Savaş Programı: Türkiye’de cüzamın yok edilmesi en çok on yıl sürecek bir çalışmayı gerektirmektedir. Program, sağlık ocağı kurulmayan ve cüzamın andemik (lokal olarak sık sık görülen) olduğu yerlerde hastaları bulmak ve tedavi etmek için özel bir teşkilat kurulmasını hedeflemektedir.

5. Frengi, zührevi hastalıkları ve diğer bulaşıcı hastalıklarla savaş sağlık ocakları, sağlık merkezlerindeki dispanserler ve hastaneler tarafından yürütülecektir.

3.3.3. Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü’nün Kurulması

Daha önce Sosyal Yardım İşleri (Tedavi Kurumları) Genel Müdürlüğüne bağlı Özel Sosyal Hizmetler Şubesi’nce yürütülen sosyal refah hizmetleri, 1963 tarihli ve 225 sayılı Kanunla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı merkez teşkilatı bünyesinde kurulan Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğüne yürütülmeye başlanmış ve bu Genel Müdürlük her türlü sosyal yardım ve sosyal güvenlik hizmetlerini düzenlemek, korumaya muhtaç çocuklarla sakatlar ve ihtiyarların bakım, yetiştirilme ve rehabilitasyonlarını ve çalışma gücünden yoksun fakir kimselerin sosyal güvenliğini sağlamak ve Sosyal Hizmetler Enstitüsünün idarî ve bilimsel işlerini yürütme ve denetimini yapmakla görevlendirilmiştir.³³⁶

Daha sonra bu Genel Müdürlük 27 Mayıs 1983 tarihinde yayınlanan “2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) Kanunu” ile Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü adını almış ve 1989 yılına kadar Bakanlık bünyesinde görev yapmaya devam etmiştir.³³⁷

3.3.4. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972)

İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planının sağlık sektörü ile ilgili bölümlerine bakıldığı zaman birinci plandaki yukarıda sayılan ana hedeflere benzer hedeflerin korunduğu

³³⁶ Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, s 54

³³⁷ <http://www.ankarashcek.gov.tr/sayfa.aspx?ID=19>

görülmektedir. Bu planda asıl önemli sayılabilecek konu 1963-1967 yılları arasında uygulanmış olan birinci plan sonucunda ortaya çıkan durumun değerlendirilmiş olmasıdır. Bu değerlendirme hem Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın mevcut durumunu hem de 5 yıllık dönemde gerçekleştirilen faaliyetleri kapsamaktadır.

Plana göre devlet adına koruyucu ve tedavi edici hizmetleri yürütmek Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının görevi ise de özellikle tedavi edici hizmetlere diğer bakanlıklar, İktisadi Devlet Teşekkülleri, Sosyal Sigortalar Kurumu, Tıp fakülteleri ve diğer özel kuruluşlar da katılmaktadır. Bunun yanı sıra halk sağlığı ile ilgili hizmetler tümü ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının sorumluluğunda olup belediye ve özel idareler de bu hizmetin yürütülmesinde rol oynamaktadır. 1963 - 1966 döneminde sağlık teşkilatında gelişme olmuş, sosyalleştirilen bölgelerde sağlık ocakları ve sağlık grup başkanlıkları kurulmuş, bölge laboratuvarları, bölge hastaneleri, depo ve tamirhanelerin yapımına başlanmıştır. Sosyalleştirmenin henüz uygulanmadığı yörelerde mevcut sağlık personeli ile bir program içerisinde köylünün katkısını da sağlayarak sağlık hizmetlerini birleştirme (entegrasyon) çalışmalarına başlanmıştır. Sosyalleştirmeye geçişi kolaylaştıran bu birleştirme çalışmalarındaki üniteler sağlık şube, ocak ve istasyonlarından meydana gelmektedir. Birinci Beş Yıllık Planda kamu sektörüne ait sağlık hizmetlerinin (Milli Savunma Bakanlığının özel nitelikteki hizmetleri hariç) tek elden yürütülmesi öngörülmüşse de bu husus gerçekleşmemiştir. Çeşitli kuruluşlara bağlı sağlık kurumlarında değişik personel ve malzeme standartları ve farklı ücret politikaları uygulanmaktadır.³³⁸

Mevcut sağlık personeli ile ilgili olarak plana göre, Türkiye'de sağlık personelinin sayı bakımından yetersiz olması ve ülke düzeyinde dengesiz dağılımı sağlık hizmetlerinde beklenen gelişmeyi engellemektedir. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde dengeyi sağlamak yönünden çabalara girişildiği halde, hekimlerin büyük il merkezlerinde toplanmaları önlenememiş ve dengesizlik devam etmiştir. Nüfus yoğunluğu yönünden eşit olan bölgelerde hekim oranı ve hekim başına düşen nüfus büyük farklılıklar göstermektedir. Diğer bir dengesizlik pratisyen hekim ile uzman hekim sayısı arasında belirmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin yürütülmesi için gerekli pratisyen hekim sayısı azdır. Buna oranla uzman hekim sayısı fazladır. Mevcut hekimlerin yüzde 60,3 ü uzman, yüzde 39,7 si pratisyendir. Sağlık İnsan gücü sağlanmasında karşılaşılan büyük sorunlardan birisi de hekimlerin yabancı ülkelere gidip yerleşmesidir. Yalnız tıp eğitimi süresinde devlete maliyeti 400.000 TL civarında olan bir hekimin yurt dışına gitmesi önemli bir kayıptır. Hekimlerin yaklaşık olarak yüzde 30'u dış ülkelerde bulunmaktadır. Ülkede yardımcı sağlık personeli de

³³⁸ İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, DPT yay. Ankara, 1968, s 215-216

ayrıca yetersizdir. İstenen standartta, bir hekime 2 hemşire düşerken Türkiye’de bir hekime 0,44 hemşire düşmektedir. Bu durum bazı yerlerde hekimlerin yardımcı sağlık personelinin görevlerini üzerlerine almalarına yol açmaktadır. Yapılan araştırmalara göre Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına bağlı hastanelerde 50 yatağa, Sosyal Sigortalar Kurumu hastanelerinde 35 yatağa, özel sektöre ait hastanelerde 65 yatağa bir hemşire düşmektedir. Batılı ülkelerde bu oranın 2,5 yatağa bir hemşire olduğu göz önünde tutulursa bu eksikliğin önemi ortaya çıkmaktadır.³³⁹

Sağlık kurumları ile ilgili olarak plana göre, Sosyalleştirme Programı 1967 sonunda 23 ili kapsamış olacaktır, Programın uygulanmasında çeşitli nedenlerle geri kalmalar olmuştur. Sağlık ocaklarının yapımı ile ilgili çeşitli sorunlar vardır. Ocakların yapıldığı yerlerde yol, içme suyu, haberleşme gibi alt yapı hizmetleri genellikle sağlanamamıştır. Ocaklar buldukları yerlerin iklim şartlarına uygun olarak inşa edilmemiştir. Arsa bulmakta çekilen zorluk nedeniyle ocakların köy dışına yapılması hizmetin görülmesini güçleştirmiştir, inşa maliyetleri her yıl fiyat artışlarıyla açıklanamayacak derecede farklılıklar göstermiştir. Sağlık ocaklarının hizmetlerini destekleyen sağlık evlerinin kiralanması ve halk katkısıyla yapılması sınırlı başarı sağlamıştır.³⁴⁰ Yine planda, 1967 yılında yapımı tamamlanan toplam sağlık ocağı sayısının 1.175 olduğu belirtilmiş ve sosyalleştirme programının yılda 300 sağlık ocağı açılarak sürdürülmesi hedeflenmiştir. Ayrıca batı bölgelerinin de Sosyalleştirme Programı kapsamına alınarak sağlık ocaklarının yüzde 15’inin bu bölgelerde kurulması ve personel rotasyonunun sağlanması kararlaştırılmıştır.³⁴¹

Yataklı tedavi kurumları ile ilgili olarak, plana göre 1965 yılında ülke genelinde yatak sayısı 70.830’dur ve on bin kişiye 22,6 yatak düşmektedir. Bütçelerle alınan cari harcama ödenekleri yetersiz, yataklı tedavi kurumlarının yurt düzeyindeki dağılımı dengesiz olduğundan, bazı yerlerde ihtiyacın üstünde büyük kuruluşlar bulunduğu ve uzman hekim gönderilemediğinden mevcut yataklardan tam olarak yararlanılamamaktadır.³⁴²

Bulaşıcı hastalıklar konusunda ise plandaki tespitlere göre, Türkiye’de verem hastası sayısı 750.000 civarında olup bu sayı nüfusun yüzde 2,5’ünü teşkil etmektedir. Bu hastaların yüzde 80’i çalışma çağında bulunmaktadır. Ancak yüzde 17’si dispanserler tarafından kontrol altına alınmıştır. Dağlık bölgelerde ve kırsal kesimde tarama hizmetlerinin yeteri derecede yapılamaması sonucu son yıllarda sıtmada önemli bir azalma olmamıştır. Diğer

³³⁹ İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı,... s 216-218

³⁴⁰ İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı,... s 218

³⁴¹ Sevda Demirbilek, Türkiye’de Sağlık Hizmetleri, İzmir: İlkem Ofset, 1999, s 40

³⁴² İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı,... s 219

bulaşıcı hastalıklarla savaş, sağlık ocakları tarafından sağlık ocağı olmayan yerlerde özel kuruluşlar, dispanserler ve hastaneler tarafından yürütülmektedir. Bu arada geri kalmış ülke hastalığı diye tanımlanan bağırsak hastalıkları önemli bir sorun olarak devam etmektedir. Bu hastalıklarla savaş çevre sağlığı şartlarının düzeltilmesiyle başarıya ulaşabilecektir.³⁴³

Planın sağlık ile ilgili hedefleri özetle şu şekilde sıralanmıştır:³⁴⁴

1. Tek bir sağlık sigortası uygulamasına geçişi kolaylaştırmak amacıyla ve bu uygulamaya geçinceye kadar kamu sektörüne ait sağlık tesislerinde (Milli Savunma Bakanlığı özel tesisleri hariç) iyi bir koordinasyon sağlanacaktır.

2. Sosyalleştirme faaliyetlerinin yürütülmesi için bu bölgelere götürülmesi zorunlu olan alt yapı hizmetleri belirli programlar içinde sağlık yatırımlarından önce tamamlanacak ve alt yapı yatırımlarının önceliği buna göre verilecektir.

3. Yardımcı sağlık personeline ve halka verilecek sağlık eğitiminin uygulama esaslarını tespit edecek, ilgili araştırmaları yapacak ve hizmet içi eğitim sağlayacak bir “Halk Sağlığı Eğitimi Enstitüsü” kurulacaktır.

4. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde doğu illerinden başlayan uygulama devam edecek, sağlık hizmetleri seviyesi düşük olan iller bu öncelikle ele alınacak ve bu programda çalışan hekimlere bir rotasyon imkânı sağlamak için yapılan ocakların her yıl yüzde 15 i Batı bölgelerine yapılarak program bu yörelere de uzatılacaktır.

5. Tedavi hizmetlerinin genişlemesinde özel teşebbüsün gelişmesi desteklenecektir.

6. İlaç üretiminde yerli sermaye özendirilecektir.

7. Bulaşıcı hastalıkların yayılmasında önemli rol oynayan çevre sağlığı şartlarının iyileştirilmesi çalışmaları yapılacaktır.

8. Ruh sağlığı kuruluşlarının sayıca ve nitelikçe yeterli duruma getirilmesi amacıyla bu yöndeki çalışmalar artırılacaktır.

İkinci planın hedefleri aslında birinci planın hedeflerine benzemektedir. Birinci planda bahsedilen sağlık hizmetlerinin tek elden yönetimi ile ilgili çalışmaların başlamış olduğu 1. plan sonuçları içerisinde ele alınmıştır. Dolayısıyla aslında bu planda da bu hedeften sapılmamıştır. Genel sağlık sigortası ve özel sektörün teşviki bu planda da önemle

³⁴³ İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı,... s 220

³⁴⁴ İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı,... s 222-223

üzerinde durulan konulardandır. Burada farklı olarak sosyalleştirme programı ile ilgili olarak, programın artık batı illerini de kapsayacağını belirtmesi bu programın doğu illerinde başarı ile yürütüldüğünün göstergesidir.

3.3.5. Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977)

Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı diğer iki planla karşılaştırıldığında daha kapsamlı olduğu görülür. Yukarıda da bahsedildiği üzere Birinci Planda sağlık alanındaki hedeflere ulaşmak için 15 yıllık bir süre öngörülürken bu planda bu süreden vazgeçilerek 22 yıllık yeni bir hedef süre belirlenmiştir. Bunun nedeni 1970 yılında Türkiye ile Avrupa Ekonomik Topluluğu (AET) arasında imzalanan ve Türkiye'nin Gümrük Birliği'ne girmesini öngören Katma Protokolün imzalanmış olmasıdır. Bu protokole göre Türkiye'nin Gümrük Birliği'ne dâhil edileceği 1995 yılına kadar bazı yükümlülükleri yerine getirmesi gerekmektedir. Yani AET standartlarına ulaşmak, Planın hedef ve stratejilerinin belirlenmesinde etkili olmuştur.³⁴⁵

Plana bakıldığı zaman yine diğer planlardaki gibi mevcut sorunların ele alındığı görülmektedir. Plana göre, 1972 yılında 25 il ve 3 eğitim bölgesinde 847 köy tipi, 69 şehir tipi sağlık ocağı ve 869' devlet yapısı olmak üzere 2271 sağlık evi ile hizmet görülmektedir. Programın kapsadığı bu bölgelerde 6 milyon 900 bin kır ve 2 milyon 600 bin kent nüfusu olmak üzere 9 milyon 500 bin kişiye gerekli hizmet sunabilecek birimler kurulmuştur. Ancak, sağlanması gereken, sağlık hizmetlerinin tek eden idaresi, etki bir istihdam ve ücret politikası, sağlık eğitimi ve istihdamı arasındaki çelişkilerin giderilmesi gibi ön koşulların yerine getirilemeyişi birimlerin fonksiyonel halde kullanılmasını engelleyerek hizmetin sınırlı bir şekilde gelişmesine neden olmuştur. 1971 yılı sonunda sosyalleştirme bölgelerinde mevcut uzman ve pratisyen hekim kadrolarının yüzde 65'i, hemşire kadrolarının yüzde 71'i, hemşire yardımcısı kadrolarının yüzde 20'si, sağlık memuru kadrolarının yüzde 26'sı ve ebe kadrolarının yüzde 35'i boştur. Kadroların hizmetin gerektirdiği sayıda doldurulamamasına rağmen sosyalleştirme programının uygulanmasıyla, sağlık personeli yönünden programın uygulandığı illerde gözle görülür bir gelişme olmuştur.³⁴⁶

Planda yataklı tedavi kurumları ile ilgili olarak ikinci planın hedefi olan 1972 yılı sonunda 10 bin kişiye 25 yatak sayısının aşıldığı belirtilmiştir. 1971 yılı sonunda toplam 91.850 yatak sayısı ile 10 bin kişiye 25,1 yatak şeklinde gerçekleşmiştir. Hedefin aşılmış olası iyi bir sonuç gibi gözükse de planda bu durumun sorunlara neden olduğu belirtilmiştir.

³⁴⁵ Başbakan Ferit Melen'in Ön sözü, **Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı**, DPT yay. Ankara, 1973

³⁴⁶ **Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı**,... s 809-810

“Plan hedefinin aşılması, yatırım ve insan gücü açılarından koruyucu hekimlik hizmetlerinin aleyhinde olmaktadır. Bunun sonucu olarak, Hekim ve yardımcı sağlık personelinin gelişmiş illerde toplanması, bu illerde hastane kadrolarının daha kolay doldurulabilmesi, yakınlarında yeterli tedavi edici hizmeti bulamayan diğer illerdeki hastaların akımı, gelişmiş illerde yataklı sağlık tesislerine talebi artırmakta, bu eğilime paralel olarak hastane yatırımlarının bu illerde yoğunlaşması, mevcut dengesizliği daha da artırmakta ve sağlık hizmetleri yönünden istenmeyen bir gelişme süregelmektedir.”³⁴⁷

Plana göre Türkiye’de mevcut hekimlerden yararlanmayı güçleştiren bir başka faktör ise hekimlerdeki uzmanlaşma eğilimidir. Birinci ve İkinci Plan döneminde pratisyen hekimliği çekici kılan tedbirlerin alınmaması sonucu bu eğilim giderek artmış ve koruyucu hekimliğin esas alındığı Sosyalleştirme Programında Sağlık Ocağı hekimi temininde engelleyici bir unsur olarak belirmiştir.

Sonuç olarak sayılan sorunlar nedeniyle hekim başına düşen nüfus kentlerde 600 iken kırsal kesimlerde 23.000’e kadar yükselmiştir.³⁴⁸

Bulaşıcı hastalıklar ile ilgili olarak 3. planda diğer planlardan farklı olarak sadece verem hastalığı ile ilgili bilgi verildiği ve diğer bulaşıcı hastalıklar ile ilgili bilgi verilmediği görülmektedir.

Verem hastalığı ile ilgili olarak plana göre Birinci ve İkinci Plan döneminde verem savaşı hizmetleri, aşı, röntgen ve bakteriyolojik erken teşhis, evde tedavi hizmetleri, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ve diğer ilgili kurumların işbirliği ile yürütülerek hedefler aşılmıştır. 178’i Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 43’ü verem savaş derneklerine ait olan 221 verem savaş dispanseri, 6 aşı grubu ve 38 mobil mikrofilm tarama ekibi mevcuttur.³⁴⁹

Planın hedefleri özetle şu şekilde olmuştur:³⁵⁰

1. Sağlık hizmetlerindin tek elden yönetilmesi temel ilkedir.
2. 1973 - 1982 yıllarını kapsayan on yıllık dönemde, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi programı bütün yurttta uygulamaya konulacak şekilde ele alınacaktır.

³⁴⁷ Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı,... s 810-813

³⁴⁸ İbrahim Sevim, **1980 Sonrası Uygulanan Yeni Liberal Politikaların Sağlık Sektörüne Etkisi Türkiye Örneği** Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, basılmamış yüksek lisans tezi, İstanbul, 2006, s 29

³⁴⁹ Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, ..., s 816

³⁵⁰ Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı,... s 820-822

3. 1982 ye kadar programın yaygınlaştırılması, yatırım ve insan gücü kaynaklarının sınırlılığı nedeniyle, asgari standartlarda gerçekleştirilecektir.

4. İlk on yıllık dönemde, illerin şehirleşme hızları da göz önünde tutularak, 10 bin kişiye bir sağlık ocağı, 3 bin kişiye bir sağlık evi olmak üzere, Program ana koruyucu birimleriyle yaygınlaştırılacaktır. Bu on yıllık dönemde birimlerin tamamlayıcısı olan yataklı tedavi kurumlarında yatak sayılarının her ilde on binde 26 oranına çıkarılması esas olacaktır.

5. Sosyalleştirmenin bütün yurdu asgari standartlarda kapsamaya gerçekleştirildikten sonra, 1982 -1995 döneminde standartların yükseltilmesi hedef alınacak, sağlık ocak ve evlerinin kapsadığı nüfusların azalmasına çalışılarak bu dönemde 7 500 kişiye bir sağlık ocağı ve 2 500 kişiye bir sağlık evi düşmesi sağlanacaktır.

6. Yataklı tedavi kurumlarının yatak sayısında uzun dönemde ulaşılması gereken standart, 1982 yılında programın yaygınlaşması sağlandıktan sonra, tıbbi gelişmeler ve sağlık hizmetine talep göz önünde tutularak yeniden saptanacaktır.

7. Üçüncü Beş Yıllık Plan döneminde sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi programının 1977 yılında ülke nüfusunun 2/3 sini kapsayacak şekilde 28 milyon 400 bin nüfusa yaygınlaştırılması sağlanacaktır. Bu yaygınlaştırmada, halen sosyalleştirme kapsamına alınmış 9 milyon 500 bin kişiye götürülen birimlerin tamamlanması ve yeniden kapsama alınacak 18 milyon 900 bin nüfusun gerektirdiği yeni birimlerin yapımı sağlanacaktır.

8. Ankara, İstanbul, İzmir, Yozgat, Tokat, Niğde, Sinop, Çorum, Kırşehir, Çankırı, Afyon, Kastamonu, Zonguldak, Bolu, Ordu, Uşak, Bilecik, Amasya, Muğla, Konya, Samsun illeri Üçüncü Plan döneminde Program kapsamına alınacaktır.

9. Üçüncü Plan döneminde yataklı tedavi kurumlarında yatak artışları sınırlı tutulacak, yurt çapında genel bir standarda ulaşmak değil, her ilde belirli bir standarda ulaşmak amaç olacaktır.

10. Kademeli bir şekilde uygulanmak üzere bir genel sağlık sigortası için gerekli mevzuat hazırlanacaktır.

Bu planın en fazla üzerinde durduğu konunun sosyalleştirme programı olduğu görülmektedir. Görüldüğü üzere bu dönemde ülkedeki en büyük illerin programa dâhil edilmesi kararlaştırılmıştır. Hizmetlerin tek elden yürütülmesi ve genel sağlık sigortası yine hedefler içinde görülürken bu kez özel teşebbüsün teşvikinin ele alınmadığı görülmektedir.

3.3.6. Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun

Burada üzerinde durulması gereken konulardan biri de 1978 yılında çıkarılan Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun'dur.³⁵¹ Yukarıda da bahsedildiği üzere özellikle Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu'nun uygulandığı bölgelerde sağlık personeli açığı bulunmakta olduğundan bu açığın kapatılması amacıyla bu kanun çıkarılmıştır.

Bu kanun ile birlikte genel ve katma bütçeli kurumlarda, il özel idareleri ile belediyelerde ve bunların kurdukları döner sermayeli kuruluşlarda, kanunlarla kurulan fonlarda, kefalet sandıklarında, Beden Terbiyesi Bölge Müdürlüklerinde, kamu iktisadi teşekkülleri ve teşebbüslerinde, Emekli Sandığında, Sosyal Sigortalar Kurumunda çalışan ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun değişik 36'ncı maddesindeki sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfına (hayvan sağlığı hariç) veya genel idare hizmetleri, eğitim ve öğretim hizmetleri, teknik hizmetler sınıfına girecek nitelikte olan ve 926 sayılı Yasa ile 1765 sayılı yasada belirtilen ve bu kanunda nitelenen personelin³⁵² aylıklarına ek olarak belli oranlarda aylık tazminat verilmesi³⁵³ karşılığında çalışmakta oldukları kamu kurumları haricinde serbest olarak sanat ve mesleklerini icra edemeyecekleri, resmi ve özel herhangi bir müessesede maaşlı, ücretli veya sözleşmeli olarak mesleki görev alamayacakları, çalıştıkları kurumun gelirlerinden veya hizmet verdikleri kişilerden bu kanunda yazılı olanlardan ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun gerektirdiği ödemelerden (ilgili üniversite personeli için 1765 sayılı Kanunun 16'ncı maddesinin 1 inci fıkrasında belirtilenden) başka mesleki ek gelir sağlayamayacakları³⁵⁴ hükme bağlanmıştır. Yani bu kanunla kamu görevlisi olmayı tercih eden sağlık çalışanlarının aynı zamanda özel sektörde çalışmaları yasaklanmıştır.

Bu kanunun yürürlüğe girmesi ve uygulanmaya başlaması ile birlikte özellikle yataklı tedavi kurumlarında hekim eksikliğinden kaynaklanan düşük kapasite kullanımına çözüm getirilmiş ise de kanun kırsal kesimde bulunan kadro boşluklarına tam anlamı ile çözüm sağlayamamıştır. Bu nedenle kanun 1980 yılında "Sağlık Personelinin Tazminat Ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun"³⁵⁵ ile yürürlükten kaldırılmıştır. Kırsal kesimdeki kadro boşluğu sorununun giderilmesi için ise 1981 yılında sonraki başlık altında incelenecek olan

³⁵¹ Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun, **Resmi Gazete**, 09.07.1978/16341

³⁵² Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun Madde 1

³⁵³ Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun Madde 2-3-4-5

³⁵⁴ Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun Madde 7

³⁵⁵ Sağlık Personelinin Tazminat Ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun, **Resmi Gazete**, 31.12.1980/2368

2514 Sayılı “Bazı Sağlık Personeline Devlet Hizmeti Yükümlülüğü Getiren Kanun” kabul edilmiştir.

3.3.7. 1961-1980 Yılları arası Bakanlığın Sağlık Personeli Durumu

Bakanlığın sağlık personeli durumuna bakıldığında,³⁵⁶

	1965	1970	1971	1972	1974	1976	1978	1979	1980
Tabipler	3647	4191	4110	4175	4540	4847	5652	5816	6355
Eczacılar	52	84	93	114	212	833	1715	2400	2229
Diş Tabipleri	91	175	190	225	313	635	1121	1289	1118
Hemşireler	2963	4996	5868	7009	9614	12264	15314	17383	19742
Ebeler	3374	7879	8722	9543	10975	12506	14012	14639	14637
Sağlık Memurları	3666	4951	5567	5529	5761	4847	5652	6774	6774

Sağlık personeline tabloda görüldüğü üzere sağlık memurları haricinde artış görülmüştür.

3.3.8. 1961-1980 Yılları arası Bakanlık Bütçesi ile Konsolide Devlet Bütçesi Karşılaştırması

Bakanlığın 1973-1977 dönemindeki bütçe rakamlarına ve bu rakamların konsolide devlet bütçesine oranına bakılacak olursa:³⁵⁷

³⁵⁶ 1970 yılı sonrasına ait veriler Türkiye İstatistik Kurumu'nun **04/11/2010 tarihli ve 8525 sayılı yazısı** üzerine alınmıştır.1965 yılına ait veriler için ise bkz. Selçuk Köksal, “Sağlıkta İnsan Gücü Dağılımı”, basılmamış yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrhpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul, 1991, s 32,52,58,65,72,79

Yıllar	Konsolide Bütçe Milyon TL	Sıhhiye Vekâleti Bütçesi Milyon TL	Bütçe payı %
1961	9.036,4	393	4.3
1962	10.476,4	445,2	4.2
1963	12.563,5	511,2	4.1
1964	14.021	550,7	3.9
1965	15.195,4	590,9	3.9
1966	17.660	663,8	3.8
1967	19.768	771,9	3.9
1968	22.580,1	855,6	3.8
1969	26.669,7	912,1	3.4
1970	29.893,2	888,1	3.0
1971	38.472	427,8	1.1
1972	51.968,3	2.158,0	4.2
1973	62.268,2	2.517,9	4.0
1974	83.091,9	3.372	4.1
1975	104.761	3.776,9	3.6
1976	150.070	5.232,2	3.5

³⁵⁷ Sağlık Hizmetleri (1980-1993), Glir-Kadrolar-Tedavi Yardımları...s 40

1977	221.341	6.115,1	2.8
1978	261.362	7.500	2.9
1979	400.433	16.788	4.2
1980	731.962	31.168	4.3

Tablodan da anlaşıldığı üzere Bakanlık bütçesi konsolide bütçeye oranla sürekli olarak düşüş göstermiştir ve tüm yıllarda aradaki oran 4.3'ün üstüne çıkamamıştır.

4. BÖLÜM

1980-2000 ARASI SAĞLIK (VE SOSYAL YARDIM) BAKANLIĞI

4.1. 12 Eylül Askeri Müdahalesi ve Sağlıkta Gelişmeler

4.1.1. 12 Eylül Askeri Müdahalesi ve 1982 Anayasası

Bilindiği üzere, Türkiye’de 1970’li yılların sonlarından itibaren başta ülke içerisinde yaşanan şiddet eylemleri olmak üzere ülkenin içine düşmüş olduğu siyasal ve ekonomik buhran ve benzeri birçok neden, 12 Eylül 1980 tarihinde Türk Silahlı Kuvvetlerinin ülke yönetimine el koyması sonucunu doğurmuştur.

12 Eylül askeri müdahalesi sonrasında darbeyi gerçekleştiren üst düzey askerler kendilerine Milli Güvenlik Konseyi (MGK) adını vermiş ve devlet yönetimini geçici³⁵⁸ olarak ele almışlardır. Bundan sonra yeniden demokratik düzen kuruluncaya kadar geçen döneme 1980 Ara Dönemi denilebilir. Bu dönem de 3 alt döneme ayrılabilir. 1. si Darbenin yapıldığı 12 Eylül 1980’den Anayasa Kurucu Meclisinin (Danışma Meclisi) toplandığı 23 Ekim 1981’e kadar geçen dönem, 2. si 23 Ekim 1981’den yeni Anayasanın halkoylamasında kabul edildiği 7 Kasım 1982’ye kadar geçen dönem, 3’üncüsü ise 7 Kasım 1982’den yeni TBMM’nin toplanıp, başkanlık divanını oluşturduğu 6 Aralık 1983’e kadar geçen ve sonuçta demokrasiye dönüşün gerçekleştiği dönem.³⁵⁹

Askeri darbe sonrası tüm yasama ve yürütme yetkilerini ele alan MGK 21 Eylül’de Emekli Oramiral Bülent Ulusu başkanlığında 27 üyeli ve üyeleri bürokratlar ve emekli subaylardan oluşan bir kabine atadı. Böylece 1983 seçimlerine kadar sürecek olan ve demokratik sayılamayacak geçiş dönemi yönetimi olarak adlandırılabilir bir düzen kurulmuş oluyordu.

23 Ekim 1981 yılında MGK’nın doğrudan atadığı ve valilerce aday gösterilen kişiler arasından seçtiği kişilerden meydana gelen Danışma Meclisi, yani yeni anayasayı hazırlayacak olan kurucu meclis çalışmalarına başladı. Danışma Meclisi içinden seçilen Anayasa komisyonu, 30 Temmuz 1982’de yeni Anayasa’nın taslağını (Anayasa Tasarısı) hazırladı ve 23 Eylül’de bu tasarı Danışma Meclisi tarafından kabul edildi. 18 Ekim 1982’de

³⁵⁸ MGK koyduğu kuralları “Bildiri” ve “Karar” olarak adlandırıyordu ve ilk bildiri yani 1 numaralı Bildiride “harekatın amacı ülkenin bütünlüğünü ve devletin otoritesini yeniden sağlamak , demokratik düzenin işlemesine engel olan nedenleri ortadan kaldırmaktır” deniliyordu bundan da bir süre sonra demokratik yönetime tekrar geçileceği yani bu durumun geçici olduğu sonucu çıkıyordu. Bkz. Sina Akşin ed. **Türkiye Tarihi C 5. Bu Günkü Türkiye 1980-1995...**, s 26-27

³⁵⁹ Eroğul, **a.g.e.** s 231

MGK tarafından da kabul edilen tasarı, 20 Ekim’de Resmi Gazete’de yayımlandı. 7 Kasım 1982’de halkoyuna sunulan yeni Anayasa geçerli oyların yüzde 91’ini alarak kabul edilmiş oldu. Böylece yeni Anayasasına kavuşan Türkiye’de demokrasiye dönüşün alt yapısı büyük ölçüde hazırlanmış oluyordu.³⁶⁰

Yeni Anayasa’da sağlık ile ilgili madde 56. maddedir. Bu madde ile:³⁶¹ “...Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.

Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.

Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir” hükümleri getirilmiştir.

1961 Anayasasında ülkede bulunan kişilerin hayatlarını sağlıklı bir biçimde devam ettirmelerini sağlamak devletin ödevi olarak belirtilmiş iken 1982 Anayasası’nda ülkede bulunan kişilerin hayatlarını sağlıklı bir biçimde devam ettirmeleri için devletin sağlık kuruluşları üzerinde planlayıcı düzenleyici ve denetleyici olarak görev yapacağı anlaşılmaktadır. Bu da devlete sağlık işlerinin hizmet vericisi olmaktan çıkma yolunu açmaktadır. Her ne kadar “sosyal devlet” anlayışından vazgeçilmemiş ise de devlet liberal anlayışa yakın düzenleyici ve denetleyici bir rol üstlenmektedir. Bu durum aslında dönemin politika değişiminin sağlık üzerindeki etkisini göstermektedir.

Bilindiği üzere 70’li yıllarda dünyada ortaya çıkan krizin Türkiye ekonomisi üzerindeki olumsuz etkisi sonucunda 24 Ocak Kararları olarak bilinen ekonomik paket 24 Ocak 1980 tarihinde açıklanmış ve bu tarihten sonra Türkiye, ekonomik anlamda yeni bir yola girmiştir.

Temel amacı ülke ekonomisinin serbest piyasa mekanizması kurallarına göre işlenmesini sağlamak ve dünya ekonomisi ile bütünleşmeyi gerçekleştirmek olan bu ekonomik program ile birlikte Türkiye, ülke ekonomisini dışa kapalı bir hale getiren ithal ikamesine dayalı sanayileşme stratejisini terk etmiş ve “ihracata dayalı sanayileşme” stratejisini benimsemiştir.

4.1.2. Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983)

³⁶⁰ Eric Jan Zürcher, **Modernleşen Türkiye’nin Tarihi**, İletişim yay. İstanbul, 1996, s 409

³⁶¹ Kili, Gözübüyük, a.g.e. s 272

Beş yıllık kalkınma planlarının uygulanması 1980 yılı sonrasında da devam etmiş olduğundan planların sağlık sektörü ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı³⁶² ile ilgili bölümleri bu bölümde de ele alınmıştır.

Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planının başlangıç yılı 1978 olması gerekirken, planla ilgili çalışmaların gecikmesi nedeniyle 1979 yılı başlangıç olarak kabul edilmiştir. Bu bir yıllık süre geçiş yılı kabul edilerek bir yıllık bir program yapılmıştır.³⁶³

³⁶² 1980–2000 yılları arasında geçen dönemde sırasıyla aşağıdaki isimler Sağlık Bakanı olarak görev yapmıştır:

Prof.Dr.Necmi Ayanoğlu 22.09.1980 - 23.12.1981

Prof.Dr.Kaya Kılıçturgay 23.12.1981 - 13.12.1983

Mehmet Aydın (İktisatçı) 13.12.1983 - 17.10.1986

Doç.Dr.Mustafa Kalemlı 17.10.1986 - 21.12.1987

Bülent Akarcalı (İktisatçı) 21.12.1987 - 26.06.1988

Cemil Çiçek 26.06.1988 - 06.07.1988

Nihat Kitapçı (Ziraat Müh.) 06.07.1988 - 31.03.1989

Halil Şıvgın (Hukukçu) 31.03.1989 - 23.06.1991

Dr.Yaşar Eryılmaz 23.06.1991 - 20.11.1991

Dr.Yıldırım Aktuna 20.11.1991 - 25.06.1993

Rıfat Serdaroğlu (İktisatçı) 25.06.1993 - 28.11.1993

Ecz.Kazım Dinç 28.11.1993 - 15.08.1994

Dr.Doğan Baran 15.08.1994 - 07.03.1996

Dr.Yıldırım Aktuna 07.03.1996 - 26.04.1997

Nafiz Kurt 30.04.1997 - 13.05.1997

Doç.Dr.İsmail Karakuyu 13.05.1997 - 30.06.1997

Dr.Halil İbrahim Özsoy 30.06.1997 - 11.01.1999

Dr.Mustafa Güven Karahan 11.01.1999-29.05.1999

Doç.Dr.Osman Durmuş 29.05.1999-19.11.2002

20.11.2002 tarihinden itibaren Prof. Dr. Recep Akdağ Sağlık Bakanı olarak görev yapmaktadır.

³⁶³ Sevim, a.g.e. s 30

Plana bakıldığında yine diğer planlarda olduğu gibi önceki dönemin değerlendirildiği ve ardından hedeflerin belirlendiği görülmektedir.

Plana göre, toplum sağlığının her yönüyle gerçekleştirilmesi, sağlık hizmetlerinden herkesin eşit olarak yararlanması ve görevin Devlet eliyle yürütülmesi olarak tanımlanan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine 1963 yılında başlanmış ve kapsanan il sayısı, 1978 yılında, 46'ya yükselmiştir. Ancak, sağlık hizmetlerinin tek elden yönetimi, etken bir istihdam ve ücret politikası, vb. sorunların giderilmesi gibi ön koşulların yerine getirilemeyişi, bu birimlerin işlerliğini engellemekte, hizmetin sınırlı bir biçimde gelişmesine neden olmaktadır. Değişik birimlerde bağımsız olarak yürütülen sağlık hizmetleri, sosyalleştirme programı içinde bütünleştirilmiştir. Uygulamadaki yavaşlama, bu hizmetlerin de geri kalmasına yol açmakta, sağlık hizmetlerini özellikle kırsal yörelere, sağlık gereksinimlerini karşılayacak biçimde götürmek ve koruyucu hekimlik hizmetlerini yaygınlaştırarak tedavi edici hizmetlere olan aşırı talebi önlemek mümkün olamamaktadır.³⁶⁴

1. basamak sağlık kurumları ile ilgili olarak plana göre, planlı dönemde sağlık ocak ve evlerinin yapımında hedefler ile gerçekleştirmeler arasında önemli farklar izlenmektedir. Gerçekleştirmelerdeki bu geri kalmalar yatırım olanaksızlıklarından değil, yapımı tamamlanan birimlere ilaç, sağlık malzemesi ve araç-gerecin verilmesindeki aksamalar, arsa sağlanması, altyapı, projelendirme, inşaat gibi programlama aşamalarının zamanlamasında ortaya çıkan darboğazlar dışında, özellikle personel sağlanmasında karşılaşılan güçlüklerin giderilememesi nedeniyle, programın gereken niteliğe kavuşmadan yaygınlaştırılmasının doğurabileceği sakıncalar gözetilerek yavaşlatılmasından ileri gelmiştir. 1978 yılı başlarında uygulamanın götürüldüğü 37 il ve 5 eğitim bölgesinde mevcut 1.365 sağlık ocağı ve 5.268 sağlık evinde hizmet gören pratisyen hekim kadrolarının yüzde 36'sı, hemşire kadrolarının yüzde 45'i, sağlık memuru kadrolarının da yüzde 58'i dolu bulunmaktadır. Bu oranlar sağlık ocaklarında çalışan ebeler için yüzde 103, sağlık evlerinde hizmet gören ebeler için ise yüzde 72'dir.³⁶⁵

Yataklı Tedavi Hizmetleri ile ilgili olarak plana göre, Üçüncü Plan, yatak sayılarının her ilde on bin kişiye 26 oranına çıkarılmasını hedef almıştır. 1977 sonunda toplam yatak sayısı 105.053'tür. Buna göre on bin kişiye 25 yatak düşmektedir. Programa alınan yatakların hizmete girmesiyle bu oran, 1978 yılında 25,4, 1979 yılında 27,6, 1980 yılında 28,3 ve 1981 yılında on bin kişiye 28,1 yatağa kadar yükselecek ve öngörülen süreden önce belirlenen hedefi aşacaktır. Plan hedefinin bu şekilde aşılması sağlık hizmetlerinde olumlu bir gelişme

³⁶⁴ **Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı**, DPT yay. Ankara, 1979, 460

³⁶⁵ **Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı**,... aynı yerde

gibi görülmekte ise de, yatakların iller arasındaki dağılımı, mevcut dengesizliğin devam etmekte olduğunu göstermektedir. Bu gelişme, yatırım ve insan gücü kaynaklarının yurt düzeyine dağılışı açısından koruyucu hizmetlerin aleyhine olmaktadır. Yatak sayılarındaki önemli gelişmelere karşılık, tedavi edici sağlık hizmetleri yine çok sayıda kurum tarafından, eskisi gibi dağınık bir şekilde yürütülmekte ve bu kuruluşlara bağlı tedavi kurumlarında birbirinden farklı yapı, personel, malzeme standartları ve ücret politikaları uygulanmaktadır. Üç Plan genel olarak, yataklı tedavi kurumlarının tek elde toplanmasını ve tek bir sistem içinde yürütülmesini öngörmüş, ancak uygulama bu yönde olmamıştır. Bu nedenle yaratılan yatak kapasitesinden tam olarak yararlanılamamakta ve kamu kuruluşlarındaki ortalama yatak kullanımı düşük olmaktadır. Yataklı tedavi kurumlarının büyüklüklerine göre yapılan değerlendirmede, toplam tesislerin yüzde 70'inin 100 yataktan küçük olduğu izlenmektedir. Bu durum tedavi gücünün küçük ve etken olmayan birimlere bölünmüş olduğunu göstermektedir. İl merkezlerinde bulunan hastane yatak kapasiteleri 100 - 400 yatak arasında değişmekte, büyük çoğunluğu da 200 - 300 yataklı hastanelerden oluşmaktadır. Buna karşılık ilçe merkezlerinde belirli bir büyüklük olmadığı izlenmektedir. Mevcut tesislerin büyük çoğunluğu 10 - 15 yatak arasında değişen sağlık merkezleri olmaktadır.³⁶⁶

Sağlık insan gücü ile ilgili olarak plana göre, 3. Plan döneminde doktor, diş doktoru ve eczacı sayılarında önemli artışlar gerçekleşmiştir. 1971 - 1977 döneminde doktor sayısı yüzde 51,9 oranında artarken, diş doktoru sayısı yüzde 106,3 eczacı sayısı ise yüzde 226,7 oranında artmıştır. Ancak, Sağlık hizmetlerinin gelişmesinde, özellikle geri kalmış yörelere personel sağlanmasında karşılaşılan güçlükler, önemli bir sorun olma niteliğini korumaktadır. Toplam sağlık personeli sayısında gelişmeler olmasına karşılık, belirli illerde yoğunlaşmalar artarak devam etmektedir. Yürürlüğe giren ve amacını, sağlık personelinin çalışmalarının tümünü, ayrı bir gelir kaynağına gereksinme duymadan kamu hizmetinde kullanmaları ve hizmeti her kişiye ve yere, en iyi biçimde götürmek olan Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile bu sorunun giderilmesinde önemli bir adım atılmış bulunmaktadır.³⁶⁷

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması ile ilgili olarak plana göre, nüfusun genç oluşu, yanlış ve eksik beslenme sonucu ortaya çıkan hastalıklar, bebek ölüm oranlarının yüksekliği, çevre sağlığı koşullarının istenilen düzeyde olmaması gibi nedenlerle ana - çocuk sağlığı hizmetlerinin etkin bir biçimde yürütülmesi, önemli bir sorun olma niteliğini korumaktadır. Üç Plan, bu hizmetin, diğer sağlık hizmetlerinin, özellikle sosyalleştirme,

³⁶⁶ Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı,... s 461

³⁶⁷ Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı,... s 462

programı uygulamasının önemli bir bölümü olduğu görüşünden hareketle, etkinliğinin diğer programlardaki gelişmelerle artırılmasını amaçlamıştır. Ancak çeşitli nedenlerle sosyalleştirme uygulamasındaki yavaşlama, aile planlaması ve ana-çocuk sağlığı hizmetlerindeki gelişmenin de sınırlı kalmasına yol açmıştır.³⁶⁸

Planın ilke ve hedefleri ise özetle aşağıdaki gibidir:³⁶⁹

1. Dördüncü Plan döneminde, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi programı, bütün yurtda uygulamaya konulacak şekilde ele alınacaktır. Sosyalleştirmenin bütün yurdu kapsamı gerçekleştirildikten sonra standartların yükseltilmesi hedef alınacaktır.

2. Bunun yanı sıra, yataklı tedavi kurumlarında kullanılan yatak ile kadro yatağı arasındaki farkın azaltılması ve yatak kullanma oranlarının yükseltilmesi yoluyla az yatırımla, daha çok yatak sunmak ilkesi gözetilecek ve hizmetin yeterince götürülemediği illere öncelik tanınacaktır. Yatırımların öncelik sırası illerde genel hastane ve doğum evleri için on bin kişiye en az 18,5 yatak ölçütüne göre saptanan gelişmişlik düzeyi dikkate alınarak belirlenecektir. Buna göre, on bin kişiye 16 yatak olarak saptanan genel amaçlı yatalara, on bin kişiye 2,5 olarak belirlenen doğum yataklarının eklenmesiyle 1983 yılı nüfusuna göre bulunan gereksinim 15.355 yatak olmaktadır. Bu ise, 1979 yılı başlangıç olmak üzere programı her yıl 3.070 yatağın alınmasını plan dönemi sonunda hizmete girecek şekilde projelerin zamanlandırılmasını zorunlu kılmaktadır.

3. Bugüne kadar olan uygulama, sosyalleştirme programının gereken düzenlemeler yapılarak yurt düzeyine yayılmasının en gerçekçi çözüm yolu olduğunu ortaya koymaktadır.

Sağlık hizmetlerini eşit, sürekli ve etkili bir biçimde her kişiye ve yere ulaştırmak, böylece toplumun genel sağlık düzeyini yükseltmek temel ilkedir. Bu nedenle, sağlık alanındaki uygulamaların ayrı sistemler olduğu yargısından vazgeçilerek tek yönetim uygulamasına geçilmesi sağlanacaktır.

4. Sağlık hizmetlerinin standardını yükseltmek için gerekli finansmanı sağlamak amacıyla gerekli yasal düzenleme yapılacak, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ve sağlık sigortaları kapsamı dışında kalan kişilerin sağlık gereksinimleri Devlet tarafından karşılanacaktır.

5. Tam süre çalışma yasasına etkinlik kazandırmak amacıyla, gerekli araç, gereç ve benzeri gereksinimlerin karşılanmasına çalışılarak, uygulama sonuçlarının

³⁶⁸ Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, ..., s 463

³⁶⁹ Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, ..., s 65-69

değerlendirilmesine, gerekiyorsa yeni düzenlemeler getirilmesine ve önlemlerin süre geçirilmeden alınmasına ağırlık verilecektir.

6. Ana sağlığına zarar verecek uygulamaların sona erdirilmesi amacıyla, aile planlaması programları, ana ve çocuk sağlığı hizmetleriyle birlikte, sosyalleştirme programı bütünlüğü içinde ele alınacaktır. Bu hizmetler sağlık ocak ve evlerinde yürütülecek, bu amaçla kırsal bölgelerde çalışan köy ebelerinin işlevleri geliştirilecektir.

Dördüncü planın hedefleri bu şekilde belirlenmiş ise de asıl temel politikalar 12 Eylül 1980 tarihinde ordunun yönetime el koyması sonrasında gerek yeni Anayasa ve yasalar ve gerekse kurulan yeni hükümetlerin programlarında ortaya konulmuştur.

4.1.3. Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun

Burada üzerinde durulması gereken konulardan biri de 1981 yılında çıkarılan Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun'dur.³⁷⁰ Yukarıda söz edildiği üzere özellikle taşra ve kırsal kesimde bulunan sağlık personeli açığını kapatmak amacıyla bu kanun çıkarılmıştır.

Kanuna göre, Türkiye'deki tıp fakültelerinden mezun olan veya öğrenimlerini yurt dışında yaparak tabip unvanını kazananlarla, Tababet Uzmanlık Tüzüğüne göre yurt içinde veya yurt dışında uzman olan tabipler, Diş tabibi, eczacı, veteriner, kimyager, kimya mühendisi, kimya lisansiyeri, biyolog ve psikologlar ile bunlardan Tababet Uzmanlık Tüzüğünde sayılan ve tıbbın ana dallarından birinde uzman oldukları ilgili mevzuat hükümlerine göre Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca tescil edilenler ve bunlardan doktora aşamaları ile öğretim üyeliği unvanını kazananlar, pratisyenlikte iki yıl ve uzmanlıkta iki yıl olmak üzere toplam fiilen dört yıl süre ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının kanunlara göre tabip atamakla yükümlü olduğu kurum ve kuruluşlarda ve diğer kuruluşların Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca tasvip edilen kadrolarında devlet hizmeti yapmakla yükümlüdürler.³⁷¹

Anatomi, histoloji, fizyoloji, biyofizik, patoloji gibi bazı branşlar yükümlülük dışında tutulmuştur.³⁷²

³⁷⁰ Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun, **Resmi Gazete**, 25.08.1981/17439

³⁷¹ Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun made 2-3

³⁷² Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun, 3. madde

Bahsedilen kanun ile taşra ve kırsal kesimdeki sağlık personeli açığı önemli ölçüde giderilmiş ve bu kanun 2003 yılına kadar yürürlükte kalmıştır.

4.2. Demokrasiye Dönüş Sonrası Sağlıkta Gelişmeler

4.2.1. 181 Sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname

1983 yılında kabul edilen bu Kanun Hükmünde Kararnamenin³⁷³ amacı, *“herkesin hayatının beden ve ruh sağlığı içinde devamını sağlamak, ülkenin sağlık şartlarını düzeltmek, fertlerin ve cemiyetin sağlığına zarar veren amillerle mücadele etmek ve halka sağlık hizmetlerini ulaştırmak, sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini temin etmek için Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının kurulmasına, teşkilat ve görevlerine ilişkin esasları düzenlemek”*³⁷⁴ olarak belirlenmiştir.

Ardından kararnamenin 2’nci maddesinde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının görevleri şu şekilde sıralanmıştır:

a) Herkesin hayatını beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam iyilik hali içinde sürdürmesini sağlamak için fert ve toplum sağlığını korumak ve bu amaçla ülkeyi kapsayan plan ve programlar yapmak, uygulamak ve uygulatmak, her türlü tedbiri almak, gerekli teşkilatı kurmak ve kurdurmak,

b) Bulaşıcı, salgın ve sosyal hastalıklarla savaşarak koruyucu, tedavi edici hekimlik ve rehabilitasyon hizmetlerini yapmak,

c) Ana ve çocuk sağlığının korunması ve aile planlaması hizmetlerini yapmak,

d) İlaç, uyuşturucu ve psikoaktif³⁷⁵ maddelerin üretim ve tüketimini her safhada kontrol ve denetlemek; farmasötik (eczacılık) ve tıbbi madde ve müstahzar

³⁷³ 181 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, **Resmi Gazete**, 14.12.1983/18251

³⁷⁴ Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname 1. madde

³⁷⁵ Psikoaktif maddeler ya da psikoaktif maddeler insan beynine etki ederek insan davranışını değiştiren ve uzun süre kullanım ile beyinde hasar oluşturarak tedavi gereken klinik durumlar ortaya çıkaran maddelerdir.

(ilaç) üreten yerlerin, dağıtım yerlerinin açılış ve çalışmalarını esaslara bağlamak, denetlemek,

e) Gerekli aşı, serum, kan ürünleri ve ilaçların üretimini yapmak, yaptırmak ve gerekirse ithalini sağlamak,

f) Temel sorumluluk Sağlık Bakanlığına ait olmak üzere Tarım Orman ve Köy işleri Bakanlığı ve mahalli idarelerle işbirliği suretiyle gıda maddelerinin ve bunları üreten yerlerin sağlık açısından kontrol hizmetlerini yürütmek,

g) Mahalli idareler ilgili diğer kuruluşlarla işbirliği suretiyle çevre sağlığını ilgilendiren gerekli tedbirleri almak ve aldirmek,

h) Bulaşıcı, salgın insan hastalıklarına karşı kara hudut kapıları, deniz ve hava limanlarında koruyucu sağlık tedbirlerini almak,

i) Korunmaya, yardım ve bakıma muhtaç çocuk, sakat ve yaşlıların korunması, bakımını, yetiştirilmesi ve rehabilitasyonlarını, çalışan ana ve babaların çocuklarının bakımını sağlamak üzere gerekli hizmetleri yürütmek, yoksulluk içinde bulunan kişi ve ailelere imkânlar ölçüsünde yardımda bulunmak, (Mülga: 24/1/1989 - KHK - 356/15 md.; Aynen kabul: 14/3/1991-3703/19 md.)

j) Kansere, verem ve sıtma ile savaş hizmetlerini yürütmek ve bu alanda hizmet veren kurum ve kuruluşların çalışmalarının koordinasyonunu ve denetimini sağlamak,

k) Bu görevlerin yerine getirilmesi için gerekli tesisleri kurmak ve işletmek, meslek personelini yetiştirmek,

l) Sağlık hizmetleriyle ilgili olarak milletlerarası ve yurt içindeki kurum ve kuruluşlarla işbirliğinde bulunmak.

Bakanlığın görevleri sayıldıktan sonra merkez ve taşra örgütü birimleri görevleri ile birlikte sıralanmıştır. Bu konu daha sonraki başlıklar altında inceleneceğinden burada ele alınmamıştır.

4.2.2. Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989)

1985 – 1989 yılları arasını kapsayan Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planında, ülkede 1980 sonrası yaşanan siyasi değişimlerin izlerini bulmak mümkündür. Piyasa ekonomisinin

oldukça itibar gördüğü bir dönemde hazırlanan ve uygulamaya koyulan Plan ile önceki planlardan uzaklaşma ve ayrılma başlamıştır. Önceki planlarda yer alan hedeflerin ve izlenen stratejilerin değerlendirilmesi konusuna bu planda pek değinilmemiştir. Bu yaklaşım planlama geleneğinden kopmanın ilk işaretlerinden biri sayılabilir.³⁷⁶

Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planının başlangıç yılı 1984 olması gerekirken, yine planla ilgili çalışmaların gecikmesi nedeniyle 1985 yılı başlangıç olarak kabul edilmiştir. Bu bir yıllık süre geçiş yılı kabul edilerek bir yıllık bir program yapılmıştır. Ancak 1984 yılıyla ilgili gelişmeler de bir önceki bölümde olduğu gibi, bu dönem içerisinde değerlendirilmektedir.³⁷⁷

Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nın sağlık alanında öngördüğü ilke ve hedefleri şu şekilde sıralamak mümkündür:³⁷⁸

1. 1984 yılı itibarıyla bütün illeri kapsamına alan sosyalleştirme uygulamasında verimlilik artırılacak ve buna ait mevzuat günün şartlarına göre yeniden düzenlenecektir.

2. 1978 yılında sosyalleştirme kapsamında bulunan 40 ilde 1.556 sağlık ocağı, 6 241 sağlık evi faaliyette bulunurken, 1983 yılında 49 ilde 2031 sağlık ocağı ile 7402 sağlık evinde hizmet sürdürülmüştür. 1984 yılı Mart ayı itibarıyla sosyalleştirme kapsamında olan 67 ilde 2754 sağlık ocağı (2227 sinin binası mevcuttur), 7452 sağlık evi (2241'inin binası mevcuttur) faaliyetini sürdürmektedir. Sosyalleştirme gereğince 1989 yılına kadar 720 sağlık ocağı ile 4215 sağlık evinin yapımı planlanmıştır.

3. Sağlık hizmetlerinden bütün vatandaşların en iyi şekilde faydalanmasının sağlanması esastır. Bu çerçevede Genel Sağlık Sigortası sistemi plan döneminde ele alınacaktır.

4. Genel sağlık seviyesini yükseltmek amacıyla sağlık hizmetlerini eşit, sürekli ve etkili bir şekilde herkese ve yere ulaştırarak halkın beden ve ruh sağlığını korumak ve tıbbi bakım görmesini sağlamak temel ilkedir. Bu çerçevede; Sağlık hizmetlerinin koordineli bir şekilde yürütülmesi için gerekli mevzuat değişiklikleri yapılacaktır.

Bu çerçevede:

³⁷⁶ Olgun Şener, **Türkiye'de 1980 Sonrası Sağlık Politikaları**, Türkiye Ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü, basılmamış yüksek lisans tezi, Ankara, 2005, s 45'ten naklen Seriya Sezen, **Devletçilikten Özelleştirmeye Türkiye'de Planlama**, TODAİE Yayın No:293, Ankara, 1999, s 266-267

³⁷⁷ Sevim, a.g.e. s 31

³⁷⁸ **Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı**, DPT yay. Ankara, 1985, s 150-152

- Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin bütün yurt sathında yeterli ve etkili Şekilde yaygınlaştırılması,

- Çevre sağlığı hizmetlerinin geliştirilerek çevrenin iyileştirilmesi,

- Halkın yeterli, sağlık ve kaliteli gıdalarla beslenmesinin sağlanması,

- İşçilerin, çalışma ortamının Şartları nedeniyle sağlığının bozulmasının önlenmesi ve işçilerin çalışma ortamının tehlikelerinden korunması,

- Ailelere, kendi sosyo - ekonomik düzeylerine göre istedikleri sayıda çocuğa sahip olmalarını sağlayacak uygun ve etkili aile planlaması hizmetlerinin sunulması,

- Çocuk ölümlerinin azaltılması,

- Tıbbi bakım hizmetlerinde mevcut tedavi kurumları arasında bütünleşmenin sağlanarak hizmetlerin verimli ve etkili hale getirilmesi,

- Ülkenin kan ihtiyacının karşılanması, insan kanı temini ve kullanımı konularındaki darboğazların giderilmesi,

- Sağlık hizmetlerinin her kademesi için yeterli sayı ve nitelikte insan gücü yetiştirilmesi ve istihdam edilmesi,

- Sağlık personelinin eğitimi yanında halkın genel sağlık eğitiminin sağlanması ve geliştirilmesi,

- Yeterli miktarda ve nitelikte ilacın üretiminin ve israf edilmeyecek Şekilde tüketiminin sağlanması, hayati ilaçların her an bulundurulması,

- Sağlık yapılarına ilişkin olarak inşaat ve maliyet standartlarının geliştirilmesi ve günün değişen Şartlarına göre yönlendirilmesi,

- Tıbbi cihazların seçimi, alımı, muhafazası, bakımı, onarımı ve kalibrasyon hizmetlerinin yeni esaslara bağlanarak geliştirilmesi ve bu konuda koordinasyon ve işbirliği sağlanması, gerekli personelin yetiştirilmesi,

Milli sağlık politikasının temel ilkeleridir.

Bu amaçlarla plan döneminde;

1. Sağlık hizmetleri etkili, güvenilir, kolay erişilebilir, formaliteden uzak bir niteliğe kavuşturulacak ve ülke sathında dengeli bir şekilde yaygınlaştırılacaktır.

2. Hizmetin sunulmasında tedavi edici sağlık hizmetinden dereceli olarak koruyucu sağlık hizmetlerine yönelinecektir. Hizmetler koruyucu hizmet anlayışı ile kademelendirilecek ve hizmetlerin büyük şehirlerde birikmesi önlenecektir.

3. Koruyucu sağlık hizmetlerinin yeterli ve dengeli şekilde yurt sathında yaygınlaştırılmasına çalışılacak, bunun için gerekli yapı, personel ve araç – gereç eksiklikleri giderilecektir.

4. Yataklı tedavi kurumlarında mevcut kapasitenin daha rasyonel, etkili ve verimli kullanımı sağlanacaktır. Buna göre, on bin kişiye 26 yatak kapasitesi sağlanması plan hedefi olmakla birlikte, mevcut boş yatak kapasitesi kullanılmayan illerde yeni yatak ilavesine gidilmeyecektir.

5. Çocuk ölümlerinin azaltılması için ilgili kuruluşların katıldığı yüksek seviyeli bir kurul kurulacak, işbirliği ve dayanışma sağlanarak bebek ölüm oranı gelişmiş olan ülkeler düzeyine düşürülecektir.

6. Sağlık kuruluşları, hizmet verimliliğinin artırılması için, işletmecilik yönünden ele alınacak; Devlet, üniversite ve diğer hastaneler arasında işbirliği imkânlarının geliştirilmesi ve kuruluşların karşılıklı dayanışma anlayışı içinde çalışmalarının sağlanması için gerekli politikalar uygulanacaktır. Kullanılmayan imkânların ihtiyaç duyulan yerlere aktarılması sağlanacaktır.

7. Hastane işletmeciliği açısından rasyonel ve verimli olmayan çok büyük yatak kapasiteli eğitim ve uygulama hastanelerinin inşa edilmesi önlenerek, hastane işletmeciliği, poliklinik hizmetlerin düzenlenmesi belli kriterlere bağlanacak, poliklinik ve idarî hizmet birimlerinin hasta servislerinden ayrılması sağlanacaktır.

8. Büyük şehirlere hasta akımının önlenmesi için sağlık sevk zinciri, sağlık ocaklarından başlayarak uygulamaya sokulacaktır. Böyle hastaneleri uygulaması başlatılacaktır.

9. Tedavi sonrası rehabilite edici mevcut sağlık hizmetleri kapasite ve nitelik yönünden geliştirilecektir.

10. Tıbbi cihaz israfının önlenmesi, bakım - onarım hizmetlerinin geliştirilmesi ve gerekli personelin yetiştirilmesi sağlanacaktır. Bu personelin çeşitli dallarda yetişmesi için, orta kademe teknik okullar ile YÖK, programlar başlatacaklardır.

11. Hizmet üretiminde temel faktör olan ve bütün sağlık hizmetlerinde her kademede ihtiyaç duyulan insan gücünün yeterli, sayıda ve nitelikte yetiştirilmesi ve teşvik unsurları ile yerinde istihdamı sağlanacaktır.

12. Özel sağlık müesseseleri ve hastaneler teşvik edilecektir. Bu müesseselerin sağladıkları hizmetlerin karşılığı olan ücretler serbest bırakılacaktır. Diğer taraftan serbest çalışan hekimlerle anlaşmalar yapılarak kamunun hizmet satın alması yoluyla sağlık hizmetleri geliştirilecektir.

13. Kamu kurumlarının ve Sigorta Kurumlarının kendilerinin sağlık hizmeti vermek üzere teşkilatlanmalarından kaçınılacak; mevcut sağlık kurumlarından faydalanılması esas olacak; bu yönde gerekli düzenlemeler yapılacaktır.

Bu planla ilgili olarak üzerinde durulması gereken iki konu vardır. Bunlardan birincisi özel sektör sağlık kurumlarının teşvik edilmesi, diğeri ise Genel Sağlık Sigortası sistemi kurulmasıdır. Her ne kadar önceki planlarda da bu konulara değinilmiş ise de bu planda bu konulara vurgu yapılmasında yukarıda bahsedilen yeni dönem ekonomik yapının etkisi büyüktür.

