

# **Kentlerde Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım**



---

# KENTLERDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖRGÜTLENMESİ:

## ÇOK SEKTÖRLÜ YAKLAŞIM



**Kentler, Sağlık ve Sağlık Hizmetleri**



*Birinci Baskı, Haziran 2007, Ankara  
Türk Tabipleri Birliği Yayınları*



**ISBN 978-975-6984-92-5**



**Kapak - Sayfa Düzeni**  
*Sinan Solmaz*

**TÜRK TABİPLERİ BİRLİğİ MERKEZ KONSEYİ**

GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok.

No:2 Kat:4, 06570 Maltepe / ANKARA

Tel: (0 312) 231 31 79 ● Faks: (0 312) 231 19 52-53

e-posta: [ttb@ttb.org.tr](mailto:ttb@ttb.org.tr) ● <http://www.ttb.org.tr>

# İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER .....	3
ÖNSÖZ .....	5
ÖNSÖZ .....	7
GEREÇ VE YÖNTEM .....	9
I.BÖLÜM:KENTLER, SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ .....	11
II. BÖLÜM: ATÖLYE ÇALIŞMASI GRUP RAPORLARI 13-14 Ocak 2007 .....	26
■ Grup-1: KENTLERDE SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİNİN İLKELERİ VE ENTEGRASYON.....	26
■ Grup-2: SAĞLIK HİZMETLERİNİN SOSYALLEŞTİRİLMESİ .....	37
■ Grup-3: AİLE HEKİMLİĞİ ÜLKEMİZ İÇİN UYGUN BİR HİZMET SUNUMU SİSTEMİ MİDİR? .....	43
■ GENEL TARTIŞMADA ÖN PLANA ÇIKAN NOKTALAR.....	53
SONUÇ .....	54
EKLER .....	57
EK-1: TARTIŞMA SORULARI.....	57
■ <u>Grup 1:</u> Kentlerde sağlık örgütlenmesinin ilkeleri ve entegrasyon .....	57
■ <u>Grup 2:</u> Sosyalleştirme .....	58
■ <u>Grup-3:</u> Aile Hekimliği Ülkemiz İçin Uygun Bir Model midir?.....	60
EK-2: KATILIMCILARA GÖNDERİLENLER.....	63
■ KATILIMCI DAVET MEKTUBU .....	63
■ ÇALIŞMANIN YÖNTEMİ .....	65
■ KENTSEL BÖLGEDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖRGÜTLENMESİ: ÇOK SEKTÖRLÜ YAKLAŞIM.....	66
KATILIMCI LİSTESİ .....	67



## ÖNSÖZ

**G**ünümüzde kapitalist üretim sürecinin etkilemediği herhangi bir yaşamsal alandan söz etmek mümkün değildir. Kapitalizm, özellikle 19. yüz yıl sanayi devrimi sonrası, milyonlarca insanı yerlerinden sökerek temel üretim mekanları olarak seçtiği kentlere doldurmuştur. O günden bu yana hızlı, çarpık kentleşme ve beraberinde getirdiği sorunlar tartışma gündemindedir.

Ülkemizde de modernleşme ve batı ile entegrasyon ile birlikte 50'li yıllar ile birlikte başlayan ve 70'li yıllarda doruğa çıkan kırdan kente kitlesel göçler yaşanmıştır. Kente gelenler şehrin varoşlarında yaşam mücadelesi verirken beraberinde pek çok sosyal tartışma başlamıştır. Gece kondular da sürdürülen yaşam aynı zamanda sağlık hizmeti gereksinimi de arttırmıştır. Bununla birlikte modern kentler ve buna uygun sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunumu ise sürekli değişen bir ihtiyaç olarak durmaktadır.

1961 yılında önce kırsalda başlayan sağlık hizmetlerinde Sosyalleştirme dönemin oldukça ilerisinde ve halen dünyanın pek çok ülkesine örnek oluşturan özgün bir yaklaşımdı. Önüne konan türlü siyasi engellemelere ve ayak sürümelere karşın ülke halkı sosyalizasyona sahip çıkmıştır. Sağlık ocakları kamu yatırımlarının tümüyle dışında tutulmuş olmasına rağmen kentsel bölgede de halkın sağlık hizmetine en kolay eriştiği mekanlar olmuştur. Günümüzde ise aile hekimliği kandırmacası altında üstelikte sağlık ocaklarının en örgütlü oldukları illerde tabelaları indiriliyor. Hiçbir bilimsel gerekçesi olmayan tümüyle “ideolojik” bir yaklaşımla, sağlık hizmetlerinin piyasaya devri amacı doğrultusunda kapatılıyor sağlık ocakları. Yerine konan aile hekimliği ise kentsel alan dahil hiçbir sağlık sorununu çözmeyen ve son düzenlemelerle uygulanamayacağı artık Hükümet tarafından da anlaşılmış olan bir model.

Sağlığı sadece sağlık hizmetlerine ulaşım olarak görmeyen, toplumsal, ruhsal, sosyal tam bir iyilik hali olarak tarif edersek, kentlerde sağlığın ve sağlık hizmetlerinin durumunun bir çalışma ile Türkiye'nin önüne konulması ancak TTB gibi çok büyük birikimi olan bir örgütün önüne iş olarak koyabileceği bir konudur. Son dönemlerde uygulanan sağlık politikalarının kentsel alanda sağlık kavramına olan negatif dönüştürücü etkisi kuşkusuz böylesi bir çalışmanın ihmal edemeyeceği başlıklardan biriydi. Bu değerli çalışmanın gerçekleşmesinde katkısı olan Feride Aksu, Muzaffer Eskiocak, Şevkat Bahar Özvarış, Işıl Ergin, Hatice Giray, Hakan Tüzün, Aslı Davas, Evin Aras, Cavit Işık Yavuz, Eriş Bilaloğlu, Nilay Etiler, Mehmet Zencir, TTB-HSK üyeleri ve tüm atölye katılımcılarına teşekkürü borç biliyoruz.

Türkiye'nin 1960'lı yıllarda başlattığı sağlık hizmetlerinde insanı merkeze koyan yaklaşımın yerine 1980 sonrası konulmaya çalışılan piyasa merkezli yönelim etrafında kuşkusuz kentlerde sağlık hizmetleri sorunlarının tümüne birden yanıt üretilemez. Sorunun esas nedeni insanı bir maliyet unsuru olarak gören anlayıştır. Sağlık toplumsal bir olgu olduğuna göre bu alanda yaşanan sorunların nihai çözümü de ancak üretimin olduğu kadar üretim araçlarının ve ortaya çıkan ürünün tümünün toplumsallaşması ile olabilecektir. Bu çalışmanın TTB olarak uzun süredir içerisinde olduğumuz “Sağlık Hakkı” mücadelesine böylesi bir perspektif ile sunulmuş çok özel bir katkı olduğunu düşünüyoruz.

**TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ  
MERKEZ KONSEYİ**



## ÖNSÖZ

**G**erek gereksinimler, gerekse sosyo-ekonomik gelişmişlikler açısından kentler çok farklılık göstermektedir. Metropol dışındaki kentlerde gelir düzeyi çok düşüktür, ancak gelir dağılımı daha iyidir yani yoksullukta eşitlik sağlanmıştır. Bununla birlikte metropollerde gelir düzeyi daha yüksek, gelir dağılımı oldukça kötüdür. Metropollerde zenginlikte kutuplaşmalar söz konusudur. Bir yanda yoksul kentler, bir yanda yoksul çoğunlukları içeren metropoller.

Sağlık ve sağlık hizmetleri sosyo-ekonomik-kültürel çevre ile birlikte değerlendirilmelidir, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi tek başına ele alındığında bulunacak her çözüm, başarısız kalmaya mahkumdur. Yoksulluk ve derin eşitsizliklerin yaşandığı toplumda, sağlık hizmetlerinin gücü sosyal eşitsizliklerin acılarını sarmaya yetmeyecektir. Nitekim eşitsizliklerin en yoğun olduğu kırsalda yürütülen sağlık hizmetleri ile sağlık düzeyinde önemli başarılar elde edilmediği görünmektedir. Kırsalda her açıdan sağlık göstergeleri kabul edilemez şekilde kötüdür. Gerek sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik gerekse temel yaşam gereksinimlere ulaşılabilirlik oldukça kötüdür. Sağlık kurumlarının ve sağlık çalışanlarının sayısı oldukça yetersizdir.