Bu iki konuyu 1983 seçimleri sonrasında iktidara gelen 1. Özal Hükümeti'nin programında³⁷⁹ da görmek mümkündür. Programda özel sektör sağlık kurumları ile ilgili olarak: “Devletin yapacağı hizmet ve faaliyetlere ilaveten, özel sağlık müesseselerinin kurulmasını teşvik edeceğiz” denilmekte, sigorta ile ilgili olarak ise “Bütün vatandaşlarımızın sağlık sigortasına kavuşturulmasını, herkesin istediği hastaneden faydalanmasını sağlayacak bir sistemin geliştirilmesini hedef alıyoruz” denilmektedir.

Burada şunu da belirtmekte yarar vardır ki, sağlık sigortası ile özel sektör sağlık kurumlarının teşviki konuları birbiri ile bağlantılı konulardır. Burada görülmesi gereken hedef devletin sağlık hizmeti sunumundan kademeli olarak çekilmesi, bu hizmeti özel sektöre devretmesi ve sağlık finansmanını kurmayı planladığı genel sağlık sigortası sistemi ile karşılaşmasıdır. Anayasada da belirtildiği gibi devlet sağlık hizmetleri ile ilgili olarak artık denetleyici, düzenleyici ve koordine edici bir rol üstlenmek istemektedir. Hatta devletin, gerektiğinde özel sektörden sağlık hizmeti satın alacağı ve özel sektör sağlık hizmeti

³⁷⁹ Hükümet programının tamamı için bkz. <http://www.tbmm.gov.tr/hukümetler/HP45.htm>

ücretlerinin de serbest bırakılacağı belirtilmektedir. Denetleme, düzenleme ve koordinasyon işini Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, genel sağlık sigortası ile ilgili işleri ise SSK ve diğer sigorta kuruluşları üstlenecektir.

4.2.2.1. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu

Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planında sözü edilen sağlık hizmetlerinin koordineli bir şekilde yürütülmesi için gerekli mevzuat Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu³⁸⁰ ile yürürlüğe konulmuştur. Bu kanun, dönemin liberal anlayışına uygun yenilikleri içermesi bakımından da önemlidir.

Amacı sağlık hizmetleriyle ilgili temel esasları düzenlemek³⁸¹ olan kanuna göre bu temel esasların bazıları şu şekilde sıralanmıştır:³⁸²

a) Sağlık kurum ve kuruluşları yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca, diğer ilgili bakanlıkların da görüşü alınarak planlanır, koordine edilir, mali yönden desteklenir ve geliştirilir.

b) Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmek suretiyle kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletilmesinde kaynak israfı ve atıl kapasiteye yol açılmaksızın gerektiğinde hizmet satın alınarak kaliteli hizmet arzı ve verimliliği esas alınır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ilgili Bakanlığın muvafakatini alarak, kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarına koruyucu sağlık hizmeti görevi verir ve bu kurum ve kuruluşların bütün sağlık hizmetlerini denetler.

c) Bütün sağlık kurum ve kuruluşları ile sağlık personelinin ülke sathında dengeli dağılımı ve yaygınlaştırılması esastır. Sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletilmesi bu esas içerisinde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca düzenlenir. Bu düzenleme ilgili Bakanlığın görüşü alınarak yapılır. Gerek görüldüğünde özel sağlık kuruluşlarının her türlü ücret tarifeleri sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca onaylanır. Kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşları veya sağlık işletmelerinde verilen her türlü hizmetin fiyatları Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca tespit ve ilan edilir.

d) Sağlık kurum ve kuruluşları, kişilerin hekim ve sağlık kuruluşunu seçme hakkı kısıtlanmaksızın sağlık hizmet zinciri oluşturulacak şekilde düzenlenir. Acil vakalar hariç

³⁸⁰ Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, **Resmi Gazete**, 15.05.1987/19461

³⁸¹ Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu 1. madde

³⁸² Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu 3. madde

olmak üzere sevk sistemine uymayanlar hizmet karşılığı fazla ücret öderler. Sosyal güvenlik kuruluşlarına bağlı olanlar bu farkı kendileri karşılar.

f) Herkesin sağlık durumunu takip edebilmek için gerekli kayıt ve bildirim sistemi kurulur.

Görüldüğü gibi kanunda Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı sağlık kurum ve kuruluşları üzerinde planlayıcı, koordine edici, destekleyici ve denetleyici bir rol ile karşımıza çıkmaktadır. Bu durum zaten yukarıda bahsedildiği üzere gerek Anayasa’da gerek hükümet programında ve gerekse Beşinci beş Yıllık Kalkınma Planında üzerinde durulmuş bir konudur. Burada sağlık kurumları ile ilgili iki farklı konu olan “sağlık işletmesi” ve “sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılması” karşımıza çıkmaktadır. Kanunun 5. maddesinde sağlık işletmesi tanımlanmıştır. Bu tanıma göre “Bu Kanun kapsamına giren kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşları, ilgili Bakanlığın teklifi ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının uygun görmesi halinde Bakanlar Kurulu kararı ile kamu tüzelkişiliğini haiz sağlık işletmesine dönüştürülürler. Yeterli işletme büyüklüğünde bulunmayan sağlık kuruluşları tek bir sağlık işletmesi altında toplanabilir.”³⁸³ Tarım, sanayi, ticaret, bankacılık vb. iş alanlarında, kâr amacıyla bir sermaye yatırılarak kurulan kurum³⁸⁴ olarak tanımlanan işletmede asıl amaç kâr elde etmektir. Dolayısıyla bu kanuna göre, artık sağlık kurum ve kuruluşları kâr amacı güden birer işletmeye dönüştürülebilecektir. Ayrıca 5. maddenin devamında sayılan sağlık işletmelerinin gelirlerinin ilk kalemi olarak Sağlık hizmetleri karşılığında elde edilen gelirler sayılmıştır. Aslında kanunun ilk halinde sağlık işletmesinin yanı sıra bu işletmelerde çalışacak personelin sözleşmeli olarak çalıştırılabileceklerine dair bir madde de bulunmakta iken bu madde Anayasa Mahkemesince iptal edilmiştir.

Kısacası bu kanun ile liberal ekonomik politikanın bir gereği olarak sağlık hizmetleri kâr amacı güden kurumlarca belli bir bedel karşılığında verilecektir. Ancak şunu da belirtmek gerekir ki kanunda koruyucu sağlık hizmetlerinin ücretsiz verilmesi esas alınmış, teşhis, tedavi ve rehabilite edici hizmetlerin ücret karşılığı verileceği belirtilmiştir.³⁸⁵

Ücret karşılığı verilmesi planlanan sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili olarak ise; sosyal güvencesi olmayan vatandaşlara yönelik genel sağlık sigortası uygulamasına geçilinceye kadar uygulanmak üzere bir sistem öngörülmüştür. Bu sistemi açıklayan Kanunun Geçici 3. maddesi şu şekildedir:

³⁸³ Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu 5. madde

³⁸⁴ **Büyük Türkçe Sözlük**, Türk Dil Kurumu yay.

³⁸⁵ Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu 8. madde

“Geçici Madde 3 - Genel Sağlık Sigortası yürürlüğe girinceye kadar, hiç bir sosyal güvenlik kurumuna tabi olmayanlar müracaatları ve talepleri halinde sağlık kütüğüne kaydolunur. Bu suretle kayıtlarını yaptıranlardan her yıl Bakanlar Kurulunca tespit edilen miktarda prim tahsil edilir. Kayıtlarını yaptırmayanlar ile primlerini ödemeyenlerin sağlık kuruluşlarındaki teşhis, tedavi ve rehabilite giderleri kendilerinden veya kayıt oldukları özel sigorta kurumlarından tahsil edilir.”³⁸⁶

Kanun tasarısı ile ilgili meclis görüşmelerine bakıldığında, tasarının 22 Nisan 1987 tarihinde TBMM’de görüşüldüğü ve bu görüşmede ciddi tartışmalar yaşandığı görülmektedir.

Tasarı ile ilgili Sosyal Demokrat Halkçı Parti (SHP) grubu adına söz alan Muğla Milletvekili İdris Gürpınar özetle şu tespitlerde bulunmuştur:

“...Bu yasa tasarısı, sağlık hizmetlerinde çalışan 115.680 doktor, eczacı, diş hekimi, hemşire, ebe ve sağlık memuru gibi sağlık personeliyle, bir o kadar da, sağlık alanında çalışan diğer memur ve personelin güvencesiz bir ortamda, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının istediği gibi değiştirebileceği koşullarda çalıştırılmasını amaçlıyor. Halbuki, özel bir yasayla düzenlenmesi gereken personel rejiminin, bakanlık tasarrufuna bırakılması Anayasanın 128 inci maddesine aykırıdır. Sözleşmeli statüde çalıştırılacak personel, işçi sayılmadığı için, sendikal haklardan, memur sayılmayacağından da, 657 sayılı Yasanın memur güvencesinden yararlanamayacaktır. Meslekî güvenceyi ve özlük haklarını ortadan kaldıran bu tasarıya hekimler nasıl “evet” desinler? Sorun, sadece, sözleşmeye geçilerek, hekime bir miktar fazla para vermek sorunu değildir; mesleğin onurunu korumayan her uygulama, bugüne kadar hep başarısızlıkla bitmiştir, yine öyle olacaktır. Sayın milletvekilleri, çok önemli bir noktayı dikkatlerinize arz etmek istiyorum. Hekime, bir memur gözüyle bakılmamalıdır. Hekimlik bir sanattır. Onun için, öncelikle hekimin saygın ve özgür olması lazımdır. Özgür olarak düşünemeyen, özgür karar veremeyen bir insana hayatınızı nasıl emanet edersiniz? Bu tasarı yasalaşırsa, hekimler, bir çeşit kapıkulu durumuna düşeceklerdir. Dünyanın hiçbir demokratik ülkesinde, meslekten geçici ve daimî çıkarılma yetkisinin, bu tasarının (3 - h) maddesinde olduğu gibi, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına verildiği görülmemiştir. Hekim denetimsiz kalsın demek istemiyoruz; hatta, çok ciddi şekilde denetlenmesinden yanayız; ama mesleğin onurunun korunmasını da gerekli görüyoruz. Hekimler yönünden, bu tasarıdan yararlanarak hâkimlerde olduğu gibi - bir yüksek hekimler kurulu oluşturulsa, çok yararlı olabilirdi. Tabip odalarına ve Türk Tabipleri

³⁸⁶ Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu Geçici 3. madde

Birliğine denetim ve eğitimde görev verilmeliydi. Bunlar düşünülmediği, hekime biraz fazla ücret vermekle her şeyin halledileceği zannedildiği için, büyük hataya düşülmüştür. Sistem, bu yüzden başarısız olacaktır. Sayın milletvekilleri, bu yasa tasarısı, en önemli sorunlardan biri olan sağlık hizmetlerinde finansman meselelerini nasıl çözümleneceğini açık seçik bildirmiyor. Döner sermayede ücretler artırılarak hizmetin karşılığının alınmasına çalışılacağı, parası olanlardan prim alınacağı, hiç kimsenin ücretsiz hastaneye yatamayacağı, parası olmayanın parasının fonlardan ödeneceği söyleniyor; ama vatandaşın bu bozuk ekonomik şartlarda parayı nereden bulacağı düşünülüyor. Yüzde 50'ye varan, parası olmayanlara devletin nasıl para yetiştireceği belli değil. Anayasamızın 2. maddesi Türkiye Cumhuriyetinin sosyal bir hukuk devleti olduğunu belirtiyor. Sosyal hukuk devletinde sağlık hizmetleri, temel kamu hizmeti olarak görülür ve tüketici bir hizmet olduğu için de, bütçeden yeterli para ayrılması öngörülür. Bu tasarıdaki amaç ise, tüm yükün vatandaşa yüklenmesi şeklindedir. Yani, vatandaştan para alınacak ve karşılığında sağlık hizmeti verilecektir. Finansman yönünden, tasarının hiçbir hesabı yapılmamıştır...”³⁸⁷

Görüldüğü üzere Gürpınar, tasarımı eleştirirken sağlık personelinin sözleşmeli statüye alınmasına ve hizmet finansmanının vatandaştan karşılanmasına karşı çıkmaktadır. Finansman ve personel rejimi eleştirilerinin yanı sıra sevk zincirini eleştiren Doğru Yol Partisi (DYP) Sakarya milletvekili Turgut Sözer ise şunları söylemiştir:

“...paran yoksa öl diyen bir sistem getiriyorsunuz. Oysaki, benim bu güne kadar bildiğim, devlet, bunu dememek için vardır. Bunu yaşayan, milletimizin sinesinde ebediyen yaşayacak olan ve haksız yaşağını devam ettirerek, tekrar iktidar olma sevdasında olduğunuz, baş hocanız da böyle söylemiştir, böyle söylemektedir ve sanıyorum size de böyle öğretmiştir. Vatandaş bir hastaneye gidecek; hastadır, mecburen zinciri bozmuştur. Sen zincir bozansın diyerek, hekim ona bakmayacak mıdır? Nasıl olur bu iş? Hekim yeminlidir; bu defa, hekim mi yeminini bozacaktır? Karışık işler bunlar. Siz, getirdiğiniz bu tasarıyla, işleri düzenlemek bir yana, iyice karıştıracaksınız, Karıştırmanızı temenni ettiğimizi de sanmayınız. Karıştırmamanız için, ilk teşebbüsünüzden bu yana, sizleri uyardıya çalışıyoruz...”³⁸⁸ Sağlık hizmeti eşit götürülürse bir değeri vardır. Devlet burada bile insanlarına eşitlik sağlayamazsa nerede sağlayacaktır? insanlarımız ölüme giden yolda da mı taş vagona bindirileceklerdir? Sağlığını satın alma tercihi ne demektir?³⁸⁹ ... Getirdiğiniz mevzuatla, sağlık personelimizden istediğinizi atacak, istediğinizi satacaksınız. Yönetmeliklerle idare edeceklermiş... Dünyanın nenesinde, böyle bir yetki (meclislerden

³⁸⁷ **TBMM Tutanak Dergisi**, Dönem 17, C.39, 22.04.1987, s 363

³⁸⁸ **TBMM Tutanak Dergisi**, Dönem 17, C.39, 22.04.1987, s 366

³⁸⁹ **TBMM Tutanak Dergisi**, Dönem 17, C.39, 22.04.1987, s 367

alınmıştır? Amerika'da bile sizi kınadıklarımı kendi arkadaşlarınızın ağızlarından duydum³⁹⁰”

Yapılan bu eleştirilere cevap vermek üzere kürsüye gelen Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı Mustafa Kalemli yaptığı konuşmada özetle şunları söylemiştir:

“...sağlık meselesini biz milletin meselesi olarak görüyoruz. Bu milletin meselesine de kesin bir çözüm bulmak için, bugün medenî dünyanın kullandığı bütün usullerden de yararlanarak yeni bir çerçeve yasa getiriyoruz...³⁹¹ Bizim pek çok hastanemize -devlet hastaneleri dahil- müracaat eden vatandaşlarımızın çoğunun şikâyeti, çok daha küçük merkezlerde halledilebilecek şikâyetlerdir. Bunlar, o küçük merkezlerde halledilemediği için, büyük merkezlerde çok yığılma olmaktadır. İşte oradaki doktor da günde 200 hasta bakmaktadır. Müracaat zincirinden maksat budur. Oralarda meselesini halletsin, halledemiyor ise, o silsile; meratip içerisinde, gelsin, büyük hastaneye müracaat etsin; ama geldiğinde, kapının önünde beklemesin. Geldiğinde, Ankara otellerinde bir hafta yatıp masraf etmesin; gelsin, yatırılın. Bunu sağlamaya çalışıyoruz. Var mı buna bir itirazınız? Ama siz, seçmen vatandaşın işini takip ediyorum hüviyetine bürünüp, onu bir hafta otelde yatırmayı arzu ediyorsanız, buyurunuz, yatırınız. Biz, onu düşünmüyoruz. Vatandaşımız gelsin ve normal müracaat kuralları içerisinde müracaat ettiğinde, büyük şehirdeki hastaneye yatırılın; ama, gerçek ihtiyacı o hastanede giderilecekse, o hastaneye gelsin. Yoksa basit bit apandisit için Ankara'daki Numune Hastanesine; Dışkapı'daki Sosyal Sigortalar Hastanesine kalkıp gelmesin, günlerce de sıra beklemesin istiyoruz.

Arkadaşlarımızın sözleşmeli personele itirazları oldu; hekimin güvencesinden bahsedildi. Komisyonlarda da ifade ettim, başka toplantılarda da ifade ettim; ama bir kere daha zabıtlara geçmesi bakımından yüce Meclise ifade ediyorum. Eğer Türk hekiminin hakkını koruyacak kişi varsa, o, ilk başta Sağlık Bakanı olarak benim, bu konuda kimse benim bir adım önüme geçmeye gayret etmesin, lüzumsuz bir gayretkeşlik olur...

Şimdi, bu güvence meselesi nedir, onu anlatayım: Ne istiyor bunu söyleyen ve çok küçük bir yüzdede, azınlıkta olan hekim? «Ben hem sözleşme yapayım, hem 657'nin kanatları altına sığınayım; ister çalışayım, ister çalışmayayım; bir kere benim maaşım garanti olsun.» Yok öyle şey, öyle şey yok. Çalışacak, hak edecek, ondan sonra ücretini alacak. Ben de bunu söylüyorum, Sözleşmem' personel statüsü bugün bütün medenî ülkelerin hastanelerinde kullanılan bir sistemdir. Orada hiçbirisi devlet memuru değil; hepsi gelir, bir sene, iki sene,

³⁹⁰ **TBMM Tutanak Dergisi**, Dönem 17, C.39, 22.04.1987, s 368

³⁹¹ **TBMM Tutanak Dergisi**, Dönem 17, C.39, 22.04.1987, s 377

üç sene, beş sene için sözleşme yaparlar. Sözleşmelerinde de, çalışacakları şartlar tümüyle belirlenir. İşte birinci garantileri odur; sözleşmenin şartlarıdır bininci garantileri. Fesih olayında dahi, işten ayrılma olayında dahi yapılacak işlemler orada yazılır. Çünkü sözleşme, şahıslar arasında ve ya bir şahısla kurum arasında yapılan akittir, senettir. İkinci garanti nedir? İkinci garanti, o değerli hekim arkadaşımın kendi çalışmasıdır. Çalıştığı ölçü de, o müesseseye faydalı olduğu ölçüde, o müessesenin verdiği hizmeti artırdığı ölçüde kendi garantisi o müessesede artar. Farz et iki, sözleşmesi bitti; nereye gidecek? Ülkenin sınırları dışında kendisine iş mi arayacak? Yine bu ülkenin içinde çalışacak, yine bizim bakanlığımızın kuralları içinde çalışacak; ama iyi çalışacak. Bizim getirdiğimiz sistem budur. Çalışmasının karşılığını da alacak.³⁹²”

Görüldüğü gibi Bakan Kalemlî sevk zinciri ve sözleşmeli personel konuları ile ilgili eleştirilere cevap vermiş ancak hizmet finansmanının halktan karşılanması eleştirisini ise cevapsız bırakmıştır. Bu eleştiriye karşı cevabı iktidar partisi adına söz alan İstanbul Milletvekili Reşit Ülker’in şu sözlerle verdiği görülmektedir:

“Plandaki ilkeler, on beş gün evvel yazılmadı; 1963'ten beri yazılı. Kaldı ki, şunu ifade edeyim: Mesela, 1973'te Genel Sağlık Sigortası Teklifi olarak - elimin altında metin olarak var - ben getirmişim; 1984'te de, Ağrı Milletvekili İbrahim Taşdemir ve 10 arkadaşınca, Genel Sağlık Sigortası Kanunu Teklifi olarak getirilmiş. Yani, demek istiyorum ki, bu mesele, şu taraf veya bu taraf meselesi değildir; millî bir mesele olarak, genel sağlık sigortası yapılması lazım gelir diye düşünülmüş ve bu alınıp getirilmiş. 'Kitaplardan okuduğumuza göre, genel sağlık sigortası, dünyada ilk defa, Bismark Almanyası'nda bundan 105 sene evvel getirilmiştir. Biz de Türkiye'de 105 sene sonra genel sağlık sigortasının temelini bu yasa tasarısıyla atıyoruz. Buna, getirildiği zaman karşı çıkanlar olmuş, meslek kuruluşları konuya ilişkin görüşlerini ileri sürmüşler ve yasa tasarısı, genel ilkeler olarak, bütün bu işin uzmanlarının görüşlerine uygun olarak getirilmiştir. Bunun içindir ki, sonradan, “Şurası şöyle, burası böyle” denilmesine rağmen, Türk Tabipler Birliğinin ilik yazdığı yazıda, genel olarak, bu kanun tasarısı tasvip edilmektedir; benim kanaatimce aksini de söylemeleri mümkün değildir, çünkü - araştırılırsa bunların hepsinin çıkarılması mümkündür - bu konuda yığınla beyan ve yazı mevcuttur. Bunları, bu kanun tasarısının, yan tutmadan getirilmiş olduğunu ifade etmek için söylüyorum.”³⁹³

Aslında muhalefet tarafından en çok eleştirilmesi beklenen ancak net bir şekilde konuşmalarda değinilmediği görülen sağlık kurumlarının birer işletmeye dönüşmesi ile ilgili

³⁹² TBMM Tutanak Dergisi, Dönem 17, C.39, 22.04.1987, s 379

³⁹³ TBMM Tutanak Dergisi, Dönem 17, C.39, 22.04.1987, s 381

olarak da yine İstanbul Milletvekili Reşit Ülker tarafından bir açıklama yapıldığı görülmektedir. Bu konu ile ilgili olarak Ülker şunları söylemiştir:

“Sayın Başkan, yüce Meclisin değerli üyeleri; düşünün, bugün hastanelerimiz var, fakat az gelişmişlikten kurtulmak için çırpınan bu ülkede, bunların kapasite kullanımı yüzde 40 oranında eksiktir; yani her 100 yataktan 40’ı kullanılmıyor. Herkes kendine göre bir hastane sistemli kurmuş ve bunlar atıl kapasite içerisinde. Halbuki Batı ülkeleri, hastaneleri, bir işletme olarak görüyorlar. İster biz böyle görelim, ister Batılılar böyle görsün veya görmesin hastane, yemekhanesiyle, laboratuvarıyla, her şeyiyle bir ünitelidir, bir işletmedir. Burada getirilen ilke nedir? Burada getirilen ilke, bunu en yararlı bir şekilde kullanma ve işletmedir.”³⁹⁴

Yapılan bu eleştirilere rağmen meclisten aynen geçen kanun tasarısı 15 Mayıs 1987 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiş ise de yukarıda da bahsedildiği üzere sağlık işletmelerde çalışacak personelin sözleşmeli olarak çalıştırılabileceklerine dair madde Anayasa Mahkemesince iptal edilmiştir.

4.2.3. Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994)

1990-1994 dönemini kapsayan Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planında Beşinci plandan farklı olarak kısaca da olsa plan öncesi durum değerlendirilmiştir.

Plana göre sağlık sektöründeki genel iyileşmeye paralel olarak, doktor başına ve yatak başına nüfus sayılarında düşme izlenmiştir. 1984 yılında doktor başına 1.471 kişi düşerken 1988’de bu rakam 1.287 kişiye inmiş, yatak başına nüfus 1984’te 427 iken 1988’de 410 olmuştur. Toplam hasta yatağı sayısı ise 1984’te 116 bin iken 1988’de 131 bine ulaşmıştır.³⁹⁵

Plana göre mevcut durumda sağlık sektörünün bazı temel sorunları vardır. Bu sorunlar:³⁹⁶

1. Koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesinde etkinlik sağlanamayışı ve birinci basamak sağlık hizmet birimlerinin yetersizliği tedavi hizmetlerine olan talebi artırmıştır.

³⁹⁴ TBMM Tutanak Dergisi, Dönem 17, C.39, 22.04.1987, s 382

³⁹⁵ Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı, DPT yay. Ankara, 1990, s 340

³⁹⁶ Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı... aynı yerde

2. Tedavi kurumları arasındaki koordinasyonun yetersizliği yanı sıra, etkin bir iletişim ve hasta sevk sisteminin kurulmamış olması neticesinde, tedavi hizmetleri arzu edilen rasyonelliğe kavuşamamıştır.

3. Çevre şartlarındaki olumsuzlukların yeterince giderilemeyişi sağlık üzerindeki etkilerini sürdürmüştür.

Bahsedilen sorunların çözümü için planın hedef, ilke ve uygulanacak politikaları şu şekilde sıralanmıştır.³⁹⁷

1. Plan dönemi sonunda; doğuşta hayatta kalma ümidinin 68 yıla yükseltilmesi, bebek ölüm oranının binde 50,0'ın altına düşürülmesi, sağlık hizmeti talebi için başvuruların çoğunluğunun ilk basamak sağlık ünitelerince karşılanması ve 1011 kişiye bir hekim, 4845 kişiye bir diş hekimi, 3655 kişiye bir eczacı, 736 kişiye bir hemşire ve ebe, 2838 kişiye bir sağlık memuru ve teknisyeni düşmesi hedeflenmektedir.

2. Sağlıklı bir toplum için sağlık hizmetlerinden vatandaşların en iyi şekilde faydalanmasını sağlamak amacıyla sağlık hizmetlerini eşit olarak, sürekli, dengeli ve yeterli bir şekilde herkese ve her yere ulaştırmak temel ilkedir. Bu amaçla sağlık ana planı hazırlanacaktır,

3. Koruyucu sağlık hizmetlerine yaygınlık, süreklilik ve etkinlik kazandırılmasına öncelik verilecek, temel sağlık hizmetleri güçlendirilecektir.

4. Aile planlaması ve ana-çocuk sağlığı hizmetleri etkinleştirilerek yaygınlaştırılacaktır.

5. Sağlıklı yaşam şartları üzerindeki olumlu etkileri göz önünde bulundurularak çevre sağlığının gelişmesini sağlayan, bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önleyen temiz içme suyu, modern kanalizasyon gibi alt yapı yatırımları etkili bir şekilde sürdürülecek; belediyelerin belirli standartlar dâhilinde umumi tuvalet inşa etmeleri desteklenecektir; fiziksel, ekonomik ve sosyal çevreden kaynaklanan risk faktörlerinin sağlık üzerindeki olumsuz etkileri azaltılarak halkın tedavi kurumlarına talebinin giderek azaltılması için gerekli tedbirler alınacaktır.

6. Gıda kontrol hizmetlerini, ilaç, aşı, serum ve kan ürünlerinin üretimini, kalite kontrolünü, muhafazasını, dağıtım ve kullanımını etkinleştirecek düzenlemeler yapılacaktır.

³⁹⁷ **Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı...** 289-291, 356-357, 362

7. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için kişi ve toplulukların sağlık bilincini geliştirecek eğitim faaliyetlerine ağırlık verilecektir.

8. Sağlık hizmeti veren kuruluşlar arasında etkin bir işbirliği ve koordinasyon sağlanarak, yatak kullanımı dâhil sağlık hizmetlerinde rasyonellik artırılabak, hizmet birimlerinin modern işletmecilik anlayışıyla yonetilmesine, etkin İletişim ve bilgi-kayıt sistemleri kurulmasına imkân veren düzenlemeler yapılacaktır.

9. Birinci basamak sağlık hizmet birimleri güçlendirilecek, bu kademedен başlayarak üniversite hastanelerine kadar uzanan etkili bir hasta sevk sistemi kurularak İhtiyaçlar yerinde karşılanacak ve hastanelerdeki gereksiz yığılmalar önlenecektir. Ayrıca, evde bakım hizmetleri geliştirilecektir.

10. Özürlüler, yaşlılar ve akıl hastalarına yonelik tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri geliştirilecek, mevcut hizmetlerin kapasitesi artırılabacaktır.

11. Sağlık alanında sağlık ekonomisi dâhil olmak üzere etkin bir insan gücü planlaması yapılacaktır. Sağlık personelinin ve sağlık alt yapısının yurt düzeyinde dengeli dağılımını sağlamak üzere müessir tedbir alınacaktır.

12. Tıp Eğitimi müfredat programlarında ve hekim istihdam politikalarında pratisyen hekimliği özendirici düzenlemeler yapılacak, uzman açığı bulunan tıp dallarında uzmanlaşma teşvik edilecektir. Serbest çalışanlar da dâhil bütün sağlık insan gücünün hizmet içi ve sürekli eğitimleri sisteme bağlanacaktır.

13. Sağlık alanında bilimsel araştırma faaliyetleri ile gelişme gösteren yeni tıp dalları ve modern tıp teknolojisinin izlenmesi için gerekli destekler sağlanacaktır.

14. Sağlık hizmetlerinin finansman kaynaklarının çeşitlendirilmesi esas alınacak ve hizmet talebinin karşılanmasında özel kesimden de yararlanmak üzere gerekli teşviklerin sağlanmasına devam edilecektir.

15. Yonetim, kaynak ve norm birliği sağlanarak sağlık sigortasının kapsamı genişletilecektir.

16. Bakım ve onarım hizmetlerinin geliştirilmesi için sağlık kuruluşlarındaki biyomedikal mühendislik hizmetleri etkinleştirilecektir.

17. Ülke şartlarına uygun ve fonksiyonel sağlık yapıları için tip projeler geliştirilecektir.

18. Sağlık mevzuatı günün şartlarına göre yeniden düzenlenecektir.

19. Daha sağlıklı bir topluma ulaşılması ve hastalıklara karşı korunması amacıyla, aşı kampanyaları dâhil, koruyucu sağlık hizmetlerine yaygınlık, süreklilik ve etkinlik kazandırılmasına öncelik verilecek; temel sağlık hizmetleri güçlendirilecektir.

20. Fiziksel, ekonomik ve sosyal çevredeki risk faktörlerinin İnsan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini ortadan kaldırmak ve fertlere sağlık bilinci kazandırmak için çalışmalar sürdürülecektir.

21. Sağlık hizmeti veren kuruluşlar arasında etkin bir işbirliği ve koordinasyon sağlanarak yatak kullanımı dâhil sağlık hizmetlerinde rasyonellik artırılacaktır.

22. Birinci kademe sağlık hizmetlerinden başlanarak üniversite hastanelerine kadar uzanan hasta sevk sistemi kurulacak; yataklı tedavi kurumlarındaki yığılma önlenecektir.

23. Sağlık hizmet birimlerinin modern işletmecilik anlayışıyla yönetilmesine, modernizasyonuna, etkin iletişim ve bilgi-kayıt sistemleri kurulmasına imkân veren düzenlemeler yapılacaktır.

24. Sağlık hizmetlerinin finansman kaynaklarının çeşitlendirilmesi esas alınacak ve hizmet talebinin karşılanmasında özel kesimden de yararlanmak üzere gerekli teşviklerin sağlanmasına devam edilecektir.

25. Genel sağlık sigortasına geçiş konusunda çalışmalara devam edilecektir.

26. Sağlık sektöründe 19.000 hasta yatağı, 750 sağlık ocağı ve 1500 sağlık evi hizmete sokulacaktır. Yatak kullanım oranı yüzde 65,0'e yükseltilecektir.

4.2.3.1. 181 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Yapılan Değişiklik

1991 yılında çıkarılan 2828 Sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu, 3289 Sayılı Beden Terbiyesi ve Spor Genel Müdürlüğünün Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun ile 179 ve 181 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulüne Dair Kanun³⁹⁸ ile Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'ndan ayrılmış ve bu kurum Başbakanlığa bağlanmıştır. Bunun doğal sonucu olarak yine aynı kanun ile Bakanlığın adı "Sağlık Bakanlığı" olarak değiştirilmiştir.

³⁹⁸ Resmi Gazete 23.3.1991/2082

4.2.3.2. Yeşil Kart Uygulaması

Altıncı beş yıllık Kalkınma Planında sözü edilen genel sağlık sigortasına geçiş konusundaki çalışmalar kapsamında 1992 yılında “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun”³⁹⁹ çıkarılmıştır.

Bu Kanunun amacı, hiç bir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında olmayan ve sağlık hizmetleri giderlerini karşılayacak durumda bulunmayan Türk vatandaşlarının bu giderlerinin, Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilinceye kadar Devlet tarafından karşılanması ve bu hususta uyulacak usul ve esasların belirlenmesidir.⁴⁰⁰

Kanuna göre, aylık geliri veya aile içindeki gelir payı asgari ücretin vergi ve sosyal sigorta primi dışındaki miktarının 1/3'ünden az olan ve Türkiye'de ikamet eden Türk vatandaşlarının;

a) Türkiye'deki yataklı tedavi kurumlarında yatarak görecekları tedavi hizmetlerini ve her türlü masraflarını,

b) Türkiye'deki sağlık kurum ve kuruluşlarında ayakta tedavi kapsamında görecekları muayene, tetkik, tahlil, pansuman, diş çekimi ile diş protez ve gözlük hizmetlerini ve ilaç bedellerini,

c) Doksan günün aşılması kaydıyla Yeşil Kart hamili anne ve/veya babanın yeni doğan bebeğinin Yeşil Kartı çıkarılıncaya kadar, acil tıbbi müdahale ve tedavi gerektiren ve annenin doğum yaptığı hastanedeki tedavi giderleri ile sevk edildikleri sağlık kurum ve kuruluşlarında uygulanan yatarak ve ayakta tedavileri ve bunların giderlerini,

d) Doksan günün aşılması kaydıyla acil tıbbi müdahale ve tedavi gerektirdiği için hastaneye yatırılan hastaların yeşil kart çıkarılıncaya kadar hastanede yapılan tüm masraflarını,

e) Tedavi hizmetlerini verecek kurum ve kuruluşları kapsar.

³⁹⁹ Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun, **Resmi Gazete**, 03.07.1992/21273

⁴⁰⁰ Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun, 1. madde

Bu Kanuna göre sağlanacak sağlık hizmetlerinin bedelini karşılamak üzere Sağlık Bakanlığı bütçesine yeterli ödenek konulur. Bu ödeneğin miktarı, Yeşil Karttan yararlanacak olanların sayısı ile Yüksek Sağlık Koordinasyon Kurulu'nun kişi başına yıllık olarak belirleyeceği ortalama sağlık gideri esas alınarak tespit edilir. Yataklı tedavi kurumları, bu Kanun kapsamına giren kişilere verdikleri sağlık hizmetlerinin ücret ve bedellerini Sağlık Bakanlığına fatura ederler. Ödeme Sağlık Bakanlığınca gerçekleştirilir.

Kanundan anlaşıldığı üzere aslen kurulması amaçlanan genel sağlık sigortası uygulamasına geçilinceye kadar sağlık güvencesi olmayan ve maddi geliri belli standardın altında olan vatandaşlara sağlık güvencesi sağlanması amaçlanmaktadır. Konunun Sağlık Bakanlığı ile ilgili kısmı ilgi çekicidir. Zira kanun ile Bakanlığa, hizmet sağladığı vatandaşların sosyal güvenlik kurumu gibi bir görev verilmektedir. Diğer sosyal güvenlik kurumları varken bu görevin Sağlık Bakanlığına verilmiş olması Türkiye’de sosyal güvenlik anlamında da çok başlılığı artırmıştır. Zaten sağlık hizmeti verilmesi konusunda da Cumhuriyet’in ilanından beri çok başlılık mevcuttur. Bunun en büyük örneği de dev sağlık tesisleri bulunan Sosyal Sigortalar Kurumudur.

4.2.3.3. 1990 – 1994 - 1997 Sağlık Projeleri

1992-1993 yıllarında, 1980 sonrası sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi amacı doğrultusunda yapılması planlanan “sağlık reformu” çalışmaları bağlamında iki adet sağlık projesi uygulanmıştır. Bu dönemde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin bir aracı olarak aile hekimliğinin gündeme getirilmesi, kamu hastanelerinin özzerleştirilmesi, sağlık finansmanı konusunda Genel Sağlık Sigortası’na geçiş, sağlık hizmetlerinde yerel güçlerin söz sahibi kılınması ve sağlık personelinin sözleşmeli hale getirilmesi sağlık reformu tartışmalarında öne çıkan temel konular olmuştur.⁴⁰¹

Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası (Dünya Bankası) ile 1990 ve 1994 ve 1997 yıllarında yapılan ikraz (kredi) anlaşmaları⁴⁰² doğrultusunda bu projelerin uygulanması

⁴⁰¹ Ata Soyer, “1980’den Günümüze Sağlık Politikaları”, **Praksis**, Sayı:9 (Kış- Bahar, 2003), s.312

⁴⁰² Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası ile Yapılan Sağlık Projesi İkraz Anlaşmalarının onaylanmasına dair Bakanlar Kurulu kararları için bkz. **Resmi Gazete**, 07.10.1990/20658, 22.12.1994/22149 ve 17.12.1997/23203

amacıyla Bakanlık merkez teşkilatında “Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü” kurulmuş ve bu yapı aracılığıyla sağlık projelerinin hayata geçirilmesi amaçlanmıştır.⁴⁰³

1990 yılında Ankara, Diyarbakır, İstanbul, Mardin, Muğla, Tokat, Sivas ve Yozgat illerini kapsayan 1. Sağlık Projesi uygulanmaya başlamıştır.⁴⁰⁴ Toplam 147.47 milyon dolar olan proje bütçesinin yüzde 51’i Dünya Bankası tarafından yüzde 49’u ise ulusal bütçeden karşılanmıştır.⁴⁰⁵ Proje sonunda sağlık hizmetlerinin yeniden yapılanması ve güçlendirilmesi yoluyla proje illerinde halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi, sağlık birimlerinin inşası ve onarımı, tıbbi cihaz ve donanım desteği verilmesi, taşıt desteği, koruyucu sağlık programlarının uygulanması ve geliştirme eğitimlerinin sağlanması, Sağlık Enformasyon Sisteminin (SES) geliştirilmesi amaçlanmış ve bu proje 1998 yılında tamamlanmıştır.⁴⁰⁶

Proje kapsamında Polatlı Devlet Hastanesi, Milas Devlet Hastanesi, Suşehri Devlet Hastanesi, Fethiye Devlet Hastanesi ve Haymana Devlet Hastanesi hizmete açılmıştır. Yine proje kapsamında 2139 birinci basamak sağlık kurumuna tıbbi malzeme alımı, 183 araç alımı, 51 hastaneye tıbbi cihaz alımı, 79 ilde donanım ve yazılım alımı gerçekleştirilmiştir. Ayrıca proje kapsamında toplam 11384 personele hizmet içi eğitim verilmiştir.⁴⁰⁷

1994 yılında ise Adıyaman, Ağrı, Ardahan, Artvin, Batman, Bayburt, Bingöl, Bitlis Elazığ, Erzincan, Erzurum, Gümüşhane, Hakkâri, Iğdır, Kahramanmaraş, Kars, Malatya, Muş, Siirt, Şırnak, Şanlıurfa, Tunceli ve Van illerini kapsayan 2. Sağlık Projesi uygulanmaya başlamıştır.⁴⁰⁸ Toplam 200 milyon dolar olan proje bütçesinin yüzde 75’i Dünya Bankası tarafından yüzde 25’i ise ulusal bütçeden karşılanmıştır.⁴⁰⁹ Proje sonunda, temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, sağlık birimlerinin yeniden inşası, onarımı ve yenilenmesi, tıbbi cihaz ve donanım desteği

⁴⁰³ **Türkiye Sağlık Hizmetlerinde 80. Yıl**, Sağlık Bakanlığı yay. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Erişim Merkezi Akademik Metinler-Kitaplar, <http://www.sabem.saglik.gov.tr>, s 78

⁴⁰⁴ Metin Dinçer, **Sağlıkta Dönüşüm Programı Bileşenlerinden Aile Hekimliği Uygulamasına Dair Doktor Beklentileri ve Bir Uygulama**, basılmamış yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2006, Ankara, s 38

⁴⁰⁵ **Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007**, Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Merkezi Müdürlüğü yay. Ankara, 2007, s 253

⁴⁰⁶ Haluk ÖZSARI Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörü, **Sağlık Projeleri Ve Sağlık Enformasyon Sistemleri Çalışmaları Hakkında Genel Bilgi Notu**, Modern Hastane Yönetimi / Cilt 2 / Sayı 6 / Ağustos-Eylül 1998 / Sayfa 15

⁴⁰⁷ **Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007**,...s 254-255

⁴⁰⁸ Dinçer, **a.g.e.**, s 40

⁴⁰⁹ **Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007**,...s 257

verilmesi, taşıt desteği verilmesi, temel sağlık hizmetlerinin eğitim ve etkinliğinin ölçülmesi, yönetim bilgi sistemlerinin geliştirilmesi amaçlanmış ve projenin 2001 yılında tamamlanması öngörülmüş ise de proje 2004 yılında tamamlanmıştır.⁴¹⁰

Proje kapsamında yaklaşık 27.000 sağlık personeline eğitim verilmiş, “Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri” hazırlanmış ve bu rehberlerden toplam 62.500 adet basılmıştır. Ayrıca 23 ilde eğitim sağlık merkezleri açılmış, 24 ayrı kalemden alınmış olan malzeme, donanım, mobilya ve araçlar 753 sağlık kurumuna ve 23 eğitim sağlık merkezine dağıtılmıştır. Ayrıca yine proje kapsamında araştırmalar ve sağlık hesapları çalışmaları yapılmıştır.⁴¹¹

3. Proje olan Temel Sağlık Hizmetleri Projesi ise 1. basamak sağlık kurumu olarak aile hekimliği sisteminin ve etkin bir sevk sistemine dayalı 1. basamak sağlık pilot sistemini pilot iller olarak seçilen Eskişehir ve Bilecik’te uygulamaya geçirmek amacıyla 1997 yılında uygulanmaya başlamıştır. Toplam 18,63 milyon dolar olan proje bütçesinin yüzde 78’i Dünya Bankası tarafından yüzde 22’si ise ulusal bütçeden karşılanmıştır.⁴¹² Proje sonunda, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi, aile hekimliği ve sevk sisteminin geliştirilmesi ve halkın bilgilendirilmesi, sağlık personeli, aile hekimleri ve pratisyen hekimlere yönelik eğitimler verilmesi, bina inşaatları yapılması, onarım ve yenileme çalışmaları yapılması, tıbbi donanım ve malzeme desteği verilmesi ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Bilgi Sistemlerinin gerçekleştirilmesi amaçlanmış ve projenin 2000 yılında tamamlanması öngörülmüştür.⁴¹³ Ancak 1999 yılında gerçekleşen Marmara depremi sonrasında proje değiştirilerek kaynakların tamamı Marmara Depremi Acil Yeniden Yapılandırma Projesi’ne aktarılmıştır.⁴¹⁴

Bahsedilen anlaşmalarla verilen kredi, Dünya Bankası’nın Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesini desteklemek ve yönlendirmek amacıyla uygulamaya koyduğu programın bir parçasıdır. Anlaşma,

⁴¹⁰ Özşarı, a.g.m. s 15

⁴¹¹ **Türkiye’de Sağlık Bakış 2007**,...s 258-261

⁴¹² **A.g.e.** s 263

⁴¹³ Özşarı, a.g.m. s 15

⁴¹⁴ **Türkiye’de Sağlık Bakış 2007**,...s 263

devletin rolünü koruyucu sağlık hizmetleriyle sınırlayarak tedavi edici hizmetlerin özel sektör tarafından yerine getirilmesini öngörmektedir.⁴¹⁵

4.3. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000)

Planın başlangıç yılı 1995 olması gerekirken, yine planla ilgili çalışmaların gecikmesi nedeniyle 1996 yılı başlangıç olarak kabul edilmiştir.⁴¹⁶ Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planında Sağlık konusu “Sağlık Reformu” başlığı altında ele alınmış ve öncelikle, sağlık hizmetlerinin mevcut durumuna ilişkin bazı açıklamalar yapılmıştır.

Buna göre, Altıncı Plan döneminde, toplumun genel sağlık düzeyinde genel bir iyileşme sağlanmış, 1989'da doğuştan hayatta kalma ümidi 66 yıldan 1994'de 67,7 yıla yükselmiş ve 0-1 yaş arası bebek ölüm hızı aynı dönemde binde 62,2'den binde 46,8'e düşmüştür. Sağlık hizmeti sunumunda kamu kesiminin ağırlığı devam etmiştir. Hasta yataklarının yüzde 95'i, koruyucu sağlık hizmet birimlerinin ise tamamı kamu kesimine aittir. Uzman hekimlerin yüzde 76'sı, pratisyen hekimlerin yüzde 96'sı, diş hekimlerinin yüzde 33'ü ve hemşirelerin yüzde 98'i kamuda istihdam edilmektedir.⁴¹⁷

Sağlık alanına ayrılan kaynaklar yeterli olmamakla birlikte, kuruluşlar arasındaki koordinasyon eksikliği, organizasyon bozukluğu, rasyonel olmayan yatırımlar, makine ve teçhizat eksiklikleri ve istihdam politikasındaki yanlışlıklardan dolayı mevcut kaynaklar da etkili kullanılamamaktadır.⁴¹⁸

Koruyucu sağlık hizmetleri için yalnızca Sağlık Bakanlığı imkânları kullanılmış, diğer kuruluşlar bu amaç doğrultusunda yönlendirilememiştir.⁴¹⁹

Temel sağlık hizmetleri ülke ihtiyacına cevap verecek şekilde yeterince geliştirilememiş, 224 sayılı Kanun'la getirilen düzenleme kırsal alanda sağlık evleri ve sağlık ocaklarında gereken insan gücü ve donanım ihtiyacının yeterince karşılanmaması nedeniyle uygulamada yetersiz kalmış, hızlı nüfus artışı ve göçler nedeniyle kalabalıklaşan kentlerde çeşitlenen sağlık sorunlarının giderilmesine yönelik örgütlenme oluşturulamamıştır. Birinci basamaktan başlayarak referans hastanelerine dek uzanan ve bütün hizmet kademelerini kapsayan etkili bir hasta sevk sistemi kurulamamıştır.⁴²⁰

⁴¹⁵ Soyer, 1980'den Günümüze Sağlık Politikaları... s 312

⁴¹⁶ Sevim, a.g.e, s 30

⁴¹⁷ Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, DPT yay. Ankara, 1996, s 41

⁴¹⁸ Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı,...s 42

⁴¹⁹ Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı,...aynı yerde

⁴²⁰ Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı,...aynı yerde

Yataklı tedavi kurumlarının çağdaş işletmecilik esaslarına göre verimli ve etkili bir şekilde yönetilmemesi, kendi gelirleriyle giderlerini karşılayamaması, rekabete açık olmaması, idari ve mali özerkliğe sahip kuruluşlara dönüştürülemediği olması, bu kuruluşlardan beklenen faydanın elde edilememesine yol açmaktadır.⁴²¹

Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına duyulan ihtiyaç devam etmektedir.⁴²²

Sağlık insan gücü sayısındaki önemli gelişmelere rağmen, istihdam ve yurt düzeyinde dağılımı ile ilgili sorunlar devam etmektedir. Bazı tıp dallarındaki uzman hekim açığı kapatılamamıştır. Hekimlerin yüzde 48,5'i üç büyük ilde bulunmaktadır. 1994 yılında hekim başına düşen nüfus 954 kişiye inmiştir. 1995 yılı Mart ayı itibariyle Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu Genel Müdürlüğü hizmet birimlerinde 3.055 pratisyen hekim, 2.636 uzman hekim ve 136 diş hekimi kadrosu boş bulunmaktadır.⁴²³

Hasta yatağı toplam sayısı 1994 yılı itibariyle 150.565'e yükselmiş olmakla birlikte, yurt düzeyindeki dağılımı dengesizdir. Toplam yatakların yüzde 37'si ülke nüfusunun yüzde 24,4'ünün bulunduğu üç büyük ildedir. Hasta yatağı başına düşen nüfus 1994 yılında 406 olmuştur. Mevcut yatakların kullanım oranı yüzde 58 ile düşük bir seviyede iken, bu oran 50 yatağın altındaki ilçe hastanelerinde yanlış yer seçimi, insan gücü ve makine-teçhizat eksiklikleri, toplumun hizmet kullanım alışkanlıkları gibi nedenlerle yüzde 35'in de altına inmektedir. Özellikle son yıllarda ilçe hastanesi yapımında nüfus kriteri göz ardı edilmiş ve bazı ilçelerde gereksiz kapasite yaratılmıştır.⁴²⁴

1993'de sağlık hizmetleri açısından sigorta kapsamındaki nüfusun oranı yüzde 60,1'e yükselmiştir. Yeşil Kart uygulaması çerçevesinde 1994 sonu itibariyle 3,7 milyon kişi yataklı tedavi hizmetleri açısından güvenceye kavuşturulmuştur.

Temel sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve bu hizmetlerin ulaşılabilirliğini artırarak halkın sağlık düzeyini yükseltmek, sağlık hizmet sunumunda etkililik ve verimliliği artırmak ve Sağlık Bakanlığı'nın yönetim kapasitesini güçlendirmek amacıyla 1990 yılında sekiz ilde Birinci Sağlık Projesi, 1994 yılında da Kalkınmada Öncelikli 23 ilde İkinci Sağlık Projesi uygulamaya konulmuştur.

⁴²¹ Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı,...aynı yerde

⁴²² Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı,...s 43

⁴²³ Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı,...s 43

⁴²⁴ Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı,...aynı yerde

2514 sayılı Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun'da değişiklik yapılarak pratisyen hekimler için zorunlu hizmet uygulaması 1995 yılı Mart ayında kaldırılmıştır.

4046 sayılı Özelleştirme Uygulamalarının Düzenlenmesine ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'la yataklı tedavi kurumlarının işletilmesi haklarının özelleştirilmesi imkânı getirilmiştir. Özel sağlık sigortacılığı yaygınlaştırılmamıştır.

Sağlık konusundaki amaç, ilke ve politikalar ise şu şekilde sıralanmıştır:⁴²⁵

1. Sağlıkta kaynakların etkili kullanılması, hizmette yaygınlık, süreklilik ve kalite sağlanarak tüketici tatmininin artırılması amacıyla sistem; finansman, yönetim ve organizasyon, insan gücü, hizmet sunumu, mevzuat ve enformasyon boyutları itibariyle yeniden yapılandırılacaktır.

2. Sağlık grup başkanlıkları kaldırılarak, ilçe sağlık müdürlükleri kurulacak, illerde ve büyük ilçelerde nüfus büyüklüğüne göre eğitim sağlık ocakları oluşturulacak, mevcut ana çocuk sağlığı merkezleri bu amaçla kullanılacaktır.

3. Sağlık Bakanlığı halk sağlığını koruyucu, standart ve norm koyucu bir yapıya kavuşturulacak, doğrudan yataklı tedavi hizmeti sunumundaki rolü giderek azaltılacaktır.

4. Sağlık hizmetlerinde merkezi idarelerin görev, yetki ve sorumlulukları azaltılacak, il sağlık idarelerinin görev, yetki ve sorumlulukları yeniden belirlenecektir. Hizmetin sunulmasında yerel yönetimlerin rolü artırılacaktır.

5. Sağlık hizmetlerinin her aşamasında toplumun katkı ve katılımı sağlanacaktır.

6. İnsan sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olan çevresel risk faktörlerinin azaltılması için sektörler arasında işbirliği programı geliştirilecektir.

7. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi referans hizmet verebilecek bir ulusal laboratuvar haline getirilecektir.

8. Bütün hizmet kademelerini kapsayan bir hasta sevk sistemi kurulacak ve bu çerçevede bireye hekim ve hastane seçme imkânı getirilecektir.

⁴²⁵ **Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı**,... s 45-49

9. Daha kaliteli ve etkili sağlık hizmeti sunulabilmesi için hastaneler idari ve mali özerkliğe kavuşturulacak, ağdaş işletmecilik anlayişıyla yönetim yapıları güçlendirilecek, bu çerçevede gerekli yasal düzenlemeler yapılacaktır.

10. Sağlık insan gücünün bölgeler arası ve kıy-kent düzeyinde dağılımı ile meslekler ve meslek içi ihtisas alanları itibariyle dağılımının dengeli hale getirilmesi amacıyla etkili insan gücü planlaması yapılacaktır. İş yükü esasına dayalı kadro standartları geliştirilecek, meslek gruplarının görev, yetki ve sorumlulukları yeniden düzenlenecek ve personelin dengeli dağılımını sağlayacak bir cretlendirme sistemine geçilecektir.

11. Ana-ocuk sağlığı ve aile planlaması, bulaşıcı ve salgın hastalıklar ve diğer koruyucu sağlık hizmetleri kamu hizmeti olarak bedelsiz verilmeye devam edecek, tedavi hizmetlerinin bedeli ise kullanıcılar tarafından ödenecektir. Sağlık hizmetleri açısından sosyal güvencesi olmayan kesim sigortalanacak, uzun vadede sigorta kuruluşları arasında norm ve standart birliği sağlanarak genel sağlık sigortası sistemine geçilecektir. deme gücü olmayanların sigorta primleri kısmen veya tamamen kamu kaynaklarından karşılanacaktır. Bu çerçevede gerekli yasal düzenlemeler yapılacaktır.

12. Özel kesimin sağlık sektöründeki faaliyetleri zendirilecektir.

Ayrıca yapılması planlanan hukuki düzenlemelerden bahsedilmiştir. Bunlardan en önemlisi ise, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlık evi, sağlık ocağı, kamu sağlık merkezi ve benzeri birimler ile aile hekimliği hizmet birimlerinde etkili, kaliteli ve verimli sunumunu sağlamak ve bu çerçevede sağlık teşkilatının il ve ilçe düzeyinde kuruluş, işleyiş, hizmet sunumu ve kullanımı yönünden düzenlenmesi amacıyla çıkarılacağı belirtilen Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Hakkında Kanun'dur.⁴²⁶

4.3.1. Yedinci Planın Sonuçları

Başlangıcı 2000 yılı sonrasında olmasına rağmen Yedinci beş yıllık Kalkınma Planının sonuçlarını içermesi bakımından Sekizinci beş yıllık kalkınma Planının da burada ele alınması gerekmektedir.

Sekizinci Beş Yıllık kalkınma planında "Mevcut Durum" başlığı altında ele alınan önceki dönem sonuçları özetle aşağıdaki gibidir:⁴²⁷

⁴²⁶ **Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı**,...s 48

⁴²⁷ **Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı**, DPT yay. Ankara, 2000, s 85-86

1. 1995 yılında binde 43,1 olan bebek ölüm hızı 2000 yılında binde 35,3'e düşmüş, aynı dönemde doğuştan hayatta kalma ümidi 68 yıldan 69,1 yıla yükselmiştir.

2. 2000 yılı sonu itibarıyla hastane sayısının 1.220'ye, sağlık ocağı sayısının 5.700'e, sağlık evi sayısının 13.500'e ulaşması beklenmekte, 807 kişiye bir hekim, 384 kişiye bir hasta yatağı düşeceği tahmin edilmektedir. 1999 yılı itibarıyla hasta yataklarının yüzde 38'i, hekimlerin ise yüzde 40'ı nüfusun yüzde 25,6'sının yaşadığı üç büyük ilde bulunmaktadır. Ülke genelinde yatak kullanım oranı yüzde 59'dur. Özellikle ilçe hastanelerinde yatak kullanım oranı yüzde 25'in altında kalırken büyük illere hasta akını devam etmektedir.

3. 1999 yılı sonu itibarıyla sağlık sigortası kapsamındaki nüfusun oranı yüzde 86,4'e ulaşmıştır. Yeşil Kart verilmek suretiyle 8,7 milyon kişi, yataklı tedavi hizmetinden yararlanma güvencesine kavuşturulmuştur.

4. Koruyucu sağlık hizmetlerine gerekli öncelik verilememiş ve bu hizmetlerin temel sağlık hizmetleriyle birlikte yaygın, sürekli ve etkili sunulması sağlanamamıştır.

5. Hızlı kentleşmeyle birlikte artan kentli nüfusun birinci basamak sağlık hizmeti talebini karşılayacak etkin bir model geliştirilememiş ve aile hekimliği uygulamasına geçilememiştir.

6. Hastaneler idari ve mali özerkliğe ve kendi gelirleri ile giderlerini karşılayan bir yapıya kavuşturulamamış, çağdaş işletmecilik anlayışıyla yönetilmeleri sağlanamamıştır.

7. Ülke sathında acil ve ilkyardım hizmetlerinin yaygınlaştırılması, mobil sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, yönetim ve koordinasyon merkezinin oluşturulması ihtiyacı devam etmektedir.

8. Sağlık Bakanlığı hastanelerinin insan gücü ve altyapı imkânlarından daha iyi yararlanması amacıyla 13 ilde 23 hastanede vardiya uygulaması başlatılmıştır.

10. 1999 yılı sonu itibarıyla toplam yatak sayısı içinde özel sektörün payı yüzde 6,8 olmuştur. Özel sektör daha çok poliklinik, laboratuvar ve teşhis merkezi ağırlıklı hizmet vermektedir.

Bu sonuçlardan da anlaşılacağı üzere 1. basamak sağlık hizmetleri sunumunda ve koruyucu sağlık hizmetlerinde sorunlar devam etmekte ve bu sorunlara çözüm olarak düşünülen aile hekimliği uygulamasına geçilememiştir. Ayrıca insan gücü politikasındaki sorunlar nedeniyle hekimlerin çoğunun büyük şehirlerde toplanmış olması taşra sağlık

hizmetlerini olumsuz yönde etkilemektedir. İkinci basamak hastane hizmetleri ile ilgili olarak ise yıllardır teşvik edileceği belirtilen özel sektör sağlık hizmetleri birinci basamak ile ikinci basamak sağlık hizmetleri arasında kalmış ve beklenen verimliliği gösterememiştir.

4.4. 1980-2000 Yılları arası Bakanlık İstatistikleri ve Merkez Teşkilatın Son Durumu

4.4.1. 1980-2000 Yılları arası Bakanlık Bütçesi ile Konsolide Devlet Bütçesi Karşılaştırması

Bakanlığın 1980-2000 dönemindeki bütçe rakamlarına ve bu rakamların konsolide devlet bütçesine oranına bakılacak olursa:⁴²⁸

Yıllar	Konsolide Bütçe Milyon TL	Sıhhiye Vekâleti Bütçesi Milyon TL	Bütçe payı %
1981	1.502.789	55.431,9	3.7
1982	1.750.823	50.098,4	2.9
1983	2.528.304	75.226,8	3.0
1984	3.231.804	100.106	3.1
1985	4.999.482	137.462	2.7
1986	7.254.111	178.262	2.5
1987	11.050.686	280.066	2.5
1988	20.881.923	547.391	2.6
1989	32.933.446	861.736	2.6
1990	64.400.354	2.527.231	3.9

⁴²⁸ Sağlık Hizmetleri (1980-1993), Glir-Kadroolar-Tedavi Yardımları...s 40, 1993 sonrası veriler Sağlık Bakanlığı'ndan alınmıştır.

1991	101.265.180	4.088.879	4.0
1992	207.866.907	9.760.175	4.7
1993	367.601.609	17.951.761	4.9
1994	823.396.387	30.463.327	3.7
1995	1.335.987.053	48.741.551	3.7
1996	3.558.506.822	98.064.401	2.8
1997	6.238.000.000	204.499.276	3.3
1998	14.753.000.000	390.891.701	2.7
1999	23.570.000.000	663.123.501	2.8
2000	46.843.000.000	1.059.825.001	2.3

Tablodan da anlaşıldığı üzere Bakanlık bütçesi yıllar itibarıyla artmış olsa da konsolide bütçeye oranla dalgalanma göstermiş ve aradaki oran yüzde 5'i geçememiştir.

4.4.2 1981-2000 Yılları arası Bakanlığın Sağlık Personeli Durumu

Bakanlığın sağlık personeli durumuna bakıldığında,⁴²⁹

	1981	1987	1988	1990	1993	1995	1997	2000
Tabipler	5961	14191	16222	23254	33160	35154	37261	42820
Eczacılar	1825	1122	985	1048	1299	1193	1130	793
Diş Tabipleri	911	1373	1538	1808	2038	2152	2199	2423
Hemşireler	21645	23831	26233	29219	35684	39250	40695	43694

⁴²⁹ Veriler Türkiye İstatistik Kurumu'nun 04/11/2010 tarihli ve 8525 sayılı yazısı üzerine alınmıştır.

Ebeler	12592	20117	23382	23386	34442	36621	37361	38674
Sağlık Memurları	7278	8905	13753	16098	22856	26351	29665	33708

Tabloya bakıldığında özel sektörde çalışma imkânı daha fazla olan Eczacı ve Diş Tabipleri haricinde kalan sağlık personeline yıllar itibarıyla artış görülmektedir.

4.4.3. 2000 Yılı İtibarıyla Sağlık Bakanlığı Merkez Örgütü

4.4.3.1. Ana Hizmet Birimleri

4.4.3.1.1. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Başlangıçta “Hıfzıssıhha İşleri Umum Müdürlüğü” adı altında oluşturulan Genel Müdürlük, 3017 sayılı Kanunla görev alanı belirlenmiş ve 1963 yılında çıkarılan 4862 sayılı Kanunla da “Sağlık İşleri Umum Müdürlüğü” adını almıştır.⁴³⁰ 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile “Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü” adını almıştır.⁴³¹

Genel Müdürlüğün görevlerine bakılacak olursa:⁴³²

- a) Toplum sağlığını ilgilendiren her türlü koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamak, bu hizmetlere halkın katkı ve iştirakini temin etmek,
- b) Bulaşıcı, salgın, sosyal ve dejeneratif hastalıklarla mücadele ile aşılama ve bağışıklık hizmetlerini yürütmek,
- c) Sağlıklı çevre temin etmek amacıyla çevre sağlığını ilgilendiren her türlü tedbiri almak ve aldirmek ve gayrisihhi müesseselerin halkın sağlığına zarar vermesini engellemek ve gerekli denetimlerini yapmak,
- d) Yenilecek ve içilecek tüm gıda maddeleri ile toplum sağlığını ilgilendiren eşya ve levazımı sağlık yönünden kontrol ve denetimlerini yapmak ve gerekli hallerde izin vermek,
- e) İçilecek ve kullanılacak nitelikte su temini, sıcak ve soğuk hamamlar ile içmeceler tesisi, mezbaha inşaatı, mezarlıklar tesisatı, ölü defni ve nakli işleri ve

⁴³⁰ Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl... s 50

⁴³¹ Türkiye Sağlık Hizmetlerinde 80. Yıl... s 20

⁴³² 181 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname... Madde 9

lağım ve mecralar tesisatı ile ilgili sağlık düzenlemeleri yapmak ve denetlemek, insan sağlığını tehlikeye düşürecek amillerle mücadele etmek,

f) Zehirli ve uyuşturucu maddelerle, tıbbi ve hayati müstahzarları, insan sağlığında kullanılan her cins serum ve aşıları, bunların yapıldığı ve satıldığı yerleri denetlemek,

g) Sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması çalışmalarını yürütmek, sağlık ocaklarının yataklı tedavi kurumları ile işbirliğini düzenlemek,

h) Sanatlarını serbest olarak icra eden tabip ve tababet mensuplarının hizmetlerinin ve işlemlerinin sağlık ve teknik denetimini yapmak, ücret tarifelerini tespit etmek,

i) Bakanlıkça verilen benzeri görevleri yapmak.