Yoksul kırsalın, kente göçen yoksulları kentin “ucuz iş gücü” olarak tanımlanan emekçi kesimleridir. Bu en yoksul kent emekçilerini, kırsalda olduğu gibi kentte de temel yaşam gereksinimlerine ve sağlık hizmetlerine ulaşmada aynı sorunlar beklemektedir. Yoksulluktan kaynaklanan sağlık sorunları kentte daha da katmerleşmiş, sağlık hizmetlerinden yararlanma şansları daha da düşmüş, eşitsizlikler derinleşmiştir.

Demografik dönüşüm sadece kentlerdeki mutlu azınlıkların etkilememiş, kentlerde çoğunluğu oluşturan emekçi kesimleri de etkilemiştir. Tarihsel olarak gelişen bilimsel ve sosyo-ekonomik gelişmeler nedeniyle ölümler azalmış, ancak yaşam bu insanlar için daha da çekilmez hal almıştır. Çözülmemiş bulaşıcı hastalıklar, beslenme bozuklukları, kötü yaşam ve çalışma koşullarının yol açtığı bir çok sağlık sorununun yanında, nüfusun yaşlanmasının getirdiği kronik hastalıklar bu grupları da etkilemiştir. Ertelenmiş/karşılanmamış sağlık talepleri nedeniyle kronik hastalıklar emekçi kesimler için daha da katmerleşmiş bir durum almıştır.

Bir yandan kentlerimiz eşitsiz bir şekilde gelişirken sağlık hizmetleri alanında eşi görülme-



miş bir özelleştirme programı yürütülmektedir. Sağlığı kamusal bir hak olmaktan çıkartan, devletin sorumluluğunu yurttaşına aktaran ve sağlık alanını tamamen meta karakterine bü-ründüren bir piyasanın geliştirilmesi girişimleri yaşama geçirilmektedir. Sağlık alanında yapılmak istenenler ile kentlerdeki eşitsiz gelişim aynı politik aktörler ve aynı amaçlarla yapılmaktadır. İnsanı merkez alan politikalar yerine parayı merkez alan politikalar tercih edilmektedir.

Tamamen piyasaya terkedilmiş bir dünyada sağlıkta daha eşitlikçi, daha toplumsal olan, para kazanmayı hedeflemeyen bir sistemi kurmak ve yaşatmak mümkün değildir. Bu nedenle sağlık hizmetlerini geliştirmeyi hedefleyen her girişim mutlaka bütünlüklü bir programın parçası olmalıdır. Eşitlikçi, sömürü ve ayırımın olmadığı bir emek programı içerisinde sağlık alanında yapılan girişimler de başarı şansı yakalayacaktır. Bu nedenle aşağıda belirtilen kentlerde sağlık hizmetlerini geliştirmeye yönelik çözüm önerilerine bu perspektifte bakılmalıdır. Yine unutulmamalıdır ki, bu etkinlik kırsalda sağlık hizmetleri ve sağlığın daha kötü durumda olduğu gerçeğini göz ardı etmeyerek planlanmıştır. Gerek bakış açısı gerekse çözüm önerileri kırsalda sürdürülen sağlık hizmetleri için de geçerlidir.

## **TTB HALK SAĞLIĞI KOLU**

## GEREÇ VE YÖNTEM

Bu atölye çalışmasının temel amacı, kentlerde sağlık örgütlenmesi ve hizmet sunumunu 224 sayılı Yasa'nın ilkeleri ve temel kurgusu doğrultusunda geliştirerek günümüzün gereksinimlerine yanıt verebilecek bir model oluşumuna katkı sunmaktır. Atölye çalışmasının kurgusu TTB Halk Sağlığı Kolu tarafından kolektif olarak yapılmıştır.

Çalışma, konuyu iki boyutta ele almayı hedeflemiştir:

- 1- Sağlık alanı ile ilişkili, dolayısıyla toplum sağlığı alanını etkileyen diğer sektörlerin kentlerde sunulan sağlık hizmetine katkısı,
- 2- Sağlık hizmetleri başlığı altında olan birinci basamak sağlık hizmetlerinin okul sağlığı, işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri ile entegre olarak sunumu.