4.4.3.1.2. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

1936 yılında çıkarılan 3017 sayılı Kanunun 11. Maddesinde bugünkü Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü hizmetini yürüten “İçtimai Muavenet İşleri Dairesi” yer almış, 4862 sayılı Kanunun 4. Maddesi ile önce “Sosyal Yardım İşleri Genel Müdürlüğü” olarak, sonra 225 sayılı Kanunun 3. Maddesi ile “Tedavi Kurumları Genel Müdürlüğü” ve daha sonra da 181 sayılı Kanun hükmünde Kararname ile “Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü” adını almıştır.⁴³³

Genel Müdürlüğün görevlerine bakılacak olursa:⁴³⁴

a) Bakanlığa bağlı yataklı tedavi kurumları ile bu kurumlara bağlı sağlık kuruluşlarını açmak, kapasitelerini artırmak, mali, idari ve teknik her türlü işlemlerini düzenlemek, takip etmek, yürütmek ve gerektiğinde bunları kapatmak.

b) Milli Savunma Bakanlığına bağlı yataklı tedavi kurumları dışında kalan genel ve katma bütçeli kamu kuruluşlarına, özel sektöre, yabancılara ve azınlıklara, ait yataklı tedavi kurumlarına açılış ruhsatı vermek, gerekenlerin yatak ve tedavi ücret tarifelerini tespit ve tasdik etmek, bu kurumların fiziki yapılarını tetkik etmek ve gerektiğinde çalışmalarını yasaklamak,

⁴³³ **80. Yılda Tedavi Hizmetleri (1923 - 2003)**, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü yay. Ankara, 2004, s 16

⁴³⁴ 181 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname... Madde 10

c) Memleketin ihtiyacı olan kan ve kan ürünlerini sağlamak için kan merkezi ve istasyonları açmak, açtırmak, denetlemek ve gerektiğinde kapatmak,

d) Bakanlıkça verilen benzeri görevleri yapmak.

4.4.3.1.3. İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü

1923 yılında Cumhuriyetin kuruluşu ile Bakanlık Teşkilat Yasası içinde Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı Eczacılık ve Müstahzarlar Şube Müdürlüğü iken, 1946 yılında çıkarılan 4862 Sayılı Kanunla Eczacılık ve Tıbbi Müstahzarlar Genel Müdürlüğü'ne dönüştürülmüş, 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'ne dönüştürülmüştür.⁴³⁵

Genel Müdürlüğün görevlerine bakılacak olursa:⁴³⁶

a) Sağlık hizmetlerinde kullanılacak ilaçların imalini, ithalini ve piyasaya arz şekillerini izne bağlamak, ilaçların kaliteli olarak uygun fiyatlarla ve sürekli bir şekilde halka ulaşmasını sağlamak, bu amaçla gerekli kontrolleri yapmak,

b) (Değişik: 8/6/1984 - KHK - 210/2 md.) Farmasötik ve tıbbi madde ve müstahzar üreten yerlerin, dağıtım ve depolama üniteleri ile eczanelerin açılış ve çalışmalarının esaslarını tespit etmek, gerekli denetimleri yapmak,

c) Uyuşturucu ve psikotrop maddelerin ithal, imal, ihraç ve yurtiçi tüketiminin esaslarını tespit etmek ve denetlemek,

d) Türk farmakopesi (Kodeksi) ile değişiklik ve eklerinin yürürlüğe girmesini sağlamak,

e) Bakanlıkça verilen benzeri görevleri yapmak.

4.4.3.1.4. Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü

3017 sayılı Kanun'un 3. Maddesinde yer alan Mesleki Murakabe ve Eğitim Genel Müdürlüğü, "Mesleki Öğretim Genel Müdürlüğü" şeklinde değiştirilmiş, 181

⁴³⁵ Türkiye Sağlık Hizmetlerinde 80. Yıl... s 42

⁴³⁶ 181 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname... Madde 11

sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile “Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü” adını almıştır.⁴³⁷

Genel Müdürlüğün görevlerine bakılacak olursa:⁴³⁸

a) Sağlık meslek eğitimini, Türk Milli Eğitim Temel Kanunu ve mesleğin özel ve genel amaçları doğrultusunda yürütmek,

b) Sağlık personeli yetiştirmek üzere orta ve yüksek dereceli okulların açılması için gerekli plan ve programların yapılması ve okulların açılması ile ilgili işlemleri yürütmek,

c) Türk Silahlı Kuvvetlerine ait olanlar hariç, Bakanlık dışı özel ve resmi kurumlarca açılması planlanan orta dereceli sağlık meslek okullarının açılış hazırlıklarını incelemek, incelettirmek ve değerlendirmek, açılmış bulunanların mesleki eğitim yönünden denetimlerini yapmak,

d) Sağlık meslek eğitimini geliştirici, bilimsel ve teknolojik gelişmelere paralel hale getirici, etkinliğini artırıcı tedbirleri almak, araştırmalar yapmak veya yaptırmak, alınacak sonuçları değerlendirmek,

e) Eğitimde kullanılan metot ve tekniklerin uygulama usullerini tespit etmek, eğitimin standardizasyonunu sağlamak ve gerekli araç, gereç ile diğer imkânları temin etmek veya ettirmek,

f) Mevcut ders programlarının geliştirilmesi, yeni açılacak bölüm veya okullar için ders programı hazırlanması, eğitimle ilgili mevzuatın geliştirilmesi, değiştirilmesi veya yeniden hazırlanması, yurtiçi ve yurtdışı mesleki okullardan mezun olanların diplomalarının tetkiki, tescil ve işlemlerinin yürütülmesini sağlamak,

g) Bakanlığın yayın hizmetlerini düzenlemek, yürütmek.

h) Halk sağlığı eğitimini düzenlemek ve yürütmek,

ı) Bakanlıkça verilen benzeri görevleri yapmak.

4.4.3.1.5. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü

⁴³⁷ Türkiye Sağlık Hizmetlerinde 80. Yıl... s 39

⁴³⁸ 181 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname... Madde 12

Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Şube Müdürlüğü olarak görev yapan ünite, 1963 yılında ayrı bağımsız bir Müdürlük haline getirilmiş ve 1965 yılında çıkarılan 665 Sayılı Kanunla da kuruluşu tamamlanmış olup, 27.2.1982 tarih ve 814334 Sayılı Bakanlar Kurulu Kararnamesi ile “Aile Planlaması ve Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü”, 14 Aralık 1983 tarih ve 18251 Sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan 181 Sayılı Kanun Hükmündeki Kararnameye göre, Genel Müdürlüğün adı yeniden değişikliğe uğrayarak “ Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü “ adını almıştır.⁴³⁹

Genel Müdürlüğün görevlerine bakılacak olursa:⁴⁴⁰

a) Ana Çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri ile ilgili hedefleri belirlemek, bu hedefler doğrultusunda çalışma plan ve programları hazırlamak ve uygulamaya koymak,

b) Annenin ve çocuğun beden ve ruh sağlığının korunmasını ve evli kadınların doğum öncesi ve sonraki bakımlarını sağlamak,

c) Bakanlıkça verilen benzeri görevleri yapmak.

4.4.3.1.6. Sıtma Savaşı Dairesi Başkanlığı

1946 yılında 4871 sayılı “Sıtma Savaş Kanunu” kabul edilerek Sıtma Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Sıtma mücadelesinin daha etkin olması için entegre çalışmanın yararlı olacağı kanaatine varılarak bu mücadele için teşkilatlanan Genel Müdürlük 1983 yılında 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sıtma Savaşı Dairesi Başkanlığı olarak düzenlenmiş ve bugünkü statüsünü kazanmıştır.⁴⁴¹

Başkanlığın görevlerine bakılacak olursa:⁴⁴²

a) Sıtma mücadelesi hizmetlerinin etkin bir şekilde yapılmasını sağlamak üzere hizmetin gerektirdiği plan ve programların, politikaların tespitine yardımcı olmak ve uygulamak,

⁴³⁹ Türkiye Sağlık Hizmetlerinde 80. Yıl... s 35

⁴⁴⁰ 181 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname... Madde 13

⁴⁴¹ Türkiye Sağlık Hizmetlerinde 80. Yıl... s 50

⁴⁴² 181 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname... Madde 14

b) Sıtma hastalığının önlenmesine katkı sağlamak amacı ile milletlerarası ve yurt içindeki ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliğinde bulunmak,

c) Bakanlıkça verilen benzeri görevleri yapmak.

4.4.3.1.7. Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı

1960 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı içerisinde “Verem Savaşı Genel Müdürlüğü” kurularak, mevcut taşra teşkilatı bu Genel Müdürlüğe bağlanmıştır. Genel Müdürlük kurulmadan önce verem savaşı hizmetleri Sağlık İşleri Genel Müdürlüğüne bağlı Verem Şubesinde yürütülmüştür.⁴⁴³

181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile “Verem Savaşı Genel Müdürlüğü”, “Verem Savaşı Daire Başkanlığı”na dönüştürülmüştür.⁴⁴⁴

Başkanlığın görevlerine bakılacak olursa:⁴⁴⁵

a) Verem savaşı hizmetlerinin etkin bir şekilde yapılmasını sağlamak üzere, hizmetin gerektirdiği plan, program ve politikaların tespitine yardımcı olmak ve uygulamak,

b) Türkiye’de veremin yayılmasına karşı koruyucu her türlü tedbiri almak, hastaların kontrol ve tedavi altında bulunmalarını sağlamak,

c) Fertlerin, organize toplulukların, hasta ve çevresinin eğitimini yapmak,

d) Bakanlıkça verilen benzeri görevleri yapmak.

4.4.3.1.8. Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı

1964 yılında Kanser Savaş Şefliği olarak kurulan Başkanlık, 1243 Sayılı Kanun’la Kanserle Savaş Müdürlüğü şekline, 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı olarak düzenlenmiştir.⁴⁴⁶

Başkanlığın görevlerine bakılacak olursa:⁴⁴⁷

⁴⁴³ Sağlık Hizmetlerinde 50. Yıl... s 53

⁴⁴⁴ Türkiye Sağlık Hizmetlerinde 80. Yıl... s 47

⁴⁴⁵ 181 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname... Madde 15

⁴⁴⁶ Türkiye Sağlık Hizmetlerinde 80. Yıl... s 45

⁴⁴⁷ 181 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname... Madde 16

a) Tespit edilen politika ve hedeflere uygun olarak kanserle savaş hizmetlerini planlamak, uygulamak ve bu hizmetlerin organizasyonunu sağlamak,

b) Kanserle ilgili her türlü istatistiki bilgileri toplamak, araştırma ve incelemeler yapmak, yaptırmak ve özendirmek, kanserle savaşta gerekli koruyucu ve tedavi edici hizmetleri, bu bilgilere, araştırma ve inceleme sonuçlarına göre değerlendirmek, alınması gerekli tedbirleri tespit etmek, uygulamak ve uygulatmak,

c) Kanserle savaş için sağlık tesisleri kurmak ve kurdurmak,

d) Kanserle savaş alanında hizmet veren veya çalışmalarda bulunan kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek ve özel hukuk tüzel kişileri ve gönüllü kuruluşlarca açılacak sağlık tesis ve kuruluşlarının tespit edilecek standartlar içinde açılışlarına izin vermek, faaliyetlerini denetlemek ve yönlendirmek,

e) Kanserle savaş hizmetlerine halkın gönüllü iştiraki ve yardımını sağlamak, bu konuda gerçek ve tüzel kişiler ve gönüllü kuruluşlarla işbirliği yapmak ve imkânlar ölçüsünde bunlara yardımda bulunmak ve yol göstermek,

f) Kanserle savaşta görev alacak personelin yetiştirilmesi konusunda gerekli tedbirleri tespit etmek ve bu tedbirleri uygulamak ve uygulatmak,

g) Kanserle savaş konusunda halkın eğitimi için gerekli hizmetleri diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği yaparak yürütmek,

h) Bakanlıkça verilen diğer görevleri yapmak.

4.4.3.1.9. Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı

Bakanlığın dış ilişkilerle ilgili görevleri, Teşkilatı ve Memurin Kanunu'na bağlı 2 sayılı cetvelde Hıfzıssıhha İşleri Dairesi bünyesinde kurulan “Uyuşturucu Maddeler ve Cemiyeti Akvam Şubesi’nde” yapılmaya başlanmış, 1946 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Kuruluş ve Memurları Kanunu ile “Uyuşturucu Maddeler ve Milletlerarası İşler Şubesi” olarak değiştirilmiştir. 1960 yılında 5439 Sayılı Kanun’un 2.Maddesine dayanılarak doğrudan Makama bağlı müstakil bir “Dış Münasebetler Müdürlüğü” kurulmuştur, 1963 yılında Sağlık Ve Sosyal Yardım Bakanlığı Kuruluş ve Memurları Kanunu’nda değişiklik yapılmasına dair 225 Sayılı Kanunla “Dış Münasebetler Dairesi Başkanlığı” adı altında teşkilatlanması yasallaştırılmıştır.⁴⁴⁸ 181 Sayılı K.H.K. ile “Avrupa Topluluğu ve Dış

⁴⁴⁸ Sağlık Hizmetlerinde 50. Yıl... s 54-55

İlişkiler Daire Başkanlığı” olarak anılan daire, daha sonra 04.05.1989 tarih ve 367 Sayılı KHK ile “Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı” olarak faaliyetlerini sürdürmesi kararlaştırılmıştır.⁴⁴⁹

Başkanlığın görevlerine bakılacak olursa:⁴⁵⁰

a) Birleşmiş Milletler ve milletlerarası diğer çeşitli kuruluşlar ile Bakanlık arasında sağlık alanında yapılacak anlaşmalar ile ilgili çalışmalarını düzenlemek,

b) Dış ilişkilerin gereği olarak kongre, konferans ve toplantılar düzenlemek, dış burs ve kurslara araç, gereç ve teknik yardımları sağlamak,

c) Bakanlığın yabancı ülkelerle olan ilişkilerini düzenlemek ve konu ile ilgili hizmetleri yürütmek,

d) Bakanlıkça verilen benzeri görevleri yapmak,

4.4.3.1.10. Avrupa Topluluğu Koordinasyon Dairesi Başkanlığı

Türkiye'nin 14 Nisan 1987 tarihinde AT' ye tam üyelik başvurusunun ardından Türkiye - AT ilişkileri hız kazanmış ve Bakanlar Kurulu'nda AT ile ilişkilerin süratli, düzenli, etkili ve verimli bir şekilde yürütülebilmesi amacıyla Bakanlıklar ve bağlı kuruluşlarda AT ile ilgili birimler kurulması kararı alınmıştır. Bu çerçevede, 4 Mayıs 1989 tarih ve 20158 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 367 sayılı KHK gereği; “ Avrupa Topluluğu Koordinasyon Dairesi Başkanlığı “olarak kurulmuştur.⁴⁵¹

Başkanlığın görevlerine bakılacak olursa:⁴⁵²

Avrupa Topluluğu Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, Bakanlığın görev ve faaliyet alanına giren konularda, Avrupa Topluluğu ile ilgili konularda koordinasyonu sağlar. Avrupa Topluluğu ile görevli Devlet Bakanlığının koordinasyon çalışmalarına yardımcı olur, bu alanda Hükümetin genel politikasını uygulamaya yönelik tedbirleri alır, uyum ve uygulama çalışmaları ile ilgili işleri yürütür.

⁴⁴⁹ Türkiye Sağlık Hizmetlerinde 80. Yıl... s 41

⁴⁵⁰ 181 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname... Madde 17

⁴⁵¹ Türkiye Sağlık Hizmetlerinde 80. Yıl... s 54

⁴⁵² 181 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname... Madde 17/A

4.4.3.2. Danışma ve Denetim Birimleri

4.4.3.2.1. Teftiş Kurulu Başkanlığı

1920 yılında bir reis ve üç tabip müfettişten oluşan eden bir denetleme kurulu ile bu yıllarda Batı Anadolu, Orta Anadolu ve Doğu Anadolu müfettişlikleri kurularak denetim hizmetleri yürütülmüştür. 1936 yılında çıkartılan 3017 sayılı Teşkilat Kanunu ile merkezde Teftiş Kurulu Teşkil edilerek bu Hizmetler daha modern bir anlayış içerisinde yürütülmeye başlamıştır.⁴⁵³

Başkanlığın görevlerine bakılacak olursa:⁴⁵⁴

- a) Bakanlık teşkilatı ile Bakanlığa bağlı kuruluşların her türlü faaliyet ve işleriyle ilgili olarak teftiş, inceleme ve soruşturma işlerini yürütmek,
- b) Bakanlığın amaçlarını daha iyi gerçekleştirmek, mevzuata plan ve programa uygun çalışmasını temin etmek amacıyla gerekli teklifleri hazırlamak ve Bakana sunmak,
- c) Özel kanunlarla verilen diğer görevleri yürütmek.

Teftiş Kurulunun ve müfettişlerinin görev, yetki ve sorumlulukları ile çalışma ve usulleri tüzükle düzenlenir.

4.4.3.2.2. Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı

30 Mart 1963 yılında Planlama Genel Sekreterliği olarak kurulmuş, 1967 yılında ise Devlet Planlama Teşkilatı tarafından ortaklaşa tespit edilen esaslara göre çalışmak amacıyla 6/9138 sayılı Kararnamenin 48'inci maddesi gereğince bütün Bakanlıklarda Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Birimleri oluşturulmuştur. Bakanlar Kurulu'nca 27.2.1982 tarihinde kararlaştırılan 8/4334 sayılı "Bakanlıkların Yeniden düzenlenmesi ve Çalışma Esasları Hakkında Kararname" çerçevesinde, Danışma ve Denetim Birimleri kapsamında kurulmuş bir Merkez teşkilatıdır. 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile görevleri belirlenerek, "Araştırma, Geliştirme, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı" olmuş,

⁴⁵³ **Türkiye Sağlık Hizmetlerinde 80. Yıl...** s 56

⁴⁵⁴ 181 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname... Madde 19

210 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile de “Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı” olarak düzenlenmiştir.⁴⁵⁵

Başkanlığın görevlerine bakılacak olursa:⁴⁵⁶

a) Bakanlığa Hükümet programı, kalkınma planları, yıllık programlar, Bakanlar Kurulu Kararları ve milli güvenlik siyaseti çerçevesinde verilen emir ve görevlerin yerine getirilmesi için çalışma esaslarını tespit etmek, bu esaslara uygun olarak başkanlığın ana hizmet politikasının ve planlarının hazırlanmasına yardımcı olmak,

b) Uzun vadeli planlarla, kalkınma planlarında ve yıllık programlarda öncelikle yer alması gerekli görülen hizmet ve tedbirlerin ve bunlarla ilgili temel politikaların ilmi araştırma esaslarına göre tespitini sağlamak, bakanın onayını aldıktan sonra Devlet Planlama Teşkilatına göndermek,

c) Hizmet ve faaliyetlerin ekonomik ve etkin bir şekilde yerine getirilmesi için insan, para ve malzeme gibi mevcut kaynakların en uygun ve verimli bir şekilde kullanılmasını sağlamak üzere Bakanlık bütçesini plan ve program esaslarına göre hazırlamak ve uygulamasını takip etmek,

d) Bakanlık yıllık çalışma programlarını hazırlamak, bakanlık hizmetleriyle ilgili gerekli istatistikleri toplamak ve değerlendirmek,

e) Kalkınma plan ve programları ile Bakanlık yıllık çalışma programlarının uygulanmaları sırasında, Bakanlık teşkilatında ortaya çıkan çözümlenmesi gereken güçlükleri, aksaklıkları ve tıkanıklıkları Bakanlık veya bakanlıklar arası seviyede giderici tedbirleri tespit ederek makama sunmak, organizasyon ve metot hizmetlerini yürütmek,

f) Planlama ve koordinasyon konularında verilen diğer görevleri yerine getirmek, yıllık çalışma programlarının yürütülmesini takip etmek,

g) Kanun, tüzük ve yönetmelik tasarıları ile Kanun teklifleri hakkında Bakanlık görüşünün tespitine yardımcı olmak,

⁴⁵⁵ **Türkiye Sağlık Hizmetlerinde 80. Yıl...** s 57

⁴⁵⁶ 181 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname... Madde 20

h) Bakanlığın tarihçesini hazırlamak,

ı) Bakan tarafından verilen konularda araştırma ve inceleme yapmak ve diğer hizmetleri yürütmek.

4.4.3.2.3. Hukuk Müşavirliği

1936 yılında kabul edilen 3017 sayılı Kanunla kurulmuştur.⁴⁵⁷

Müşavirliğin görevlerine bakılacak olursa:⁴⁵⁸

a) Bakanlığın diğer birimlerinden sorulan hukuki konular ile hukuki, mali, cezai sonuçlar doğuracak işlemler hakkında görüş bildirmek,

b) Bakanlığın menfaatlerini koruyucu, anlaşmazlıkları önleyici hukuki tedbirleri zamanında almak, anlaşma ve sözleşmelerin bu esaslara uygun olarak yapılmasına yardımcı olmak,

c) 8 Ocak 1943 tarih ve 4353 sayılı kanun hükümlerine göre adli ve idari davalarda gerekli bilgileri hazırlamak ve hazineyi ilgilendirmeyen idari davalarda Bakanlığı temsil etmek,

d) Bakanlığın amaçlarını daha iyi gerçekleştirmek, mevzuata plan ve programa uygun çalışmasını temin etmek amacıyla gerekli hukuki teklifleri hazırlamak ve Bakanlara sunmak,

e) Bakanlık kuruluşları tarafından hazırlanan veya diğer bakanlıklardan yahut Başbakanlıktan gönderilen kanun, tüzük ve yönetmelik tasarılarını hukuki açıdan inceleyerek görüşlerini bildirmek.

4.4.3.2.4. Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliği

181 sayılı KHK'ya istinaden kurulmuştur.

Müşavirliğin görevlerine bakılacak olursa:⁴⁵⁹

a) Günlük gazete ve dergiler ile TV'leri takip ederek, sağlıkla ve Bakanlıkla ilgili haberlerin değerlendirilmesi,

⁴⁵⁷ Sağlık Hizmetlerinde 50. Yıl... s 49

⁴⁵⁸ 181 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname... Madde 21

⁴⁵⁹ 181 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname... Madde 22/A

- b) Değerlendirilen bu haberlerin yazılı ve görüntülü basına ulaştırılması,
- c) Bakanlığın ve Bakanın faaliyetlerinin (toplantı, seminer, açılış, vb.) basına duyurularak katılımın sağlanması,
- d) Basın mensupları tarafından talep edilen bilgilerin ilgili birimlere iletilerek, cevaplarının basın mensuplarına ulaştırılması,
- e) Sağlık konusunda önemli gün ve haftalarla ilgili olarak birimlerden gelen açıklamaların basına duyurulması,
- f) Bakan'ın yurtiçi toplantı ve inceleme gezilerine refakat edilmesi,
- g) Bakan'ın yurtdışı toplantılarına (Dünya Sağlık Asamblesi gibi) refakat ederek, yapılan toplantıların ve bu toplantılarda alınan kararların, ikili görüşmelerin basın bülteni halinde Türk basın ve TV kuruluşlarına duyurulması ve yayınlanmasının sağlanması,
- h) Basın kuruluşlarında yer alan Bakanlık ve Bakanla ilgili haberlerin arşivlenmesi.

4.4.3.3. Yardımcı Birimler

4.4.3.3.1 Personel Genel Müdürlüğü

1929 Yılında 1452 sayılı Kanun'la "Sicil ve Memurlar Müdürlüğü" şeklinde kurulmuş olup; 1936 Yılında 3017 sayılı Kanun'la "Muamelat ve Zatişleri Genel Müdürlüğü", 1946 Yılında 4862 sayılı Kanun'la "Zatişleri ve Muamelat Genel Müdürlüğü"⁴⁶⁰ adını almış, 14.12.1983 tarihinde ise 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile "Personel Genel Müdürlüğü" ne dönüştürülmüştür.⁴⁶¹

Genel Müdürlüğün görevlerine bakılacak olursa:⁴⁶²

- a) Bakanlığın insan gücü planlaması ve personel politikasıyla ilgili çalışmaları yapmak, personel sisteminin geliştirilmesiyle ilgili tekliflerde bulunmak,
- b) Bakanlık personelinin atama, özlük ve emeklilik işleriyle ilgili işleri yapmak,

⁴⁶⁰ Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl... s 52

⁴⁶¹ Türkiye Sağlık Hizmetlerinde 80. Yıl... s 61

⁴⁶² 181 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname... Madde 24

c) Sağlık ve yardımcı sağlık personelinin diplomalarının tescil işlemlerini yapmak, kayıtlarını tutmak ve bunlarla ilgili işleri izlemek,

d) Tababet Uzmanlık Tüzüğüne göre yurtiçinde ve yurtdışında yapılan uzmanlıkla ilgili işlemleri yürütmek, uzmanlık belgelerinin tescil işlemlerini yapmak kayıtlarını tutmak,

e) Personel eğitim planını hazırlamak, hizmet öncesi ve hizmet içi eğitim programlarını düzenlemek ve uygulamak,

f) Bakanlıkça verilecek benzeri görevleri yapmak.

4.4.3.3.2 İdari ve Mali İşler Dairesi Başkanlığı

İdari ve Mali İşler Dairesi Başkanlığı 25.04.1960 tarih ve 225 Sayılı Kanunla “Donatım Genel Müdürlüğü” adı altında kurulmuştur. Başkanlığın adı, 28.02.1982 tarih ve 8/4334 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile teşkilat ve görevleri aynı kalmak kaydı ile “Destek Hizmetleri Dairesi Başkanlığı” olarak değiştirilmiştir. Daha sonra 13.08.1984 tarih ve 84/8360 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yine teşkilat ve görevleri aynı kalmak kaydı ile “İdari ve Mali İşler Dairesi Başkanlığı”na dönüştürülmüştür.⁴⁶³

Başkanlığın görevlerine bakılacak olursa:⁴⁶⁴

a) Bakanlık için gerekli araç, gereç ve malzemenin temini ile ilgili hizmetleri yürütmek,

b) İhtiyaç duyulan bina ve arazinin kiralanma, satın alma işlemlerini yürütmek,

c) Bakanlığın mali işlerle ilgili hizmetlerini yürütmek,

d) Temizlik, aydınlatma, ısıtma, bakım, onarım ve taşıma hizmetlerini yapmak,

e) Sosyal tesislerin kurulması ve yönetimi ile ilgili hizmetleri düzenlemek ve yürütmek,

⁴⁶³ Türkiye Sağlık Hizmetlerinde 80. Yıl... s 70

⁴⁶⁴ 181 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname... Madde 26

f) Bakanlık personelinin ve ailelerinin sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını sağlamak,

g) Bakanlığa gelen yazı ve mesajlardan gerekenlerin bakan veya müsteşara sunulmasını sağlamak,

h) Bakan ve müsteşarın direktif ve emirlerini ilgililere duyurmak ve işlemlerini takip etmek, bakanlığın iç ve dış protokol hizmetlerini yürütmek,

ı) Süreli evrakın zamanında işleme konulmasını sağlamak,

j) Bakanlığı ilgilendiren toplantı, brifing ve görüşmeleri düzenlemek, bunlara ait önemli not ve tutanakları tutmak ve yaymak,

k) Genel evrak, arşiv ve haber merkezinin hizmet ve faaliyetlerini düzenlemek ve yürütmek,

l) Bakan ve müsteşarca verilecek diğer görevleri yapmak.

4.4.3.3 Savunma Sekreterliği

“Savunma Sekreterliği”, 28 Ekim 1960 tarih ve 108 sayılı Kanunla kurulmuştur.

Savunma Sekreterliği, özel kanununda ve diğer kanunlarda gösterilen görevleri yerine getirir.⁴⁶⁵

15.3.4 Özel Kalem Müdürlüğü

Özel Kalem Müdürlüğünün görevleri şunlardır:⁴⁶⁶

a) Bakanın resmi ve özel yazışmalarını yürütmek,

b) Bakanın her türlü protokol ve tören işlerini düzenlemek ve yürütmek,

c) Bakanın ziyaret, davet, karşılama ve uğurlama, ağırlama, milli ve din bayramlarla ilgili hizmetlerini düzenlemek, yürütmek ve diğer kuruluşlarla koordine etmek,

d) Bakanca verilen diğer görevleri yapmak.

⁴⁶⁵ 181 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname... Madde 28

⁴⁶⁶ 181 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname... Madde 29

4.4.3.4. Bağlı kuruluşlar

4.4.3.4.1. Hudut ve Sahiller Sağlık Genel M¼d¼rl¼ę¼

1839 yılında Meclis-i Tahaffuz-ı Ula Meclis-i Umuru Sıhhiye adını almış, meclisin ilk işi T¼rkiye ve İstanbul Limanı hakkında bir t¼z¼k d¼zenlemek olmuş, 1914 yılında T¼rk doktor ve bilim adamlarının y¼netiminde Hudut Sıhhiye M¼d¼riyeti kurulmuştur. 1923 yılında İstanbul Limanı ve Boğazları Sıhhiye M¼d¼riyeti, 1924 yılında Hudut ve Sevahil Sıhhiyesi M¼d¼riyeti Umumiyesi (Hudut ve Sahiller Sağlık Genel M¼d¼rl¼ę¼) olarak değiştirilmiştir.⁴⁶⁷

Genel M¼d¼rl¼ę¼n g¼revlerine bakılacak olursa:⁴⁶⁸

a) Uluslararası Sağlık T¼z¼ę¼n¼n uygulayıcısı olarak t¼z¼kte yer alan karantina hastalıklarının deniz, kara ve hava yolu ile T¼rkiye'ye girişini ve T¼rkiye'den başka ¼kelere yayılmasını ¼nlemek,

b) Uluslararası Sağlık T¼z¼ę¼ ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ¼erçevesinde havalimanı, liman ve kara hudut kapıları g¼mr¼kl¼ sahalalarında dezenfeksiyon, deratizasyon, dezensektizasyon ile diğer ¼evre sağlığı işlemlerini uygulamak,

c) Uluslararası Sağlık T¼z¼ę¼ ile 06.08.1975 tarihinde yayınlanan Uluslararası Cenazelerin Nakli Anlaşması kurallarına g¼re; Yurda giriş yapacak cenazelerin kontrollerinin yapılarak yurda giriş belgesi d¼zenlenmesi. ¼l¼m sebebi adli nitelikte olup da kayıtlarında otopsi yapıldığına dair belgesi olmayan cenazelerin mahalli Cumhuriyet Savcılığına sevk edilmesi,

d) Boğazlar Montreaux S¼zleřmesinin ilgili h¼k¼mleri ve 2928 sayılı Kanunla değişik 2548 sayılı Gemi Sağlık Resmi Kanunu gereğince transit gemilere Gemi Sağlık Resmi tahakkuk ettirilerek bedelinin tahsil edilmesi,

e) 1593 sayılı Genel Hıfzıssıhha Kanunu ile 2548 sayılı Gemi Sağlık Resmi Kanununun h¼k¼mlerine aykırı davranışlarda bulunanlara, bu kanunlarda yer alan cezai ve idari yaptırımların uygulanması,

f) Bakanlık¼a verilen diğer g¼revleri yapar.

4.4.3.4.2. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı

⁴⁶⁷ T¼rkiye Sağlık Hizmetlerinde 80. Yıl... s 72

⁴⁶⁸ A.g.e. s 72-73

Refik Saydam Hıfzıssıhha Müessesesi 17 Mayıs 1928 gün ve 1267sayılı yasa ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına bağlı olarak kurulmuştur. Daha sonra bu kanun gelişen ihtiyaçlar karşısında değiştirilerek 4 Ocak 1941 tarih ve 3959 sayılı yasa ile görev yetki ve sorumlulukları yeniden belirlenmiştir. Kurumun ismi son olarak 14 Aralık 1983 tarihinde 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile “Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı” olarak değiştirilmiş ve Sağlık Bakanlığına bağlı kuruluş haline getirilmiştir.⁴⁶⁹

Başkanlığın görevlerine bakılacak olursa:⁴⁷⁰

- a) Koruyucu hekimliğin gerektirdiği aşı, serum ve diğer biyolojik maddeleri üretmek,
- b) Türkiye’de üretilen veya yurt dışından ithal edilen her türlü İlaç ve Kozmetiklerin, biyolojik maddelerin kontrollerini yapmak, araştırma ve laboratuvar hizmetlerini yürütmek,
- c) Gıda kontrol ve beslenme hizmetlerinin gerektirdiği araştırma ve laboratuvar hizmetlerini yürütmek,
- d) Çevre kirlenmesinin, önlenmesine yönelik araştırma ve laboratuvar hizmetlerini yürütmek,
- e) Zehir kontrol ve araştırma hizmetlerini yürütmek,
- f) Salgın hastalıklarla ilgili araştırma, doğrulama ve laboratuvar hizmetlerini yürütmek,
- g) Tababet uzmanlık tüzüğü uyarınca uzmanlık eğitimi vermek,
- h) Referans hizmetlerini yürütmek.

4.4.3.5. Diğer Birimler

4.4.3.5.1. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü

İkraz Anlaşmaları, projelerin koordinasyon ve yönetim sorumluluğunu Sağlık Bakanlığı bünyesinde oluşturulan Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü’ne vermiştir.⁴⁷¹

4.4.3.5.2. Sosyal Hizmetler Koordinatörlüğü

⁴⁶⁹ A.g.e. s 73

⁴⁷⁰ A.g.e. s 74

⁴⁷¹ A.g.e.s 78

Sosyal Hizmetler Koordinatörlüğü 17.04.1992 tarih ve 1245 sayılı Makam Onayı ile kurulmuş, Bakanlık merkez ve taşra teşkilatında yürütülen sosyal hizmet uygulamalarını koordine etmek görevini üstlenmiştir.⁴⁷²

4.4.3.5.3. Bilgi İşlem Dairesi Başkanlığı

Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, Makamın 20/7/1995 tarih ve 837 sayılı oluru ile doğrudan Müsteşarlık Makamına bağlı Müstakil Daire Başkanlığı olarak kurulmuştur.⁴⁷³

Başkanlığın görevlerine bakılacak olursa:⁴⁷⁴

a) Sağlık Bakanlığı'nın bilgi sistemleri yapısı ile ilgili politikaları belirlemek gereksinim duyan birimlere rehberlik ederek, Sağlık Enformasyon Sistemleri'ni geliştirmek yönlendirmek ve işletmek,

b) Ortak veri havuzunu oluşturmak verilerin toplanması, işlenmesi, kullanılması ve paylaşılmasına ilişkin standartları belirlemek, bunları uygulamaya geçirmek ve diğer Bakanlıklar, kamu kurum ve kuruluşları, ulusal ve uluslararası sağlık kuruluşları ile veri ve bilgi alışverişini sağlamak.

4.5. 2000 Yılı Sonrası Sağlık Bakanlığındaki Bazı Gelişmeler

2000 yılı sonrası Sağlık Bakanlığı'nda 80'li yılların başından itibaren izlenmeye çalışılan liberal politikalarından farklı büyük çaplı bir politika izlenmemiştir. 58, 59 ve 60. hükümetler döneminde izlenen politikalar önceki dönemlerden farklı gözükse de aslında bu politikaların hemen tamamı aslında yukarıda ele alınan kalkınma planlarında uygulanması amaçlanan politikalarlardır. Kısaca birkaç örnek verilecek olursa,

2003 yılında çıkarılan 4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılmasına İlişkin Kanun⁴⁷⁵ ile Bakanlıkça Devlet Hizmeti Yükümlülüğü kaldırılmış ve bunun yerine sözleşmeli sağlık personeli çalıştırılması amaçlanmıştır. Yukarıda da sözü edildiği üzere 1987 yılında çıkarılan Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda sağlık işletmelerinde çalışan personelin sözleşmeli olarak çalıştırılabileceğine dair bir madde bulunmakta iken bu madde Anayasa Mahkemesince iptal

⁴⁷² A.g.e.s 80

⁴⁷³ A.g.e.s 82

⁴⁷⁴ A.g.e. aynı yerde

⁴⁷⁵ Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılmasına İlişkin Kanun, **Resmî Gazete**, 24.07.2003/25178

edilmiştir. Bunun yanı sıra 90'lı yıllarda Sağlık Projeleri bağlamında yapılan tartışmalardan biri de sağlık personelinin sözleşmeli çalıştırılmaları üzerinedir.

2004 yılında çıkarılan Aile hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun⁴⁷⁶ ile önce pilot uygulama olarak başlayan Aile Hekimliği sistemi bu gün neredeyse tüm yurda yayılmış ve 224 Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanununa istinaden kurulmuş olan 1. basamak sağlık kurumlarının (sağlık ocağı, sağlık evi) yerini Toplum Sağlığı Merkezleri, Aile Sağlığı Merkezleri ve Aile Hekimliği Birimleri almaktadır. Bu uygulama da yine gerek yukarıda bahsedilen Temel Sağlık Hizmetleri Projesi'nin temel amacıdır. Ayrıca 7. Beş Yıllık Kalkınma Planında, plan döneminde Aile Hekimliği kanunu çıkarılacağı söylenmektedir.

2005 yılında çıkarılan 5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun⁴⁷⁷ ile Sağlık Bakanlığı dışındaki kamu kurum ve kuruluşlarına bağlı sağlık kurumları Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Bu uygulama ile daha 1. Beş yıllık kalkınma planından itibaren uygulanmaya çalışılan sağlık hizmetlerinin tek elden yönetilmesi amacı gerçekleştirilmiştir.

Görüldüğü üzere Sağlık bakanlığında halen 80'li yılların başından itibaren uygulanması planlanan politikaların uygulanmasına devam edilmektedir.

SONUÇ

Türkiye'de Anadolu Selçuklular Devleti'nden itibaren başlangıçta zayıf olmasına rağmen giderek güçlenen bir sağlık sistemi mevcuttur.

Anadolu Selçuklu Devleti'nde usta çırak ilişkisine dayanan bir hekimlik sistemi vardır. Bunun yanı sıra sağlık kurumu olarak da vakıflar eli ile yürütülen darüşşifalar bulunmaktadır. Devletin sağlık sisteminde tüm hekimlerin ve darüşşifaların bağlı bulunduğu, Başhekim olarak adlandırılan ve hükümet başında bulunan büyükler arasında sayılan bir görevli vardır.

19. yüzyıla kadar Anadolu Selçuklu Devletinin sağlık sistemi bir gelenek olarak Osmanlı Devleti tarafından devam ettirilmiştir. Osmanlıların sağlık sistemine bakıldığı zaman öncelikle "hekimbaşılık" kurumu karşımıza çıkmaktadır. Padişah'ın birinci hekimi, saray hekimlerinin başı ve sarayın Birun erkânından olan hekimbaşı aynı zamanda ülkedeki

⁴⁷⁶ Aile hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun, **Resmi Gazete**, 09.12.2004/25665

⁴⁷⁷ Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun, **Resmi Gazete**, 02.07.2005/25863

sağlık sisteminin de başındaki görevlidir. Yine sağlık kurumu olarak Anadolu Selçuklularda bulunan darüşşifalar Osmanlı Dönemi'nde de yaşamlarını devam ettirmişlerdir.

19. yüzyıldan itibaren özellikle batılı devletlerden etkilenme sonucu yapılan yenilikler içinde sağlıkla ilgili yeniliklerin de olduğu görülmektedir. II. Mahmut döneminde sağlık teşkilatının askeri sağlık teşkilatı ve sivil sağlık teşkilatı olarak ikiye ayrıldığı ve sivil teşkilatın başına hekimbaşının devamı niteliğinde olan Sıhhiye Nazırının getirildiği görülmektedir. Yine 1862 yılında hekimlik uygulamaları ile ilgili bir nizamnamenin çıkarıldığı, 1871 yılında ise taşraya ve kırsal kesime devlet tarafından ilk hekimlerin gönderildiği ve Memleket Tabipliklerinin kurulduğu görülmektedir. 1914 yılına gelindiğinde Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiyesi Dâhiliye Vekâleti'ne bağlı bir Genel Müdürlük olarak kurulduğu anlaşılmaktadır. Bu genel müdürlük Osmanlı Devleti'nin sonuna kadar ülkede sağlık teşkilatının yönetimini üstlenmiştir. Yine Osmanlı Devleti'nin son dönemlerinde özellikle İstanbul'da modern hastanelerin kurulduğu görülmektedir.

Kurtuluş Savaşı yıllarında yaşanan tüm olumsuz koşullara rağmen, ülkenin tamamını kapsayacak, diğer kurumlardan bağımsız, bir sağlık teşkilatı kurulması gerektiği düşünülmüş ve ilk Türkiye Büyük Millet Meclisi İcra Vekilleri Heyeti içinde sağlık ve sosyal yardımdan sorumlu bir bakanlığın kurulmasına karar verilmiştir. Bu durum kurtuluş savaşı önderlerinin halkın sağlığına verdikleri önemi ortaya koymaktadır.

Özellikle bağımsız bir Bakanlık olarak kurulması meclis içerisinde eleştirilere konu olmasına rağmen Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti adı ile kurulan Bakanlık kuruluşundan itibaren Türkiye'deki sağlık sisteminin yönetildiği en üst makam olmuştur.

Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti (Sağlık Bakanlığı) kuruluşundan bu güne politikalarını ülkedeki konjonktüre göre belirlemiştir. Bunun yanı sıra belirlenen ve değişikliğe uğrayan bazı devlet politikalarında bakanlığın aktif rol aldığı da görülmektedir. Cumhuriyet'in toplumsal modernleşme programında, 60'lı yıllarda sosyal devlet ilkesi uygulamalarında ve 80'den sonraki liberal politikaların uygulamalarında Bakanlığın bu aktif rolü açık bir şekilde görülmektedir.

Cumhuriyet yönetimine geçiş aynı zamanda ulus-devlet inşasını da beraberinde getirmekte olduğundan devletin her bir üyesi de artık yurttaştır. Yurttaş olan her bir birey tebaa olmaktan çıkmıştır. Artık devlet, yönetilenlere daha fazla değer vermektedir. Çünkü ulus-devletin ana ögesi yurttaştır ve devlet ancak sağlıklı yurttaşlarla ayakta kalabilecektir.

Bilindiği üzere Türkiye’de Cumhuriyet’in ilanı ile birlikte bir toplumsal modernleşme projesi de ortaya konulmuştur. Modernleşme için sağlıklı bir topluma ihtiyaç vardır. Yani modernleşmenin itici gücü olacak toplumun sağlıklı olması gerekir. Bu nedenle Cumhuriyet yönetimi de kuruluşundan itibaren halkın sağlığının korunması işini bir dava olarak görmüştür. Dolayısıyla Sıhhiye Vekâleti de politikalarını ve örgüt yapısını bu doğrultuda belirlemiştir. Koruyucu sağlık hizmetlerine (hıfzıssıhha) dönük politikalar yeni kurulan Vekâlet’in öncelikli politikalarıdır. Çünkü öncelikle, sağlıklı bireylerin aşılama, bağışıklama, çevre temizliği, sağlık eğitimi gibi yollarla sağlıklarının korunması yoluyla sağlıklı bir toplum ortaya çıkarılması gerekmektedir. Bunun yanı sıra ikinci planda kalsa da tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerde de önemli mesafeler kat edilmiştir.

Cumhuriyet’in ilk Sıhhiye Vekili Doktor Refik (Saydam) Bey’dir. Doktor Refik (Saydam) Bey, bakanlık açısından istikrarlı bir dönem olan, 14 yıllık Sıhhiye Vekâleti döneminde öncelikle halkın sağlığının korunması (hıfzıssıhha), ülke nüfusunun artırılması ve ülkenin sağlık sisteminin modernleşmesi konularında önemli çalışmalarda bulunmuştur. Doktor Refik (Saydam) Bey, daha görevinin başlangıcında Vekâlet için içinde “devletin sağlık teşkilatını kurmak” maddesi de bulunan 10 maddelik bir çalışma programı hazırlamış ve bu bağlamda politikalarını belirlemiştir. Sağlık hizmetlerinin yurt geneline dengeli dağılımını sağlamak amacıyla insan gücü politikası, Vekâlet’in merkez ve taşra örgütü ile koordinasyonu sağlamak amacıyla dikey ve yatay örgütlenme politikası, mevcut hastanelerin ıslahı ve yeni hastanelerin açılması, Hıfzıssıhha Müessesesi’nin açılması, bulaşıcı hastalıklarla etkin mücadele politikası, çağın gereklerine göre gerekli tüm sağlık mevzuatının çıkarılması, numune ve doğum ve çocuk hastanelerinin açılması ve benzeri icraatlar Doktor Refik (Saydam) Bey dönemine aittir.

Doktor Refik Bey (Saydam) döneminden sonra 1960 yılına kadar görev yapan bakanların tamamı Doktor Refik (Saydam) Bey’in ortaya koymuş olduğu uygulamaları sürdürmek ve geliştirmek üzerine yoğunlaşabilmişlerdir. Bakanlık için bir geçiş süreci sayılabilecek bu dönemde kısa sürelerle iki dönem Sağlık Bakanlığı görevinde bulunan Doktor Behçet Uz, çağın gereklerine uygun olan ve kapsamlarında bir Sağlık Bankası da bulunan iki adet sağlık planı hazırlamışsa da döneminin iktidarlarını ikna edemediğinden ve Bakanlık’taki iki dönem görev süresi de kısa olduğundan bu planları uygulamaya geçirememiştir. Ancak sağlık kurumlarını kırsal kesim de dâhil olmak üzere tüm ülkeye yaygınlaştırmayı amaçlayacak kadar kapsamlı olan bu planlar sonraki dönemlere ilham kaynağı olması dolayısıyla önem taşımaktadır.

1960 yılından itibaren Türkiye’de sosyal devlet anlayışı benimsenmiştir. Sosyal devletin en önemli ayaklarından biri de halka sağlık hizmeti sunumudur. Zaten 1961 yılında kabul edilen yeni Anayasada ülkede yaşayan herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesi ve tıbbi bakım görmesi devletin bir ödevi olarak kabul edilmiştir. Bunun sonucu olarak özellikle sağlık kurum ve kuruluşlarının kırsal kesime yaygınlaştırılmasını amaçlayan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi politikası uygulamaya sokulmuştur. Ayrıca Sosyalleştirme politikası Bakanlık örgütüne de yansımıştır. Örneğin uygulamada koordinasyonu sağlamak amacıyla Bakanlık Merkezinde Sosyalleştirme Dairesi Başkanlığı kurulmuştur. Bu politika 2000’li yıllara kadar uygulanmış ve daha 80’li yılların başında tüm ülkeyi kapsayacak şekilde genişletilmiştir.

Bu dönemde Doktor Nusret Fişek 6 yıl boyunca Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Müsteşarlığı görevini yürütmüştür. Bu bürokratik devamlılık ve istikrar Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi gibi büyük bir projenin uygulanmasında büyük bir etken olmuştur.

60’lı yıllardan itibaren planlı döneme geçilmiş ve hazırlanan beş yıllık kalkınma planlarında ülkenin plan döneminde mevcut sağlık sorunları değerlendirilmiş ve sağlık politikaları belirlenmiştir.

60’lı yıllardan itibaren devletin nüfus politikasında değişiklik olmuş ve nüfus artışı yerine nüfus planlaması politikası uygulanmaya başlamıştır. Bu yeni politikanın uygulanması görevi Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına verilmiş ve buna paralel olarak Bakanlık merkez teşkilatında Nüfus Planlaması Genel Müdürlüğü ihdas edilmiştir.

Yine 60’lı yılların ortalarında kurulan Sosyal Sigortalar kurumunun sigortalı işçiler için sağlık kurumları kurmaya ve sağlık hizmeti vermeye başlaması ile zaten yerel yönetimler tarafından küçük çapta da olsa sağlık hizmeti verilmesi sonucu ortaya çıkan sağlık sektöründeki çok başlılık daha da büyük bir hal almıştır. Sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesi konusu kalkınma planlarının hemen tamamında ele alınmış olsa da bu konu 2000’li yıllara kadar çözülememiştir.

Kuruluşundan 70’li yılların sonuna kadar başta sıtma ve verem hastalıkları olmak üzere bulaşıcı hastalıklarla mücadele Bakanlığın en önemli gündem maddelerinden biri olmuştur. Bunun için dikey örgütlenme sistemi ile Bakanlık merkez teşkilatında genel müdürlük düzeyinde birimler kurulmuş, taşra örgütünde ise gezici ve sabit birimler teşkil edilmiştir.

80'li yıllardan itibaren ülkede liberal politikalar uygulanmaya başlamış ve sağlık sisteminde bu politikaların etkileri görülmüştür. 80'lere kadar ülkede yaşayanların sağlığının korunması devletin görevi iken 1982 Anayasası ile birlikte bu durum değişmiş, bu Anayasa ile artık devletin sağlık hizmetlerinde düzenleyici ve denetleyici bir pozisyon alması kararlaştırılmıştır. Bundan sonra sağlık hizmeti sunumunda devletin daha geri plana çekilmesi ve özel sektörün bu konuda teşvik edilmesi planlanmıştır 80'li ve 90'li yıllar boyunca yürürlüğe konulan sağlık mevzuatında ve hazırlanan kalkınma planlarında devlet, sağlık kurumlarının işletmelere dönüştürülmesini, personelin sözleşmeli olarak çalıştırılmasını ve sağlık giderlerinin kurulacak genel sağlık sigortası ile karşılanmasını amaçlamıştır. Hatta bu amacı gerçekleştirmek için devlet, yoksul halka karşılıksız sigorta bile yapmıştır. Bu durum 90'lı yıllarda Dünya Bankası destekli olarak uygulamaya geçirilen projelerde de kendini göstermektedir. Ancak, halen Türkiye'de en büyük sağlık hizmeti sunucusu devlettir.

90'lı yıllardan itibaren gündeme gelen diğer bir konu da sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulamasına alternatif bir uygulama olan Aile hekimliği sistemidir. Kalkınma planlarında ve sağlık projelerinde uygulanması kararlaştırılan Aile Hekimliği projesi ancak 2000'li yılların ortalarından itibaren kademeli olarak uygulanmaya başlayabilmiştir. Bu döneme kadar da Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi uygulaması sürekliliğini korumuştur.

Bakanlığın kuruluşundan itibaren karşılaştığı en önemli sorunlardan biri sağlık personeli sorunudur. Özellikle hekim personelinin taşra ve kırsal kesim sağlık kurum ve kuruluşlarına gönderilmesinde yaşanan zorluklar nedeniyle çeşitli dönemlerde tıp fakültelerinden mezun olan tabipler ve ihtisas eğitimi alan uzman tabipler için zorunlu hizmet yasaları çıkarılmıştır. Bu yasalar gereğince mezun olan veya ihtisasını tamamlayan hekimler belli sürelerle bakanlığın belirlediği sağlık kurumlarında çalışmadan mesleklerini icra edememişlerdir. Günümüzde de yürürlükte olan sağlık mevzuatı hekimler için devlet hizmeti yükümlülüğü getiren bir kanunun bulunması bu sorunun henüz çözüme kavuşturulamadığının açık bir göstergesidir.

Bakanlığın teşkilat yapısı ve politikalarında olduğu gibi dönem dönem isminde de değişiklikler olmuştur. Sıhhiye ve Muavenet-i içtimaiye Vekâleti adıyla kurulan Bakanlık 1928 yılında Latin harflerin kabulü sonrasında Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti olarak ismini değiştirmiş, 1936 yılından itibaren bakanlığın adı artık Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı olarak kullanılmaya başlanmış ve en son 1991 yılında Sosyal Hizmetler ve Çocuk

Esirgeme Kurumu'nun Bakanlıktan ayrılmasıyla bakanlığın adı Sağlık Bakanlığı olarak değiştirilmiştir.

Vekâlet'in kuruluşundan itibaren 55 adet Bakanın görev yaptığı göz önüne alındığında bir bakanın ortalama görev süresi yaklaşık 1,6 yıl olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durum siyasi anlamda istikrarsızlığı ortaya koymaktadır. Ancak yukarıda da bahsedildiği üzere Bakanlık bünyesinde ve sağlık politikalarında köklü yenilikler ve değişiklikler Refik Saydam'ın 14 yıllık Bakanlık dönemi ve Nusret Fişek'in 6 yıllık Müsteşarlık dönemlerinde, yani istikrarlı dönemlerde gerçekleşebilmiştir. Bahsedilen dönemlere benzer bir durumu, 9 yıldır Sağlık Bakanlığı görevinde bulunan Recep Akdağ döneminde de görmek mümkündür.

Sonuç olarak bu kurum 1920'den bu güne, Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti'nden Sağlık Bakanlığı'na, devlet bütçesine oranla yüzde 5'i geçemeyen bütçesi ile her dönemde çağa ayak uydurmaya çalışarak ve büyüyerek gelmiş ve bu gün 250 bini aşkın sağlık, yardımcı sağlık, idari ve teknik personeli ve ülkenin tamamına yayılmış durumda olan sağlık kurum ve kuruluşları ile Türkiye için sağlık hizmetlerini vermeye, bu hizmetleri düzenlemeye, koordine etmeye ve denetlemeye devam etmektedir.

KAYNAKÇA

1. Arşivler

Başbakanlık Cumhuriyet Arşivi

Cumhurbaşkanlığı Celal Bayar Arşivi

2. Resmi Yayınlar

Bakanlığın 17.07.1949 tarihli ve 3395 sayılı Genelgesi

Beş Yıllık Kalkınma Planları

Düstur

Milli Birlik Komitesi Genel Kurul Toplantı Tutanağı

Resmi Gazete

Sağlık Bakanlığı Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü 2005 Performans Programı

Sağlık Bakanlığı Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü 2007 Performans Programı

TBMM Tutanak Dergileri

TBMM Zabıt Cerideleri

Vekâletin 15.12.1928 tarihli ve 38 hususi numaralı Tamimi

3. Sağlık Bakanlığı Yayınları

Dr.Refik Saydam, (1881-1942), Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yay. Ankara, 1982

Dr.Refik Saydam (1881-1942) Ölümünün 40. Yılı Anısına, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yay. Ankara, 1982

Karagül, Sait, **Sağlık Bakanlığı Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü 1838-2002**, Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü yay. İstanbul, 2002

Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etüdlar, Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Neşriyatı, No 177

Özsarı, Haluk, Milli Güvenlik Akademisi Müdavimleri için, Sağlık Bakanlığı adına, 28 Ocak 1999 tarihinde, Müsteşar Yardımcısı ve Sağlık Projesi Genel Koordinatörü Dr. S. Haluk ÖZSARI tarafından verilen, **Seminer Notu**, Sağlık Bakanlığı yay.

Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı 60. Yıl, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yay. Ankara, 1988

Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yay. Ankara, 1973

Türkiye Sağlık Hizmetlerinde 80. Yıl, Sağlık Bakanlığı yay. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Erişim Merkezi Akademik Metinler-Kitaplar, <http://www.sabem.saglik.gov.tr>

Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007, Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Merkezi Müdürlüğü yay. Ankara, 2007

Üner, Ragıp Fişek, Nusret, **Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Uygulama Planı Üzerine Çalışmalar**, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yay. No 256, Ankara, 1961

80. Yılda Tedavi Hizmetleri (1923 - 2003), Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü yay. Ankara, 2004

4. Kitaplar

Afetinan, Ayşe, **Kayseri Gevher Nesibe Şifaiyesi**, Hacettepe Üniversitesi yay. No:8, Ankara, 1969

Afetinan, Ayşe, **Medeni Bilgiler ve M. Kemal Atatürk’ün El Yazıları**, TTK Yayını, Ankara 1988,

Akyay, Necmettin, **Osmanlı İmparatorluğu’nda Sağlık Örgütleri ve Sosyal Kuruluşlar**, Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Bölümü yay. No.19, Ankara, 1982

Akşin, Sina ed. **Türkiye Tarihi 4 Çağdaş Türkiye 1908-1980**, Cem yay. İstanbul, 1997

Akşin, Sina ed. **Türkiye Tarihi 2 Osmanlı Devleti (1300-1600)**, Cem yay. İstanbul, 1997

Akşin, Sina ed. **Türkiye Tarihi C 5. Bu Günkü Türkiye 1980-1995**, Cem yay. İstanbul, 1997

- Arar, İsmail, **Hükümet Programları (1920-1965)**, Tipo Neşriyat ve Basımevi, Burçak yay. İstanbul, 1968
- Arıkan, Zeki ve diğerleri, **Tariş Tarihi**, Türkiye Toplumsal ve Ekonomik Tarih Vakfı Tariş Tarihi Projesi, İzmir, 1993
- Ayberk, Nuri, **Türkiye’de Trahom Mücadelesi**, Kader Matbaası, İstanbul, 1936
- Aydın, Erdem, **Türkiye’de Sağlık Teşkilatlanması Tarihi**, Naturel yay. Ankara
- Bayat, Ali Haydar, **Osmanlı Devleti’nde Hekimbaşılık Krumu ve Hekimbaşılar**, Atatürk Kültür Merkezi Başkanlığı yay. Ankara, 2000
- Berke, Metin ve diğerleri, **Selanik Bankası’ndan İnter Bank’a 110 Yıllık Tarih**, Türkiye Toplumsal ve Ekonomik Tarih Vakfı İnter Bank Tarihi Projesi, İstanbul, 2000
- Birinci, Necat ed. **Fatih ve Dönemi**, Türk Kültürüne Hizmet vakfı yay. İstanbul, 2004
- Büyük Türkçe Sözlük**, Türk Dil Kurumu yay.
- Coşar, Nevin, **Geçmişten Geleceğe Demirbank**, Tarih Vakfı Yurt yay. İstanbul, 1999
- Coşkun Yılmaz, Necdet Yılmaz ed. **Osmanlılarda Sağlık I**, Biofarma yay. İstanbul, 2006
- Daver, Bülent, **Siyaset Bilimine Giriş**, Siyasal Kitabevi, Ankara, 1993
- Demirbilek, Sevda, **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri**, İzmir: İlkem Ofset, 1999
- Eren Güler ed, **Osmanlı 5 (Toplum)**, Yeni Türkiye yay. Ankara, 1999
- Ertan, Temuçin Faik ed. **Atatürk ve Türkiye Cumhuriyeti Tarihi**, Siyasal Kitabevi yay. Ankara, 2001
- Eroğlu, Hamza, **Türk İnkılap Tarihi**, Savaş yay. Ankara, 1990
- Eroğul, Cem, **Anatüzeye Giriş (Anayasa Hukununa Giriş)**, İmaj yay. Ankara, 1995
- Fişek, Nusret H, **Halk Sağlığına Giriş**, Ankara, 1983
- Frik, Feridun, **Türkiye Cumhuriyeti’nde Tıp ve Hıfzıssıhha Hareketleri**, Bayer Leverkusen Almanya
- Gözübüyük, A.Şeref, **Yönetim Hukuku**, 11. Baskı, Turhan Kitabevi yay. Ankara, 1998

Güneş, İhsan, **Birinci TBMM'nin Düşünce Yapısı (1920-1923)**, Türkiye İş Bankası Kültür yay. No: 360, 1997

Güvenç, Murat, IŞIK, Oğuz, **Emlak Bankası 1926-1998**, Emlak Bankası yay. İstanbul, 1999

İhsanoğlu, Ekmeleddin ed. **Osmanlı Medeniyeti Tarihi C. 1**, İslam Tarih, Sanat, ve Kültür Araştırma Merkezi yay. İstanbul, 1998

Kafesoğlu, İbrahim, **Selçuklu Tarihi**, M.E.B yay. İstanbul, 1992

Kahya, Esin, Erdemir, Ayşegül D. **Bilimin Işığında Osmanlı'dan Cumhuriyete Tıp ve Sağlık Kurumları**, Türkiye Diyanet Vakfı yay. Ankara, 2000

Kayalıoğlu, Ömer ve diğerleri, **Mamulattan Markaya Arçelik Kurum Tarihi, 1955-2000**, Arçelik yay. İstanbul, 2001

Kocabaşoğlu, Uğur ve diğerleri, **Türkiye İş Bankası Tarihi**, İş Bankası Kültür yay, İstanbul, 2001

Kocatürk, Utkan, **Atatürk'ün Fikir ve Düşünceleri**, Edebiyat Yayınevi; Ankara 1971

Nasuhioğlu, İlhami, **Tıp Tarihine Kısa Bir Bakış**, Dicle Üniversitesi Tıp fakültesi yay. Ankara, 1974

OECD Reviews of Health Systems: Turkey, OECD and World Bank yay. 2008

Ortaylı, İlber, **İmparatorluğun En Uzun Yüzyılı**, İletişim yay. 20. Baskı, İstanbul, 2005

Ortaylı, İlber, **Tanzimat Devrinde Osmanlı Mahalli İdareleri (1840-1880)**, Türk Tarih Kurumu yay. Ankara, 2000

Özbaran, Salih, **Tarih, Tarihçi ve Toplum**, Tarih vakfı yay. 3. Basım, İstanbul

Özer, Atilla, **Gerekçeli ve 1961 Anayasasıyla Mukayeseli 1982 Anayasası**, Bilim Yayınları, Ankara 1984

Öztoprak, İzzet, **Atatürk Orman Çiftliğinin Tarihi, Atatürk'ün 125. Doğum Yıldönümü'ne Armağan**, Atatürk Araştırma Merkezi yay. Ankara, 2006

Sabuncu, Yavuz, **Anayasaya Giriş**, İmaj yay. Ankara, 1994

Sağlık Hizmetleri (1980-1993), Glir-Kadrolar-Tedavi Yardımları, Maliye ve Gümrük Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü yay No 1993/7, Ankara, 1993.