Çalışma, temel tartışma alanları doğrultusunda belirlenmiş üç grup ile yürütülmüştür. Grupların tartışma konuları şunlardır:

Grup 1: Sağlık hizmetlerinin entegrasyonu ve multisektöriyel yaklaşımın tartışıldığı ve bir model kurgusunun ana hatlarının oluşturulması.

Grup 2: Sosyalleştirme Yasa'sının uygulanması sırasında kentlerde yaşanan sorunlar / tikanıklar ve bu sorunlara çözüm önerilerinin tartışılması.

Grup 3: Aile hekimliği sisteminin Türkiye için neden uygun bir model olmadığını sağlık alanında çalışanlar ve sosyal bilimcilerin katkısı ile tartışılması ve genel-ilkese karşı çıkışı alana özgü ayrıntılarla güçlendirilmesi.

Etkinlikte tartışmanın yürütüleceği bu üç başlık belirlendikten sonra, her grupta "yanıt aranan sorular" listesi çıkarılmıştır (Ek-1). Daha sonraki aşamada bu sorulara yanıt üretebilmek için yapılacak tartışmalara katkısı olabilecek kişilerin listesi çıkarılmıştır. Etkinlik öncesi katılımcılara gönderilen davet mektubunda atölye çalışmasının amacı ve tartışılmak istenen konu başlıklarına yer verilmiştir (Ek-2). Katılımcılara kendi alanları ile ilgili sorular iletilmiş, olanaklı ise yazılı yanıt vermeleri istenmiştir. Bir yandan kentlerde sağlık hizmetleri konusunda bugüne kadar yapılmış çalışmalar ve belgeler arşivlenmiştir. Bu belge arşivi katılımcıların ulaşabilecekleri biçimde "Kentlerde Sağlık Hizmetleri" başlığı adı altında TTB web sayfasında sunulmuştur.

13-14 Ocak 2007 tarihinde gerçekleştirilen atölye çalışmasına, sağlık ve diğer alanlardan pek çok meslek grubu katılmıştır. Sağlık meslek grubu olarak katılanlar; üniversitelerde veya alanda görev yapan hekimler (pratisyen hekim, aile hekimi, halk sağlığı uzmanı, psikiyatrist, işyeri hekimi, diş hekimi vb), hemşireler (sağlık ocağı hemşiresi, halk sağlığı hemşiresi), ebeler tıbbi etik ve deontologtur. Sağlık meslek gruplarının yanında sosyoloji, demografi, kent planlaması, kamu yönetimi, siyaset bilimi gibi sosyal bilim alanlarından, ayrıca yerel yönetimler, Hasta Hakları Derneği, SES (Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası) katılım da sağlanmıştır.

İki gün süren atölye çalışmasında ilk olarak tüm katılımcıların izlediği iki sunum yapılmıştır. İlki Bülent Tanık (TMMOB, Kent Planlamacı) tarafından "Türkiye'de Kentler" konulu bir konferans; diğeri ise Dr. Hatice Giray (TTB Halk Sağlığı Kolu) tarafından bugüne kadar konu ile ilgili yapılan çalışmaların özetlendiği "Kentlerde Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi Konusunda Birikimimiz: Yapılmış Çalışmalar" başlıklı sunumdur. İlk günün ikinci ve ertesi günün ilk yarısında yapılan atölye çalışmalarında, her grup kendi konuları ile tartışma yürütmüştür. Her grupta belirlenen iki raportör, atölye çalışmasındaki tartışmaları kayıt etmiştir. İkinci gün tüm grupların katılımcılarının bir arada olduğu son oturumda, her grup kendi raporunu sunarak bunun üzerinden bir tartışma yürütülmüştür.

Bu rapor, atölye çalışmasından elde edilen grup raporları, son oturumda yürütülen tartışma, katılımcıların yazılı görüşleri ve daha önceki TTB birikiminden de yararlanarak TTB-HSK sorumluluğunda; grup moderatörleri, raportörleri, TTB-HSK kol üyeleri ve TTB aktivistlerinin desteği ile hazırlanmıştır.