Sarınay, Yusuf, Karaer, İbrahim ve diğerleri, **Dünden Bugüne Başbakanlık (1920-2004)**, Devlet Arşivleri Genel Müdürlüğü yay. Ankara, 2004

Sezen, Seriyeye, **Devletçilikten Özelleştirmeye Türkiye’de Planlama**, TODAİE Yayın No:293, Ankara, 1999

Soysal, İsmail, **Türkiyenin Siyasal Andlaşmaları**, C.1(1920-1945) , Türk Tarih Kurumu yay. Ankara, 2000

Stubbs, William, **The Constitutional History Of England, In Its Origin And Development**, vol.1, Sixth Edition, Oxford at The Clarendon Press

Şakar, Müjdat, **Sosyal Sigortalar Uygulaması**, Beta yay, İstanbul, 1988

Tekeli, İlhan, **Birlikte Yazılan ve Öğrenilen Bir Tarihe Doğru**, Tarih Vakfı Yurt yay. İstanbul, 2007

Tosh, John, **Tarihin Peşinde**, Tarih Vakfı Yurt yay. İstanbul

Türk Parlamento Tarihi Milli Mücadele ve TBMM I. Dönem 1919-1923, C. 1, TBMM Vakfı yay. No: 4, Ankara, 1994

Uzunçarşılı, İsmail Hakkı, **Osmanlı Tarihi II.Cilt (İstanbul’un Fethinden kanuni Sultan Süleyman’ın Ölümüne Kadar)**, 7. Baskı, Atatürk Kültür, Dil ve tarih Yüksek Kurumu, Türk Tarih Kurumu yay.

Ünal, Fikret, Tıraş, Muzaffer, Kükreler, Zafer, **Bütçe Kanunları 1920-1929**, Maliye Bakanlığı Tetkik Kurulu yay. Ankara, 1978.

Ünver, A.Süheyl, **Anadolu Selçuklularında Sağlık Hizmetleri**, Türk Tarih Kurumu Basımevi, Ankara, 1972

Yılmaz, Coşkun Yılmaz, Necdet ed, **Osmanlılarda Sağlık I**, Biofarma yay. İstanbul, 2006

Zürcher, Eric Jan, **Modernleşen Türkiye’nin Tarihi**, İletişim yay. İstanbul, 1996

5. Makaleler

Afyoncu, Erhan, “Osmanlı Hekimbaşları ve Hassa Hekimleri”, **Osmanlılarda Sağlık I**, Coşkun Yılmaz, Necdet Yılmaz ed. Biofarma yay. İstanbul, 2006

Ak, Bilal, “Kavramlar ve Sağlık Sistemi” **Yeni Türkiye Dergisi**, C. 7, S. 3, Mayıs-Haziran 2003

Ak, Bilal, “Osmanlılarda Sağlık ve Hastane Yönetimi”, **Osmanlı Devleti’nde Sağlık Hizmetleri Sempozyumu**, Osmanlı Devleti’nin 700. Kuruluş Yıldönümü yay. Ankara, 2000

Akandere, Osman, “1923 Yılı Ortalarında Uluslar Arası Kızılhaç Komitesince Görevlendirilen Heyetin Anadolu’daki Teftiş Gezileri ve Hazırladıkları Rapor”, **Atatürk Araştırma Merkezi Dergisi**, Sayı 53, Cilt: XVIII, Temmuz 2002

Aydın, Ayşe, “Türkiye Millet Meclisi Birinci Döneminde Görev Yapan Sağlık Mensupları, **Atatürk Araştırma Merkezi Dergisi**, Sayı 42, Cilt: XIV, Kasım 1998, Türkiye Cumhuriyeti'nin 75. Yılı Özel Sayısı

Aydın, Erdem, “Selçuklulardan Osmanlı ve Cumhuriyete Kadar Devlet- Sağlık İlişkisi”. **Türk Kültürü Dergisi**, C 34, sayı, 394, Türk Kültürü Araştırma Enstitüsü yay. Ankara, 1996

Aydın, Sebahattin, “Modern Tıp Penceresinden Osmanlı Tıp Anlayışına Bakış”, **Osmanlılarda Sağlık I**, Coşkun Yılmaz, Necdet Yılmaz ed. Biofarma yay. İstanbul, 2006

Buğdaycı, Resul, Şaşmaz, Tayyar, Aydın, Süha, “Temel Sağlık Hizmetlerinin anlamı ve Bütünlüğü” **Yeni Türkiye Dergisi**, C. 7, S. 3, Mayıs-Haziran 2003

Can, Gürhan ed. Suğur, Serap, Suğur, Nadir, “Geleneksel Toplumdan Modern Topluma Geçiş”, **Çağdaş Yaşam Çağdaş İnsan**, Anadolu Üniversitesi yay. No: 1020

Etiler, Nilay, “Sağlık Hizmetlerinde Yatay ve Dikey Örgütlenme” **Toplum Hekimliği Bülteni**, sayı 3 Ekim-Aralık 2007, Hacettepe Üniv yay. 2007

Gümüüşü, Osman, “Milli Mücadele Dönemi Türkiye Coğrafyası için Bilinmeyen Bir Kaynak” **Atatürk Araştırma Merkezi Dergisi**, Sayı 45, Cilt: Xv, Kasım 1999

Fişek, Nusret, “**Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları – I Sağlık Yönetimi**” **Sağlık Dergisi**, 37: Sayı:3, Mart 1963

Fişek, Nusret, “**Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları III**” **Zafer Öztekin tarafından yapılan rapor**.

Fişek, Nusret, “**Türkiye’de Nüfus Planlaması**” **Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları-II**, “Ana-Çocuk Sağlığı, Nüfus Sorunları ve Aile Planlaması,

Fişek, Nusret, “III. Uluslararası Jinekoloji Seminerinde (Ankara, Ekim 1963) Yaptığı Konuşma” **Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları – II**, “Ana-Çocuk Sağlığı, Nüfus Sorunları ve Aile Planlaması

Koz, Sabri, “Türk Halk Kültürünün Unutulmuş Kaynaklarından Biri: Türkiye’nin Sıhhi-i içtimai Coğrafyası” **IV. Milletlerarası Türk Halk Kültürü Kongresi Bildirileri, C-1 Genel Konular**, Kültür Bakanlığı Halk Kültürlerini Araştırma ve Geliştirme Genel Müdürlüğü yay: 164 Seminer Kongre Bildirileri Dizisi 34, Ankara, 1992

Özdemir, Yusuf Ekrem, “Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları, Cumhuriyetin Kuruluşundan 1980’li Yıllara Sağlık Politikaları” **Yeni Türkiye Dergisi**, C. 7, S. 3, Mayıs-Haziran 2003

Özkan, Orhan “Atatürk Döneminde Sağlık Politikası”, **Atatürk Dönemi Ekonomik politikası ve Türkiye’nin Ekonomik Gelişmesi Semineri**, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi yay. No:513, Ankara, 1982

Özsarı, Haluk, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörü, **Sağlık Projeleri ve Sağlık Enformasyon Sistemleri Çalışmaları Hakkında Genel Bilgi Notu**, Modern Hastane Yönetimi / Cilt 2 / Sayı 6 / Ağustos-Eylül 1998

Öztek, Zafer, “Sağlıkta Kavramlar, Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri”, **Yeni Türkiye Dergisi**, C. 7, S. 3, Mayıs-Haziran 2003

Öztek, Zafer, “Doktor Behçet Uz ile Son Söyleşi”, **Actual Medicine Dergisi**, 2(7)

Öztek, Zafer, “Dünden Bugüne Türkiye’de Sağlık Hizmetleri”
<http://www.tibbiyelilercemiyeti.com/modules.php?name=News&file=article&sid=45>

Öztek, Zafer, “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri” **Yeni Türkiye Dergisi**, C. 7, S. 3, Mayıs-Haziran 2003

Soyer, Ata, “Türkiye’nin İktisadi ve Sosyal Tarihi Bağlamında Başlangıcından 1960’a kadar Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Bakanlığı” **Toplum ve Hekim Dergisi**, Kasım Aralık 2001, Cilt 6, Sayı 6

Soyer, Ata, “1980’den Günümüze Sağlık Politikaları”, **Praksis**, Sayı:9 (Kış- Bahar, 2003)

Taşkın, Mükremin, “Sağlık Politikamız”, **Yeni Türkiye Dergisi**, Sağlık Özel Sayısı, Sayı:39, (Mayıs-Haziran, 2001)

Tekeli, İlhan “Kurum Tarihi Yazımında Bir Aşama Olarak Emlak Bankası Tarihi”, Murat Güvenç, Oğuz IŞIK, **Emlak Bankası 1926-1998**, Emlak ankası yay. İstanbul, 1999

Tuğluoğlu, Fatih, Türkiye’de Sıtma Mücadelesi (1924–1950), **Türkiye Parazitoloji Dergisi**, Cilt 32, Sayı 4, 2008

Uğurlu, Mehmet Cemil, “Türkiye’de Öncü Bir Toplum Hekimi Dr. Mehmet Cemalettin Or”, **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası**, C 47, S 1, Ankara, 1994

Ülken, Hilmi Ziya, “Sağlık Hizmetlerinin sosyalleştirilmesi” **Mediko Sosyal Sağlık Dergisi**, yıl 1, sayı 1, C 1, Ekim 1961

Bahaeddin Yediyıldız, “Osmanlılar Döneminde Türk Vakıfları ya da Türk Hayrat Sistemi”, Güler Eren ed, **Osmanlı 5 (Toplum)**, Yeni Türkiye yay. Ankara, 1999

Yücel, Ayhan, “Türkiye’de Sıtma Savaşı” **Türkiye’de Atatürk Döneminde Bulaşıcı Hastalıklarla Savaş Toplantısı**, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi yay. İstanbul, 1981

6. Süreli Yayınlar

a. Gazeteler

Cumhuriyet Gazetesi

Hakimiyet-i Milliye Gazetesi

Hürriyet Gazetesi

Milliyet Gazetesi

Ulus Gazetesi

Yeni İstanbul Gazetesi

Yön, Haftalık Gazete

b. Dergiler

Actual Medicine Dergisi

Atatürk Araştırma Merkezi Dergisi

Çağdaş Yaşam Çağdaş İnsan Dergisi

Mediko Sosyal Sağlık Dergisi

Praksis Dergisi

Sağlık Dergisi

Sıhhiye Mecmuası

Toplum Hekimliği Bülteni Dergisi

Toplum ve Hekim Dergisi

Türkiye Hilâli Ahmer Mecmuası

Türkiye Parazitoloji Dergisi

Türk Kültürü Dergisi

Yeni Türkiye Dergisi

7. Tezler

Diñer, Metin, **Sağlıkta Dönüşüm Programı Bileşenlerinden aile Hekimliği Uygulamasına Dair Doktor Beklentileri ve Bir Uygulama**, basılmamış yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2006

Özpekcan, Meliha, **Türkiye Cumhuriyeti'nde Sağlık Politikası 1923-1933** yayınlanmamış doktora tezi

Sevim, İbrahim, **1980 Sonrası Uygulanan Yeni Liberal Politikaların Sağlık Sektörüne Etkisi Türkiye Örneği** Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, basılmamış yüksek lisans tezi, İstanbul, 2006

Şener, Olgun, **Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikaları**, Türkiye Ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü, basılmamış yüksek lisans tezi, Ankara, 2005

8. Broşür ve Posterler

Cerrahpaşa Tıp Müzesi **Haseki Hastanesi Poster**i

Milli Sağlık Bankası Reklam Broşürü

EKLER LİSTESİ

Ek-1 Sağlık Bakanları.....	239
Ek-2 Fotoğraflar.....	257
Ek-3 Bakanlık Teşkilat Şemaları.....	262
Ek-4 Haritalar.....	265

Ek-1 Sağlık Bakanları⁴⁷⁸



1. Dr.Adnan ADIVAR 03.05.1920 - 10.03.1921

GELİBOLU - 1882, Behai - Tıbbiye - Fransızca, İngilizce, Almanca - Tıp ve İlim Tarihi - Os. M. M. 4 üncü Dönem İstanbul - I, II (İstifa: 30.1.1926), VIII inci Dönem İstanbul Milletvekili - TBMM Başkanvekili - Sıhhiye ve Muavenet İçtimaiye Vekili - Evli. Ölümü: 1.7.1955



2. Dr.Refik SAYDAM 10.03.1921 - 20.12.1921

İSTANBUL - 1881, Ahmet - Askeri Tıbbiye - Almanca, Fransızca - Emrazi Dahiliye-Darülfünun Tıp Fakültesi Müderrisi - I inci Dönem Bayazıt, II, III, IV, V, VI ncı Dönem İstanbul Milletvekili – Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye, Sıhhat ve İçtimai Muavenet, Dahiliye Vekili, Başbakan - Bekâr. Ölümü : 7.7.1942



3. Dr.Rıza NUR 24.12.1921 - 27.10.1923

⁴⁷⁸ <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-334/bakanlarimiz.html>,
<http://www.basbakanlik.gov.tr/Forms/pCabinets.aspx>

SİNOP - 1878, Mahmut Zeki - Tıbbiye - Fransızca - Bakteriyoloji, Diplomasi - Doktor - Os. M. M. 1 ve 4 üncü Dönem Sinop - I ve II nci Dönem Sinop Milletvekili - Maarif, Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekili. Ölümü: 8.9.1942

4. Dr.Refik SAYDAM 30.10.1923 - 21.11.1924



5. Dr.Mazhar GERMEN 22.11.1924 - 03.03.1925

AYDIN - 1887, Mehmet Emin - İstanbul Tıbbiye - Fransızca - Eskişehir Askeri Hastanesi Baştabibi - I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII inci Dönem Aydın Milletvekili - TBMM Başkanvekili - Sıhhiye ve İçtimai Muavenet Vekili - Evli, 3 Çocuk. Ölümü : 6.11.1967

6. Dr.Refik SAYDAM 04.03.1925 - 25.10.1937



7. Dr.Hulusi ALATAŞ 25.10.1937 - 18.01.1945

BEYŞEHİR - 1882, Ahmet - Askeri Tıbbiye - Fransızca - İç Hastalıkları - Miralay Doktor, Askeri Tıbbiye Müdürü, İstanbul Liman İşleri İdare Meclis Reisi, Serbest Doktor, İzmir Belediye Başkanı - V (Ara Seçim), VI, VII inci Dönem Aydın, VIII inci Dönem Konya Milletvekili - Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekili - Evli, 2 Çocuk. Ölümü:29.3.1964



8. Dr.Sadi KONUK 18.01.1945 - 05.08.1946

İSTANBUL - 1894, Rasim - Tıbbiye - Fransızca - Operatör ve Kadın Hastalıkları Mütahassısı - V, VI, VII inci Dönem Bursa, VIII inci Dönem Samsun Milletvekili - TBMM Başkanlık Divanı Katip Üyesi - Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekili - Evli, 2 Çocuk.



9. Dr.Behçet UZ 07.08.1946 - 10.06.1948

BULDAN - 1893, Salih - Tıp Fakültesi - Fransızca, İngilizce - Çocuk Hastalıkları, Belediyecilik - İzmir Memleket Hastanesi Çocuk Doktoru, İzmir Belediye Bşk. - VI (Ara Seçim), VII, VIII inci Dönem Denizli, X, XI inci Dönem İzmir Milletvekili - Ticaret, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı - Evli, 3 Çocuk. Ölümü : 19.5.1986



10. Dr.Kemalî BAYAZIT 10.06.1948 - 22.05.1950

İSTANBUL - 1903, Mahmut Arif - Tıbbiye - Fransızca - Antalya Sıtma Mücadelesi Laboratuvar Şefi, Eskişehir ve Ankara Hükümet Tabibi - VI, VII, VIII, XI, 1, 2 nci Dönem Maraş Milletvekili - K. M. Cumhuriyet Halk Partisi Temsilcisi (6.1.1961-15.10.1961) - Sağlık Bakanı - Evli, 1 Çocuk. Ölümü:19.3.1972



11. Prof.Dr.N.Reşat BELGER 22.05.1950 - 19.09.1950

İSTANBUL - 1882, Mehmet Reşat - Askeri Tıbbiye ve Paris Tıp Fakültesi - Fransızca, İngilizce, Arapça - İç Hastalıkları ve Hidroklimatoloji Prof. Dr. - İstanbul Üni. Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi, Kızılay Genel Başkanı - IX uncu Dönem İstanbul Milletvekili - K. M. Milli Birlik Komitesi Temsilcisi (6.1.1961-29.9.1961) - Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı - Dul. Ölümü:29.9.1961



12. Dr.E.Hayri ÜSTÜNDAĞ 20.09.1950 - 17.05.1954

PREVEZE - 1886, Hayri - Tıp Fakültesi - Fransızca, Rumca, Almanca - İç Hastalıkları, Hygien ve Bakterioloji - İzmir Fransız Hastanesi Başhekimi - IX, X uncu Dönem İzmir Milletvekili - Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı - Evli, 2 Çocuk. Ölümü : 15.6.1956

13. Dr.Behçet UZ 18.05.1954 - 09.12.1955



14. Dr.Nafiz KÖREZ 09.12.1955 - 25.11.1957

KULA - 1909, Halil - Tıp Fakültesi - Fransızca - Kars Hükümet Tabibi ve Sağlık Müdürü, Serbest Doktor - IX, X, XI inci Dönem Manisa Milletvekili - Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekili - Bekâr.



15. Dr.Lütfi KIRDAR 26.11.1957 - 27.05.1960

KERKÜK - 1988, Abdüssamed - Tıbbiye, Viyana, Münih ve Paris' te İhtisas - Fransızca, Almanca, Arapça - Göz Hastalıkları, İdare - İzmir Hastanesi Göz Hast. Müt., Manisa Valisi, İstanbul Valisi ve Belediye Başkanı - V inci Dönem Kütahya (İstifa:19.10.1936), VIII inci Dönem Manisa, X, XI inci Dönem İstanbul Milletvekili - Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekili - Evli, 2 Çocuk. Ölümü:17.2.1961



16. Prof.Dr.Nusret KARASU 27.05.1960 - 25.08.1960

İstanbul - İsmail Hilmi. Tıp Fakültesi Gülhane Hastanesi İç Hastalıkları Asistanlığı ve Başasistanlığı, 1943-45 Gülhane Hastanesi 2. İç Hastalıkları Kliniği Profesörlüğü ve Direktörlüğü, 1952-54 Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı. 1960 Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1960-62 Yüksek Sağlık Şurası Üyeliği,



17. Prof.Dr.Ragıp ÜNER 05.09.1960 - 20.11.1961

NEVŞEHİR - 1914, Mehmet Avni - İstanbul Tıp Fakültesi - Fransızca, İngilizce - Dahiliye ve Göğüs Hastalıkları Prof.Dr. - Ege Üni. Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Prof. ve Klinik Direktörü - K. M. Bakanlar Kurulu Üyesi (6.1.1961 - 25.10.1961) - C. S. Nevşehir Üyesi (5.6.1977 - 12.9.1980) -4 üncü Dönem Nevşehir Milletvekili - Sağlık ve Sosyal Yardım, İşleri Bakanı - Evli, 3 Çocuk. Ölümü : 4.7.1985



18. Dr.Suat SEREN 20.11.1961 - 26.06.1962

ISPARTA - 1910, Hüsnü - İstanbul Tıp Fakültesi - Fransızca, İngilizce - Göz Hastalıkları Mütchassısı - Ankara Numune Hastanesi Göz Hastalıkları Mütchassısı - C. S. Isparta Üyesi (15.10.1961 - 7.6.1964) - Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı - Evli, 3 Çocuk. Ölümü : 4.7.1985



19. Dr.Yusuf AZİZOĞLU 26.06.1962 - 26.10.1963

SİLVAN - 1917, Sadun - İstanbul Tıp Fakültesi - Fransızca, Az İngilizce - Silvan Belediye Hastanesi Başhekimisi ve Silvan Belediye Başkanı - IX, X, 1, 2, 3 üncü Dönem Diyarbakır Milletvekili - Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı - Evli. Ölümü:1.5.1970



20. Prof.Dr.Kerim GÖKAY 05.11.1963 - 26.12.1963

ESKİŞEHİR - 1900, Abdülkerim - İstanbul Tıp Fakültesi - Fransızca, Almanca - Sinir ve Akıl Hastalıkları Müt., Ord. Profesör - İstanbul Valisi ve Belediye Başkanı , Bern Büyükelçisi, Hariciye Yüksek müşaviri - 1 inci Dönem İstanbul Milletvekili - İmar ve İskân, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı - Evli. Ölümü : 22.7.1987



21. Dr.Kemal DEMİR 26.12.1963 - 20.02.1965

SÜRMENE - 1921, Kazım - İstanbul Tıp Fakültesi - İngilizce - Dahiliye Mütahassısı - Serbest Doktor - 1, 2, 3, 4 üncü Dönem Bolu Milletvekili - Sağlık ve Sosyal Yardım, Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanı, - Evli, 3 Çocuk.



22. Dr.Faruk SÜKAN 22.02.1965 - 27.10.1965

KARAMAN - 1921, Mahmut Hamdi - İstanbul Tıp Fakültesi - Fransızca - Dahiliye Müt. - Serbest Tabip, Ereğli Belediye Başkanı - 1, 2, 3, 4 ve 5 inci Dönem Konya Milletvekili - Sağlık ve Sosyal Yardım, İçişleri, Devlet Bakanı ve Başbakan Yardımcısı - Evli, 4 Çocuk.



23. Dr.Edip SOMUNCUOĞLU 27.10.1965 - 01.04.1967

ERZURUM - 1904, Mehmet - İstanbul Üni. Tıp Fakültesi - Fransızca - Trabzon Sağlık Md. - C. S. Erzurum Üyesi (7.6.1964-14.10.1973) - Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı - Evli, 3 Çocuk.



24. Dr.Vedat Ali ÖZKAN 01.04.1967 - 12.03.1971

DEVREK - 1923, İshak - İstanbul Üni. Tıp Fakültesi - İngilizce - KKB Mütahassısı - Kayseri Devlet Hastanesi Baştabibi - 1, 2 ve 3 üncü Dönem Kayseri Milletvekili - Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı - Evli, 3 Çocuk. Ölümü : 3.12.1977



25. Prof.Dr.Türkan AKYOL 26.03.1971 - 13.12.1971

İSTANBUL - 1928, Mehmet Rüştü - Ankara Üni. Tıp Fakültesi - İngilizce, Fransızca - Dahiliye, Göğüs Hastalıkları, Prof.Dr. - A.Ü. Tıp Fak. Öğretim Üyesi ve Rektörü - Dışarıdan Sağlık ve Sosyal Yardım, Devlet Bakanı - XVIII inci Dönem İzmir Milletvekili - Evli, 2 Çocuk.



26. Dr.Cevdet AYKAN 13.12.1971 - 23.05.1972

ERBAA - 1925, Hasan - İstanbul Üni. Tıp Fakültesi - İngilizce - Akıl ve Sinir Hastalıkları Mütchassısı - Hacettepe Üni. Tıp Fakültesi Öğretim Görevlisi, Serbest Doktor - 2 nci Dönem Tokat Milletvekili - C. S. Tokat Üyesi (14.10.1973-14.10.1979) - Köy İşleri, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı - Evli, 1 Çocuk.

27. Dr.Kemal DEMİR 23.05.1972 - 16.04.1973



28. Dr.Vefa TANIR 16.04.1973 - 26.01.1974

ILGIN - 1927,İ. Hakkı - İstanbul Tıp Fakültesi - Fransızca - Ruh ve Sinir Hastalıkları - Başbakanlık Yüksek Müşaviri - Güven Partisi ve Doğru Yol Partisi Kurucu Üyesi - 1, 2, 3, 4, XVIII ve XIX uncu Dönem Konya Milletvekili - M. M. Başkanlık Divanı Katip Üyesi - Sağlık, Bayındırlık, Orman Bakanı - Evli, 2 Çocuk.



29. Dr.Selahattin CİZRELİOĞLU 26.01.1974 - 18.11.1974

DİYARBAKIR - 1924, Abdülkadir - İstanbul Üni. Hukuk Fakültesi, Paris Üni. Doktora - Fransızca - Hukuk Doktoru - Serbest Avukat - C. S. Diyarbakır Üyesi (5.6.1966 - 12.9.1980) - Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı - Evli.

30. Dr.Kemal DEMİR 18.11.1974 - 18.04.1977

31. Dr.Vefa TANIR 18.04.1977 - 21.06.1977



32. Prof.Dr.Celal ERTUĞ 21.06.1977 - 21.07.1977

ERZİNCAN - 1913, Mustafa Sabri - İstanbul Üni.Tıp Fakültesi - Fransızca, İngilizce - Dahiliye ve Göğüs Hastalıkları Mütahassısı - Tabip Binbaşı, Ankara Tıp Fak. Göğüs Hastalıkları Kliniği Profesörü, Ankara Atatürk Sanatoryumu Şefi, Halkevleri Genel Başkanı - C. S. Elazığ Üyesi (15.10.1961 - 12.10.1975)- 5 inci Dönem Elazığ Milletvekili - Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı - Evli, 2 Çocuk.



33. Av.Cengiz GÖKÇEK 21.07.1977 - 05.01.1978

ARABAN - 1934, Mehmet - Ankara Üni. Hukuk Fakültesi - Hukuk - Gazeteci, Yazar, Serbest Avukat - 5 inci Dönem Gaziantep Milletvekili - Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı - Evli, 4 Çocuk.



34. Dr.Mete TAN 05.01.1978 - 12.11.1979

AFYONKARAHİSAR- 1929, Avni - Tıp Fakültesi - Almanca, Fransızca - KBB Mütahassısı - Eskişehir, Kütahya, Tabip Odası Başkanı, TCDD Hastanesi Başhekimisi - 4 ve 5 inci Dönem Afyonkarahisar Milletvekili - Millet Meclisi İdare Amiri, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı - Evli, 2 Çocuk.



35. Dr.Münif İSLAMOĞLU 12.11.1979 - 11.09.1980

ÇİNE - 1917 - Mustafa Nasuh - İstanbul Üni. Tıp Fakültesi - İngilizce - Dahiliye Mütahassısı - Kastamonu Verem Hastanesi Başhekimisi, Ankara Numune Hastanesi Başhekimisi ve 1 inci Dahiliye Şefi - XI ve XIX uncu Dönem Kastamonu Milletvekili - C.S. Kastamonu Üyesi (5.6.1977 - 12.9. 1980) - Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı - Evli, 2 Çocuk.



36. Prof.Dr.Necmi AYANOĞLU 22.09.1980 - 23.12.1981



37. Prof.Dr.Kaya KILIÇTURGAY 23.12.1981 - 13.12.1983



38. Mehmet AYDIN (İktisatçı) 13.12.1983 - 17.10.1986

SAMSUN - 1928, Süleyman - İstanbul Üni. İktisat Fak. Siyasal Bilimler Maliye Bl. - İngilizce - İktisadî Planlama - DPT Uzmanı, Ticaret Bakanlığı Teşkilatlandırma Genel Müdürü, Tarım Bakanlığı Gıda İşleri Genel Müdürü, Ankara Ticaret Odası Genel Sekreteri - Anavatan Partisi Kurucu Üyesi - XVII ve XVIII inci Dönem Samsun Milletvekili - Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı - Evli, 2 Çocuk.



39. Doç.Dr.Mustafa KALEMLİ 17.10.1986 - 21.12.1987

TAVŞANLI 1943, Ali - Ankara Üni.Tıp Fak. - İngilizce - Üroloji Doçenti - Antalya Tıp Fak. Üroloji Kürsüsü Bşk. SSK İzmir Hastanesi Üroloji Klinik Şefi, Uluslararası STU ve EDTA Asli Üyesi - XVII, XVIII ve XIX uncu Dönem Kütahya Milletvekili - Çalışma ve Sosyal Güvenlik, Sağlık ve Sosyal Yardım, İçişleri, Orman Bakanı - Evli, 2 Çocuk.



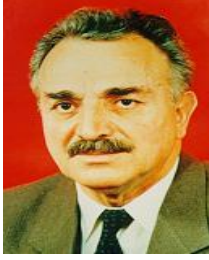
40. Bülent AKARCALI (İktisatçı) 21.12.1987 - 26.06.1988

İZMİR - 1943, Şevket - Brüksel Üni. Ekonomi İlimler Fak., Aynı Fak.' de İktisadi Analiz ve İktisadi Politika Master - Fransızca, İngilizce - Dış Ticaret, Dış Müteahhitlik Hizmetleri, Yabancı Sermaye, Sigortacılık - Araştırmacı, Yazar, İttihad-ı Milli Türk Sigorta Şti. Genel Müdürü - XVII, XVIII ve XIX uncu Dönem İstanbul Milletvekili - Sağlık ve Sosyal Yardım, Turizm Bakanı - Evli, 2 Çocuk.



41. Cemil ÇİÇEK 26.06.1988 - 06.07.1988

YOZGAT - 1946, Ahmet - İstanbul Üni. Hukuk Fakültesi - İngilizce, Fransızca - Hukuk -
Yozgat Belediye Başkanı - Anavatan Partisi Kurucu Üyesi - XVIII inci Dönem Yozgat
Milletvekili - Devlet Bakanı - Evli, 3 Çocuk.



42. Ziraat Müh.Nihat KİTAPÇI 06.07.1988 - 31.03.1989

ERZURUM - 1928, Şakir - Ziraat Fakültesi - Ziraat Yük. Müh.- TZDK Erzurum, Samsun ve
Ankara Bölge Md., Tek. İşl. Şube Md., Mak. İkmal ve Etüd Konstrüksiyon D. Bşk. -
Erzurum Belediye Bşk., Et ve Balık Kurumu Yön. Kur. Üyesi - XVIII inci Dönem Erzurum
Milletvekili - Devlet, Sağlık Bakanı - Evli, 2 Çocuk.



43. Halil ŞIVGIN (Hukukçu) 31.03.1989 - 23.06.1991

ANKARA - 1950, Hasan - Ankara Üni. Hukuk Fakültesi - Almanca, Arapça, Farsça - Hukuk
- Serbest Avukat, Anavatan Partisi Kurucu Üyesi - XVII, XVIII ve XIX uncu Dönem
Ankara Milletvekili - Sağlık Bakanı - Evli, 2 Çocuk.



44. Dr.Yaşar ERYILMAZ 23.06.1991 - 20.11.1991

DOĞUBAYAZIT - 1944, Rıza - İstanbul Üni.Tıp Fakültesi - İngilizce, Fransızca - Üroloji Doçenti - Atatürk Ü. Tıp Fak. Öğretim Üyesi ve Araş. Hastanesi Başhekimi - XVIII ve XIX uncu Dönem Ağrı Milletvekili - Sağlık Bakanı - Evli, 2 Çocuk.



45. Dr.Yıldırım AKTUNA 20.11.1991 - 25.06.1993

İSTANBUL - 1930, Naci - Ankara Üni. Tıp Fakültesi- İngilizce, Fransızca, Farsça - Nöropsikiyatri - Tabip Yarbay, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Başhekimi, Bakırköy Belediye Başkanı - XIX uncu Dönem İstanbul Milletvekili - Sağlık, Devlet Bakanı - Dul, 1 Çocuk.



46. Rıfat SERDAROĞLU (İktisatçı) 25.06.1993 - 28.11.1993

BERGAMA - 1948, Kemal Fikri - İzmir İktisadî Ticarî İlimler Yüksek Okulu - İngilizce - Maliye - Bergama Belediye Başkanı, Serbest Ticaret, Çiftçi - XIX uncu Dönem İzmir Milletvekili - Sağlık Bakanı - Evli, 2 Çocuk.



47. Ecz.Kazım DİNÇ 28.11.1993 - 15.08.1994

KANDIRA - 1948, Fehmi - İstanbul Üni. Eczacılık Fakültesi - Eczacılık - Serbest Eczacı,
Belediye Meclis Üyesi - XIX uncu Dönem Kocaeli Milletvekili - Evli, 1 Çocuk.



48. Dr.Doğan BARAN 15.08.1994 - 07.03.1996

VAN - 1929, Baran - Ankara Üni. Tıp Fakültesi - Fransızca - Kadın Hastalıkları ve Doğum
Uzmanı - Serbest Tabip - XVIII ve XIX uncu Dönem Niğde Milletvekili - Evli, 2 Çocuk.

49. Dr.Yıldırım AKTUNA 07.03.1996 - 26.04.1997



50. Nafiz KURT 30.04.1997 - 13.05.1997

BAFRA - 1930, Ömer - Lise - Serbest Ticaret - 3, 5, XVIII ve XIX uncu Dönem Samsun
Milletvekili - TBMM Başkanlık Divanı İdare Amiri - Devlet Bakanı - Evli, 3 Çocuk.



51. Doç.Dr.İsmail KARAKUYU 13.05.1997 - 30.06.1997

SİMAV - 1950, Ali - İstanbul Üni. Fen Fakültesi, Yüksek Öğretmen Okulu, Ankara Üni. Fen Bil. Enst.Doktora - İngilizce, Fransızca - Matematik, Fen. Doç. Dr. - Akdeniz Üni. Isparta Mühendislik Fakültesi Öğretim Üyesi ve Dekan Yardımcısı - XIX uncu Dönem Kütahya Milletvekili - Evli, 2 Çocuk.



52. Dr.Halil İbrahim ÖZSOY 30.06.1997 - 11.01.1999

BOLVADİN -1938, Halit, Hayriye - Ege Üni.Tıp Fakültesi - Orta Fransızca, İngilizce - Asabiye Uzmanı - Afyon Devlet Hastanesi Baştabibi ve İl Sağlık Müdürü - XIX uncu Dönem Afyon Milletvekili - Evli, 3 Çocuk.



53. Dr.Mustafa Güven KARAHAHAN 11.01.1999-29.05.1999

ÇATALZEYTİN - 1943, Cafer, Gülsüme - İstanbul Üni. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Hacettepe Üni. Tıp Fakültesi İhtisas - Orta İngilizce- Üroloji Uzmanı - Bandırma Devlet Hastanesi Üroloji Uzmanı ve Başhekim Yardımcısı - Evli, 2 Çocuk.



54. Doç. Dr. Osman DURMUŞ 29.05.1999-19.11.2002

ÇANKIRI-1947, Mehmet, Elif-Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi -İngilizce, Fransızca-Doçent Doktor, Öğretim Üyesi-Anatomi ve Genel Cerrahi Uzmanı, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi-Evli, 3 Çocuk.



55. Prof. Dr. Recep AKDAĞ 20.11.2002-

ERZURUM - 1960, Yahya - Zekiye - Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi - İngilizce - Prof. Dr., Öğretim Üyesi - Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Başhekim Yardımcısı, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi, Atatürk Üniversitesi Biyoteknoloji Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdür Yardımcısı - Evli, 5 Çocuk.

Ek-2 Fotoğraflar



Mart 1922 yılı Sıhhiye ve Muavenet-i İctimaiye Vekaleti Çalışanları⁴⁷⁹

⁴⁷⁹ Erdem Aydın, **Türkiye’de Sağlık Teşkilatlanması Tarihi**, Naturel yay. Ankara, s 8



Vekaletin 1923 yılındaki ilk binası⁴⁸⁰

⁴⁸⁰ Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yay. Ankara, 1973, s 39



Hakimiyet-i Milliye Gazetesi, 4 Temmuz 1922 manşet haberi

Yenişehir'deki Sıhhiye Vekaleti Binası Ankara'nın en güzel ve asri binası oldu.

Sıhhiye Vekaleti'nin Yenişehir'de yaptırmakta olduğu binanın kargir aksamının yapısı bitmek üzeredir. Bu bina kışa kadar ikmal edilecektir. Vekalet binası ciddi Ankara'mızın

en asri bir binası olmuştur. Avrupa'nın en son yapılan en modern binalarına benzemektedir.⁴⁸¹



Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekaleti Binası 1933⁴⁸²

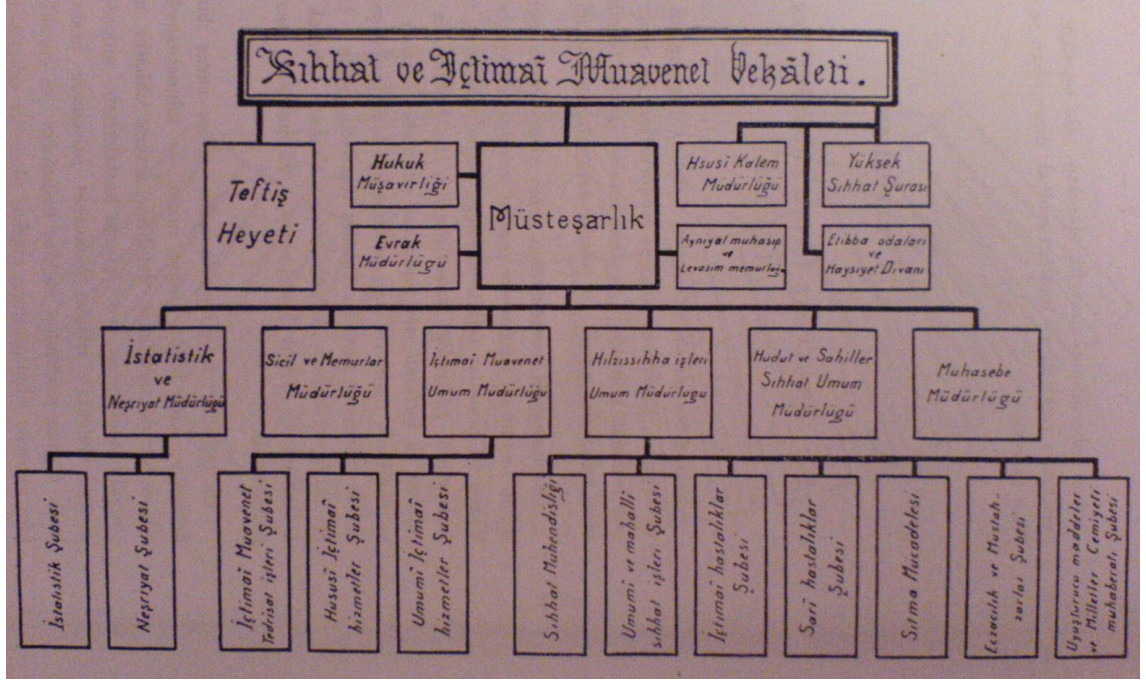
⁴⁸¹ Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yay. Ankara, 1973, s 39

⁴⁸² Türkiye Cumhuriyeti Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekâleti Sıhhiye Mecmuası Fevkalade Nüshası, Vekaletin 10 Yıllık Mesaisi, 29 Birinci Teşrin 1933, s 5



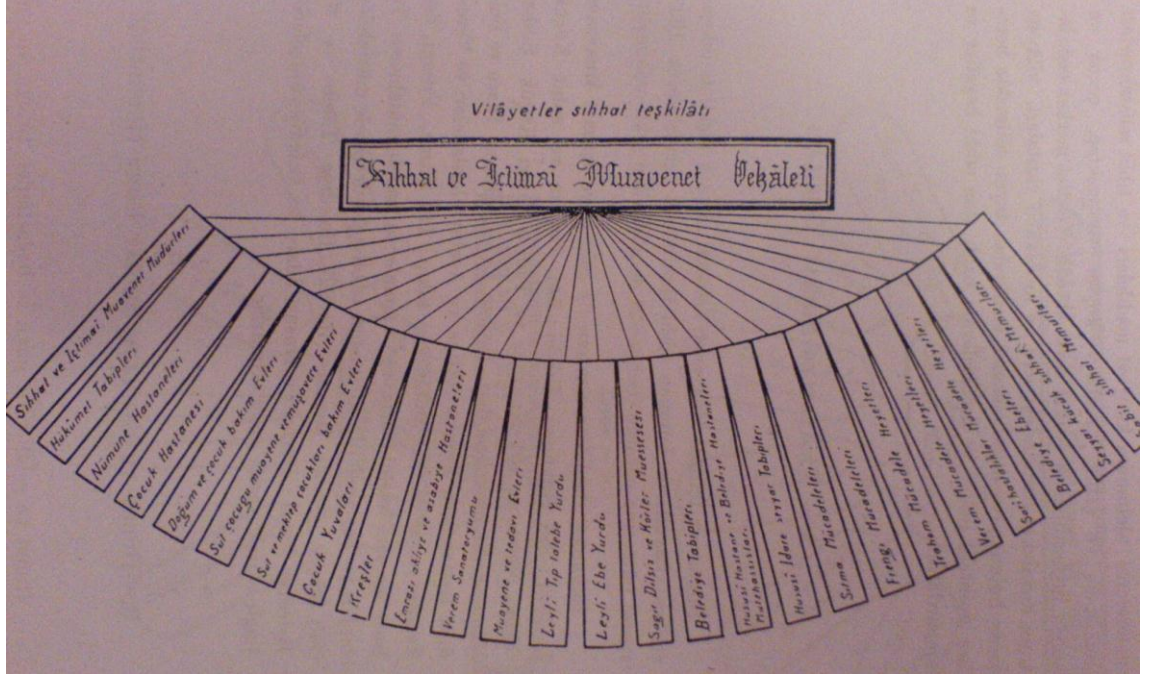
Bakanlık Merkez Binası (2000 yılı)

Ek-3 Bakanlık Teşkilat Şemaları



Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekaleti Merkez Teşkilatı 1933⁴⁸³

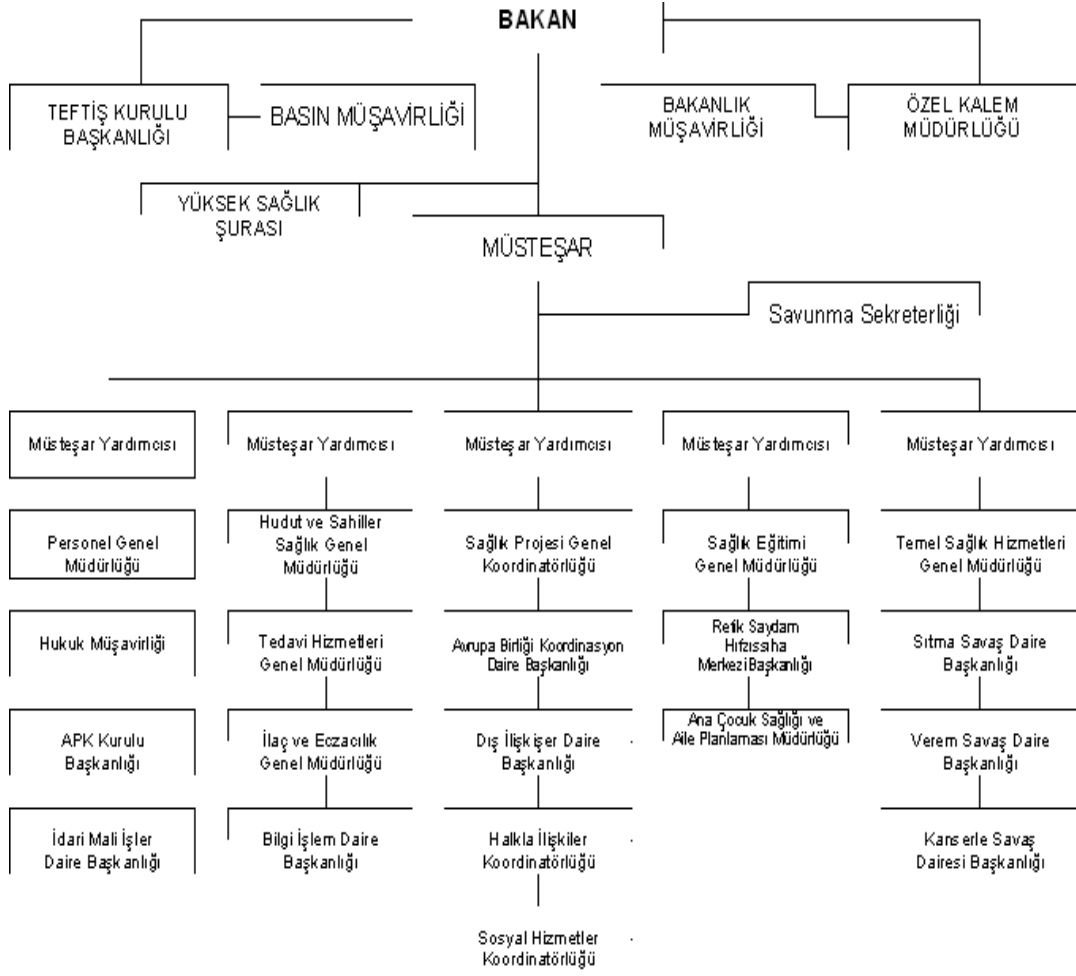
⁴⁸³ Sıhhiye Mecmuası Fevkalade Nüshası ... s 5



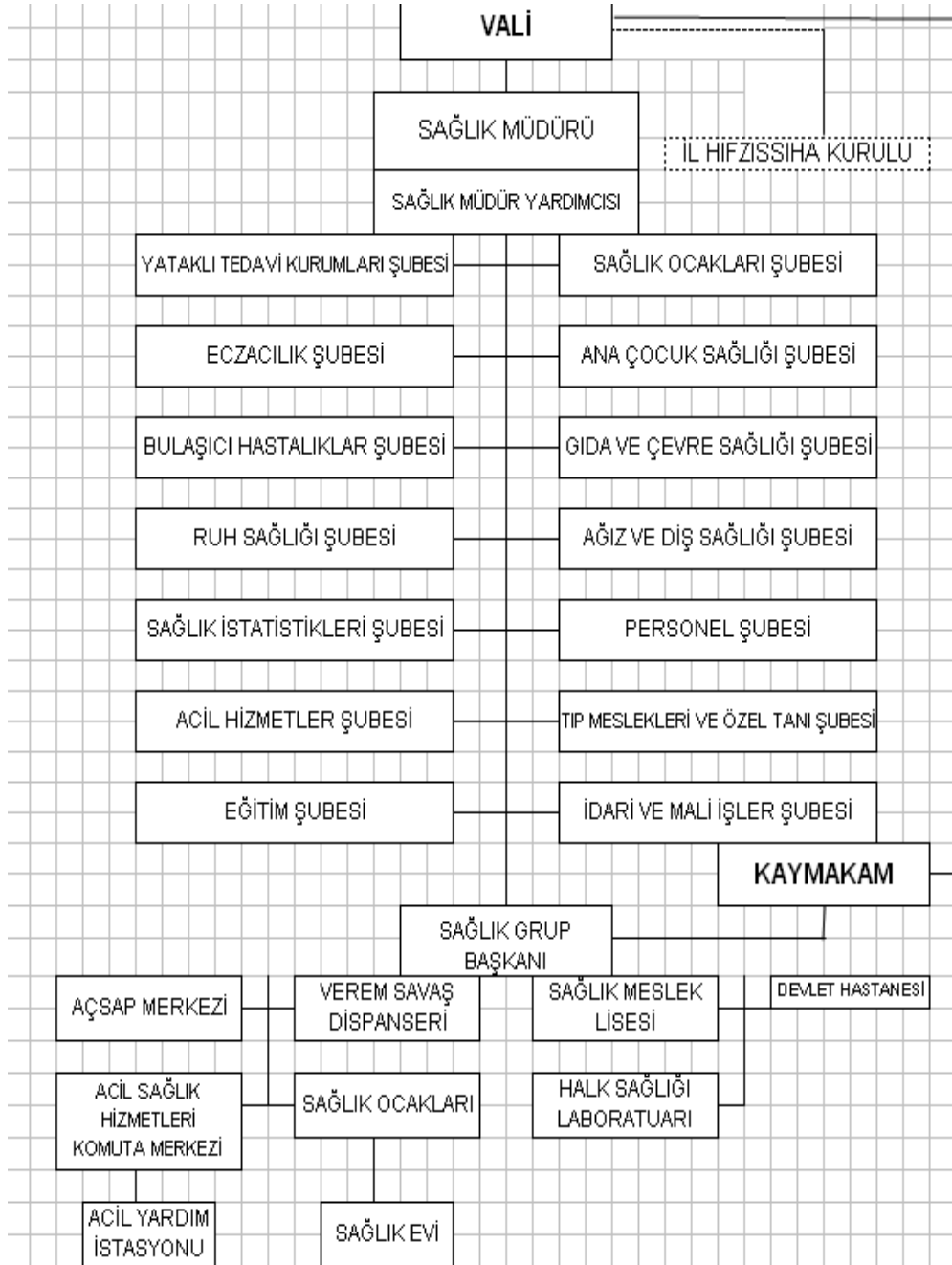
Sıhhat ve İctimâî Muavenet vekaleti Taşra Teşkilatı 1933⁴⁸⁴

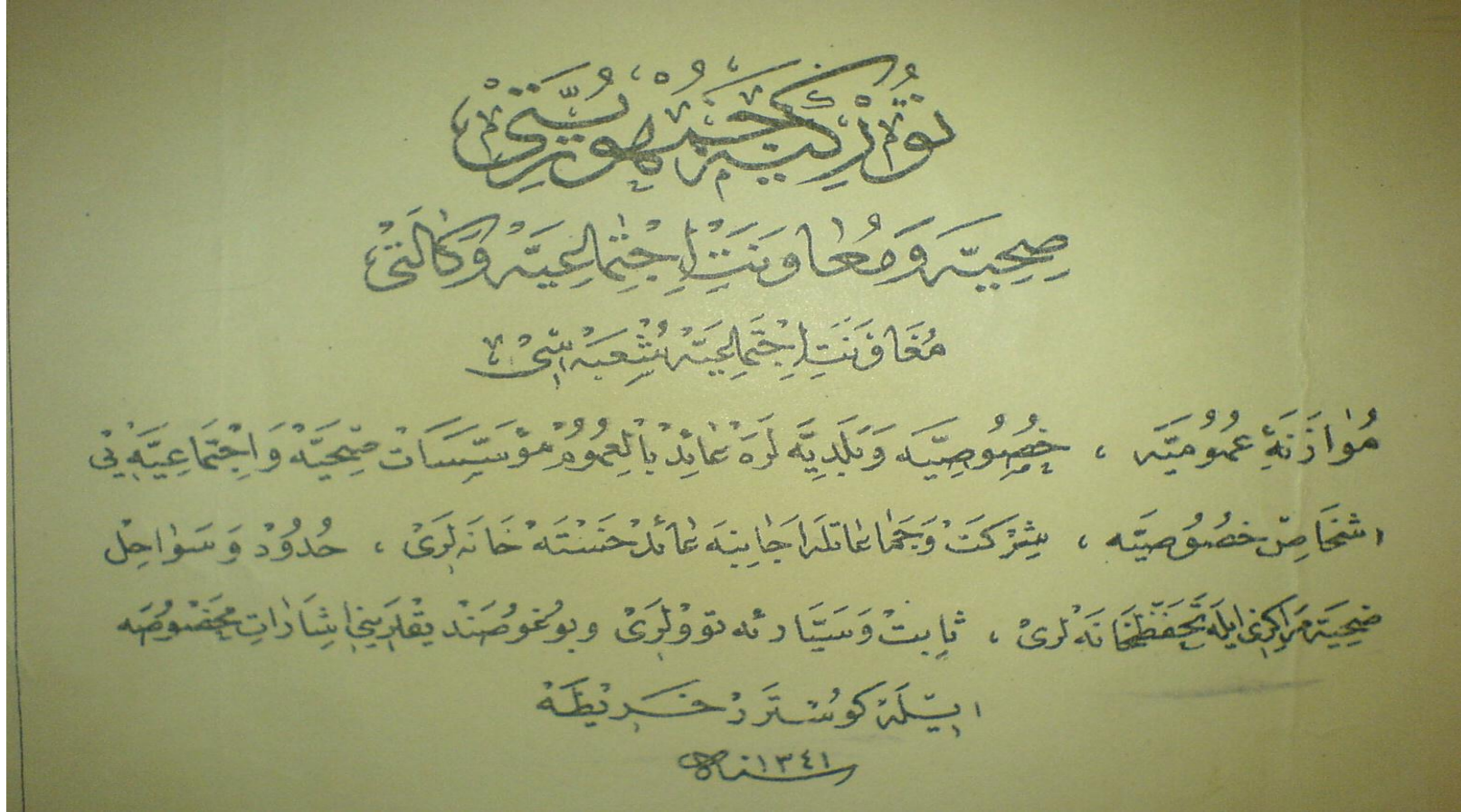
⁴⁸⁴ A.g.e. s 8

2000 yılı Bakanlık Merkez Teşkilatı Şeması



2000 yılı Bakanlık Taşra Teşkilatı Şeması





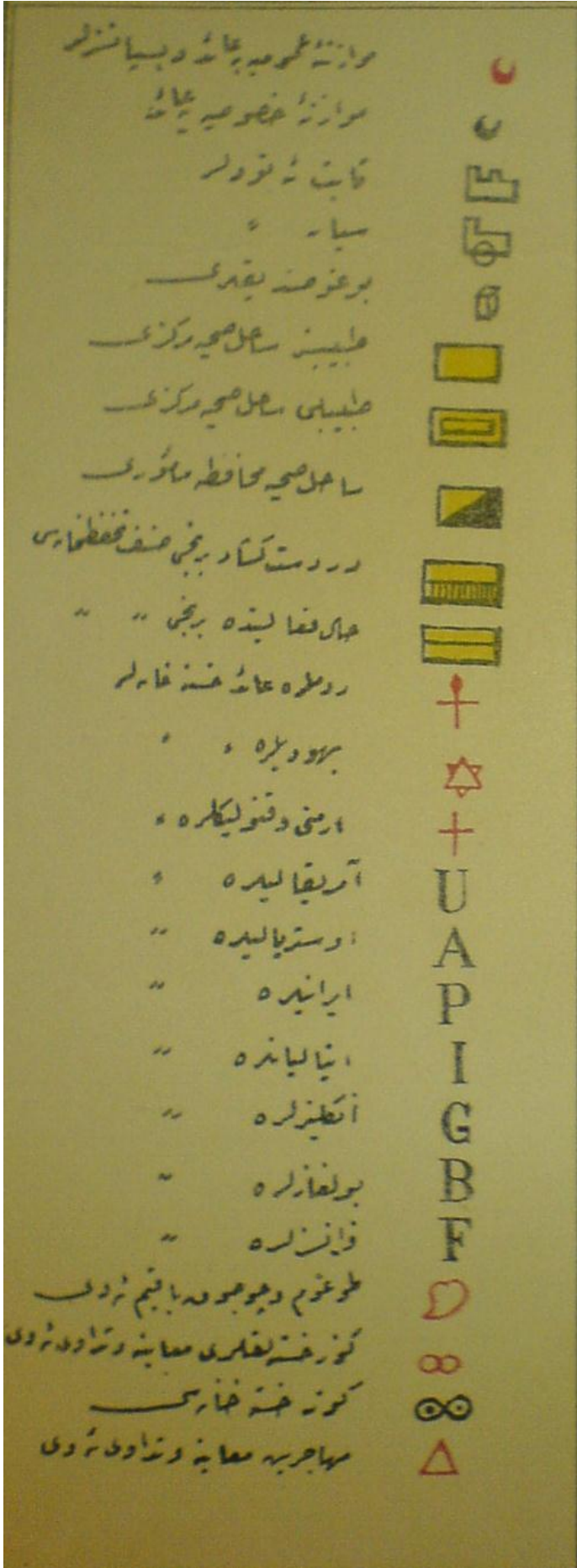
Türkiye Cumhuriyeti Sıhhiye ve Muavenet-i İctimaiye Vekaleti Muavenet-i İctimaiye Şubesi

Muvazene-i umumiye, hususiye ve belediyelere ait bilumum müessesat-ı sıhhiye ve içtimaiye-i eşhas-ı hususiye şirket ve cemaatler-i ecnebiye ait hastahaneleri, hudut ve sevahil sıhhiye merkezleri ve tahaffuzhaneleri, sabit ve seyyar etüveleri (sterlizasyon aracı) ve hudut yakalarını işaret-i mahsusa ile gösterir harita. 1341 (1925)

⁹⁷⁰ Milli Kütüphane, Katalog Yer No: HRT 1994 D 1607







Muvazene-i Umumiyeye Ait Dispanserler

Muvazene-i Hususiye ait Dispanserler

Sabit Etüvveler
Seyyar Etüvveler

Boğaz Hastalıkları

Tabipsiz Sahil Sıhhiye Merkezi

Tabipli Sahil Sıhhiye Merkezi

Sahil Sıhhiye Muhafaza Merkezi

Birinci Sınıf Tahaffuzhane

Hala faaliyette bir birinci sınıf Tahaffuzhane
Rumlara Ait Hastaneler

Yahudilere Ait Hastaneler

Ermeni ve Katoliklere Ait Hastaneler

Amerikalılara ait hastaneler

Avusturyahlılara ait hastaneler

İspanilere ait hastaneler

İtalyanlara ait hastaneler

İngilizlere ait hastaneler






















Bulgarlara ait hastaneler

Fransızlara ait hastaneler

Trahom hususi bakım evi

Göz hastalıkları muayene ve tedavi evi
Göz hastanesi

Muhacirin Muayene ve Tedavi Evi

سوارده شکر ميه به عاشره غننه خانه لر	
سوارده خصوصيه به عاشره غننه خانه لر	
اراضه ساريه به غننه خانه لر	
بلديه به عاشره غننه خانه لر	
اراضه عقليه و عصبه غننه خانه لر	
دارالعيونه	
كيميا خانه	
هفطه الصوموسه	
دارالطبيب تاوريجانه	
شرکتخانه غننه خانه لر	
اراضه زهريه به غننه خانه لر	
ساناتوريم	
خصوصيه غننه خانه لر	
دلسيز و کورر مکتبي	
غذايه مسلمين غننه خانه لر	
تجربه خانه	
تياقز ياندر معاينه مرکزی	
صحي موزه	
ليالي طب طلبه يوردي	
ليالي قانبله يوردي	
کوچک صحتی مامورلاری مکتبی	

Muvazene-i umumiye ait hastaneler

Muvazene-i hususiye ait hastaneler

Emraz-ı sariye hastaneleri

Belediyeye ait hastaneler

Emraz-ı akliye hastaneleri

Dar-ül Aceze

Kimyahane

Hıfzıssıhha Müessesesi

Dar-ül Kelb Tedavihanesi

Şirketlere Ait Hastaneler

Emraz-ı Zehriye Hastaneleri

Sanatoryum

Hususi Hastaneler

Dilsiz ve Körlere Mektebi

Gureba-yı Müslimin Hastanesi

Tebbirhane (temizlenme yeri)

Yataksız Yalnız Muayene Merkezi

Sihhi müze

Leyli tıp talebe yurdu

Leyli Talebe Yurdu

Küçük Sıhhiye Memurları Mektebi

1938 ve 1940 yıllarına ait Sağlık Teşkilat ve Kurumlarına ait Haritalar⁹⁷¹

R. C. 255
SAĞLIK VE İÇTİMAİ
MUAVENET VEKÂLETİ
Sağlık Propagandası ve Tıbbi
İstatistik Umum Müdürlüğü

Genel No. 1938
Özel No. 2879
2 harita

1938
13

ÖZ: 1938 sınıhı teşkilât haritası H.
18 Mayıs 1939

Ankara

Yüksek Başvekâlete

Vekâletimizce tertip ve bastırılmış olan 1938 yılı
sınıhı teşkilât haritasından (2) tanesi ilişik olarak arz
ve takdim kılınmıştır. Saygılarımı sunarım.

Z. N. Öneri

Sıhhat ve İctimai Muavenet
Vekili
S. Atalar

18-5-39

BAŞBAKANLIK
CUMHURİYET ARŞİVİ

⁹⁷¹B.C.A. Tarih: 18.05.1939, Fon: 30.10.0.0 Yer No: 176.218.14 ve B.C.A. Tarih: 24.01.1941, Fon: 30.10.0.0 Yer No: 178.227.3





T. C.
SİHHAAT VE İÇTİMAİ
MUAVENET VEKÂLETİ

Ankara 21 24 Haziran 1941

Sağlık Propagandası ve Tıbbi
İstatistik Umum Müdürü

Genel No.

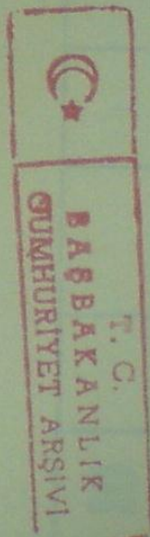
21

Öz: Sıhhi teşkilât haritası
H.

Özel No.

412

Ekl: 2 harita



Yüksek Başvekâlete

1940 Yıllı vaziyetine göre Vekâletimizce
tertîp edilerek bastırılan Sıhhi teşkilât
haritasından (2) tanesi leffen arz ve takdim
kılınmıştır. Saygılarımla sunarım.

Ziya

Sıhhat ve İctimai Muavenet
Vekilli

Dr. F. A. Baltacı

11/11/41
Ziya

29-1-941

28-1-941 534 2





TÜRKİYE CÜMHURİYETİ
SIHHAT VE İÇTİMAÎ MUAVENET VEKÂLETİ
SIHHAT TEŞKİLÂT VE MÜESSESELERİ
1940

Mikyası 1 : 2,000,000

Devlet hudutları

© Vilâyet merkezleri

o Nahiye veya Köyler

Vilâyetler »

o Kaza »

Devlet demir yolları