---

## I.BÖLÜM: KENTLER, SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ

### Sağlığın ve sağlık hizmetinin ekonomi-politiği

Genel bir kabul olarak belli başlıklarda iyilik hali olarak tanımlanan sağlık kavramı, sağlıklı olmanın nasıl değerlendirileceğine ilişkin bir çerçeve oluşturmaktadır. Aslında bu tanımlamanın, sağlık kavramından çok “sağlıksız” olmayı ya da sağlıklı ol(a)mamayı açıkladığını söylemek yanlış olmaz. Bunun nedeni, “tam iyilik” halinin bozulmasının sağlıklı olmama olarak tanımlanmasının, sözü edilen iyilik halinin varlığı ile eşdeğer sağlık tanımından daha kolay olmasıdır.

Sağlığın tanımında yer alan sözcükler üzerinden bir tartışma yapmak yerine sağlığın ekonomi politiğinden hareketle sağlık kavramına bakmak bize daha zengin bir alan sunar. Bireylerin sağlıklı olması, toplumun devamlılığı ve gelişimi için şarttır. Toplumsal yapının üretim ve bölüşüm ilişkileri, sağlıklı olmanın hem biçim hem de içeriğini, sağlıklı olmak için gerekenleri belirleyen, sağlıksız duruma düşme durumunda yapılacakların saptanması, organize edilmesi ve sunumunu etkileyen ana unsurdur. Bu noktadan hareketle sağlık ve sağlık hizmetlerini irdelerken üretim ilişkilerini göz ardı etmek eksiklik hatta bir yanılgıdır diyebiliriz, kimi zaman bilerek kimi zaman istemeyerek yapılan.

Kapitalist üretim ilişkileri bugün için sağlık ve sağlık hizmeti kavramlarını etkileyen temel üretim biçimidir. Kapitalizmde, sermaye belli bir sınıfın özel mülkiyetindedir ve üretim meta karakteri taşır. Karın artırılması bu sistemi güdüleyen en temel özelliktir. Bu amaçla üretimin düşük maliyetle yapılması şarttır. Üretim maliyetleri içerisinde çalışanların ücretleri de yer alır. Emek gücü kapitalist üretim biçiminde metalaşmıştır. Diğer metallerden farkı, onun ölçüm biriminin kilogram, metre, litre vb. birimler yerine saat olmasıdır. Ayrıca metallerin bedeli “fiyat” olarak anılırken emeğin fiyatı özel olarak “ücret” olarak adlandırılır. Emek gücünün fiyatı olan ücret ile emek sahipleri ihtiyaçlarını karşılamak diğer bir deyişle yaşamak durumundadırlar. Tıpkı üretim için hammaddelerin sürekli sağlanması gerektiği gibi emek gücünün de hergün –durmaksızın ve aksatılmaksızın- işbaşı yapması gerekir. Tıpkı makinelerin her gün her saat çalışma gerekliliği gibi. Bu nedenle emek gücünün ertesi günü işbaşı yapabilmesi için gerekli her şey onun fiyatının yani ücretinin içinde yer alır, barınma, beslenme, sosyal gereksinimler vb. Bu noktada sağlık, emek gücü sahibinin ertesi gün işbaşı yapması ve işbaşındayken de üretken çalışması için gereken bir koşul olarak karşımıza çıkar. İşçinin sağlıklı olması onun üretimi kapasitesinin tamamlayıcısıdır. Sağlıklı olabilmek için gerekenler de ücretinin içinde yer alır ve ücretin bu kısmı sosyal ücret olarak adlandırılır.<sup>1,2</sup>

**Kapitalist üretim yapısının gereksindiği emek gücünün niteliği sağlık hizmetinin kapsamını ve sunumunu belirler. Diğer bir deyişle üretimin verimliliğine ve karın artırılmasına katkı yapacak bir sağlık kavramı ve sağlık hizmeti anlayışı vardır.** Kapsam ve sunumun asgari düzeyde olması yeterlidir, bu asgari düzeyde tarihsel olarak değişimler göstermektedir. Bu “asgari” düzeyde sağlık hizmetleri acil sağlık hizmetleri, ayaktan tedavi edici sağlık hizmetleri, kişiye yönelik sağlık hizmetleri olarak özetlenebilir. Günümüzde tersine bir eğilim olsa da asgari düzeydeki sağlık hizmetleri çoğunlukla gerek finansman gerekse hizmet sunumu açısından devlet tarafından üstlenilmiş ve yerine getirilmiştir. Kapitalist üretim yapısının ihtiyaç duyduğu emek niteliği değişim gösterdiği ya da kapitalist üretim biçimini etkileyen dinamikler var olduğu sürece (teknolojik değişimler, krizler, kar oranlarının

düşüşü vb.) sağlık ve sağlık hizmetleri de buna paralel olarak değişecektir<sup>2</sup>.

Yukarıda genel hatları ile çizilmeye çalışılan çerçevede, sağlığın resmi tanımı içindeki iyilik hali, kapitalist üretim ilişkisinde düşük ücretle verimli üretim yapacak, ertesi gün ve daha ertesi günler işbaşı yaparak verimliliğini devamlı kılacak emek gücünün sağlanması olarak okunmalıdır. Bu iyilik hali kapitalistler için emek sömürsünün sürdürülmesi ve kar için zorunluluktur.

Emek gücü niteliği ekseninde gereken sağlıklı bireyleri ve toplumu –gerektiği ve kapitalizmin ihtiyaç duyduğu kadar- sağlayabilmek amacıyla sağlık hizmetleri belirli bir organizasyonel yapı içerisinde örgütlenir. Bu yapıda bir çok bileşen yer alır. Bizim burada “kentlerde sağlık hizmetleri” başlığı kapsamında üzerinde duracağımız bileşenlerden ikisi sağlık hizmetlerinin finansmanı ve hizmetin sunumu başlıklarıdır. Sağlık hizmetleri finansmanında vergiler, sigorta primleri ve cepten ödemeler ana kaynakları oluşturur.

Kentlerde sağlık hizmetleri tartışmalarını yürütürken yapılacak önemli bir saptama, kapitalist toplumsal yapı ve üretim ilişkileri içerisinde sağlığın ve sağlık hizmetlerinin kapitalizmin gereksinimleri doğrultusunda şekillendirildiğidir. Bu açıdan da nitelikli emek gücüne gereksinimin fazla olduğu kentlerde sağlık hizmetlerinin örgütleniş biçimi ve hizmet sunumunun kalitesi diğer yerlere göre farklılıklar gösterecektir. Bu perspektifle bakmak, gerek sağlık hizmetlerini gerekse kentleşme dinamiklerini etkileyen süreçler birleştğinde, kentsel alanda sağlık örgütlenmesi ve sağlık hizmetleri tartışmalarına bütünsel bakmayı ve sorunları bütünsellikle irdeleyerek yanıtlar bulmayı kolaylaştıran bir yaklaşım olacaktır.

Gerek sağlık hizmetlerinin finansmanını gerekse de sosyal güvenlik kavramını incelerken, yukarıda değindiğimiz ücretin “sosyal ücret” kısmına biraz daha yakından bakmak gerekir. Ücretin sosyal kısmı, doğrudan doğruya ücretin içine yedirilmiş olabilir ki bu durumda ya sigorta prim kesintileri ya da cepten ödemeler yoluyla emek gücü sahibi ihtiyaçlarını karşılar. Bir diğer yol, ücretten ayrı olarak emek gücünü çalıştıranlar tarafından ödenmesidir ki patron ödentileri (patron tarafından ödenen sigorta primi gibi) bu başlığa girer. Üçüncü mekanizma ise devletin genel bütçeden vergiler aracılığı ile ücretin sosyal bileşenini karşılamasıdır ki burada da vergilerin ağırlıklı olarak kimden toplandığı, adil bir vergi toplama sistemi olup olmadığı önem kazanır, buna göre ilk iki başlıktan biriyle yakından ilintili olur<sup>2</sup>. Böylece sağlık hizmetlerinin ve sosyal güvenliğin finansmanındaki dengenin de ana belirleyicisinin kapitalizmin dinamikleri olduğunu rahatlıkla söyleyebiliriz. Bu dengenin devletin sorumluluğu çoğaltılarak toplumsal bir mutabakat halini aldığı sosyal devlet, ikinci paylaşım savaşı sonrasında önem kazanmıştır. Ancak bu mutabakat 1970’li yıllarda başlayan kapitalizmin kriz dalgası ile bozulmuş ve sosyal devlet unutulmuş ve sağlık hizmetleri hızla meta karakteri kazanmaya başlamıştır. Kar oranlarının düşüşü ile karakterize bu dönemde hem sosyal alanlara kaynak aktarımı sınırlanmış ve azaltılmış hem de sağlık ve eğitim gibi alanlar yeni sermaye birikim ve kar alanları olarak belirlenmiştir. Dolayısıyla ücretin sosyal kısmının ikinci ve üçüncü kısımları katkı sunmak istememekte, doğacak ihtiyacı çalışana havale etmektedirler. Sağlıkta kamunun elinde olan hizmet sunumu özelleştirme uygulamaları ile piyasa aktörlerine açılmıştır.

Sağlıkta özelleştirme uygulamaları geniş bir alan içerir. Kapitalizmin yeni liberal anlayışı kamu hizmetlerinin piyasa dengelerini bozan verimsizlik kaynağı hizmetler olduğunu savunarak özel sektörün çeşitli kamusal hizmet alanlarına katılım mekanizmalarını tariflemektedir. Sağlık alanında özelleştirme, kamunun sahipliğindeki yapıların biçim değiştirmeleri, hizmet içeriğinin değişimi, devletin özel sektörü doğrudan desteklemesi ya da hizmet sunumunda özel sektör katılım mekanizmalarının yerleştirilmesi gibi bir çok mekanizma ile gerçekleşir. Belediye hizmetleri örneğinde olduğu gibi bu mekanizmalar piyasa kurallarına uygun olarak özel sektör katılımını esas alır. Devletin doğrudan desteği ile (kredi, teşvik, devir) aktif, finansman ve hizmet üretiminden çekilmesi ile özel sektörün alan bulması ile pasif özelleştirmeden söz edilebilir<sup>3,4</sup>.

## DEĞİŞEN ÜLKE DEĞİŞEN KENTLER

### Kentleşme:

Kentin tarihçesi, beş bin yılı aşkın bir süreyi kapsamakla beraber toplumsal düzeyde kent ve kentleşmeye baktığımızda bu tarihten itibaren 19.yüzyılı görürüz. Sanayi devrimi ile birlikte hızlanan kapitalizmin gelişimi kentlerin oluşumunda belirleyici olmuştur. Sanayi devrimi süreciyle birlikte sanayi temelli üretimin kentlerde yoğunlaşması ve kırsal alanda mülkiyet ilişkilerinin çözülmesi, çoğalan fabrikalarda yoğun emek gücü gereksinimi kentlere kitle-sel göçü başlatan en önemli faktör olarak belirmiştir. Giderek kentler üretimin, hizmetlerin ve karar mekanizmalarının merkezleri haline gelmiştir.<sup>5</sup> Dolayısıyla kentleşme bir nüfus hareketi olmasının ötesinde sosyal, kültürel ve yaşamsal özellikler taşır. Kent kapitalist ilişkilerin kurucu öğelerindedir. Emek gücünün yeniden üretimini sağlayan mekan, kurum ve hizmetler sağlar ve sunar. Bu yeniden üretim eğitim, sağlık, ulaşım, barınma vb. işçinin ertesi gün işbaşı yapabilmesine olanak sağlayan bir çok düzenlemeyi, kuralları, ilişkileri içerir. Bu yönüyle kent dinamik bir yeniden üretim mekanıdır.

Kapitalizmin süreç içerisindeki değişimleri, özellikle 20. yy.’da kentleri geçmişte olmadığı

kadar etkilemiştir. Bu değişimleri körükleyen faktörlerin başında kapitalist üretimin ihtiyaçları ve kentleri mekansal olarak metalaştırmayı keşfetmesi gelmektedir. Bu keşif aynı zamanda kapitalizmin doğasında varolan krizlerinden çıkış yollarından biri olma işlevi de görmüştür. Özellikle ikinci paylaşım savaşı sonrası kentleşme dinamikleri bu işlevi yerine getiren bir manzara ortaya koymaktadır. Bu açıdan değerlendirildiğinde yetmişli yılların sonuna kadar emeğin yeniden üretim işlevinin kentleşme dinamiklerini etkilediği seksen ve sonrasında ise metalaşan ve yeni sermaye birikimine hizmet eden işlevin ön planda olduğu izlenmektedir<sup>7</sup>. Anılan ikinci dönem, sağlığın ve sağlık hizmetlerinin de metalaştığı ve yeni liberal politikalar ile şekillendirildiği ortak bir süreci de tariflemektedir.

Az gelişmiş ülkelerde, sermaye birikiminin yetersizliğinin getirdiği sınırlama, gelişmeci devleti kentsel alanlara yapılan yatırımları olabildiğince sınırlamaya itmiştir. Kaynakların öncelikli olarak sanayileşmeye yönlendirilmesi, kentsel altyapı ve birlikte tüketime ayrılan kaynakların oldukça sınırlı kalmasına yol açmıştır. Ancak paradoksal bir durum olarak aynı dönem, bu ülkelerde kentlerin kırsal kökenli göçü en yoğun yaşadığı dönem olmuştur. Bunun anlamı, kentsel alt yapı ve hizmetler konusunda yoğun bir talebin oluşmasıdır. Kentleşme sürecinde ortaya çıkan talepler karşılanmayarak, bu sürecin gerektirdiği çözümlerin bulunması yerel toplulukların inisiyatifine bırakılmıştır. Gecekondu, enformel sektör ve benzeri türden oluşumlar, bu tür bir yerel topluluk temelli çözümler olarak ortaya çıkmıştır.<sup>6</sup>

Kapitalist modernleşme sürecini genellikle dışsal dinamiklerin etkisiyle yaşayan az gelişmiş ülkelerde, gelişmiş ülkelerin 150 yıllık bir sürede yaşadıkları dönüşümleri, ikinci dünya savaşıyla/sonrası birkaç on yılda yaşanmıştır. Toplumun bu hızlı değişim sürecine ayak uydurması kolay olmamış, zaten kıt olan kaynaklar hızlı kentleşme sürecinin yarattığı sorunlara ayrılamamıştır. Sonuçta da en temel göstergelerini gecekondulaşma, kırdan göç eden kitlelerin kentlerde yeterli iş bulamamaları gibi sorunlarda bulabileceğimiz bir dizi “çarpıklık” az gelişmiş kentleşmenin temel özellikleri arasında yer almıştır.<sup>5</sup>

Neo-liberal politikaların ve küreselleşme sürecinin gerek gelişmiş gerekse de az gelişmiş kentler üzerindeki etkisi dramatiktir. Bu çerçevede kentlerde devletin üstlendiği rollerde de benzer dramatiklikte değişiklikler olmuştur. Devletin kentsel alana müdahalesine ilişkin olarak iki temel politika değişikliğinin ön plana çıktığı gözlenmektedir. Birinci değişim kentsel hizmetlerin sağlanmasından devletin hızla çekilmesidir. Eğitim, sağlık, ulaşım ve benzeri türden hizmetlerin sağlanmasından devlet dereceli olarak çekilirken, çekilmediği alanlarda da hizmetin sağlanmasını ihale ve benzeri yöntemlerle özel sektöre bırakmıştır. Bu yönelim bir anlamda refah devletinin çözülüşünün kentsel düzlemdeki yansımasıdır. Benzer biçimde yerel devlet özellikle çalışan kesimlere yönelik kira ve işsizlik yardımı gibi uygulamalardan da dereceli olarak uzaklaşmıştır. Kent mekânına ilişkin düzenlemelerde de giderek gevşektirilmiş, planlama kurumları güçlerini önemli ölçüde yitirmiştir.<sup>6</sup>

1980 sonrası dönem hem gelişmiş ülkelerde hem de az gelişmiş ülkelerde, kentler hızlı dönüşüme şahit olmuştur. Bu dönüşümün en önemli özelliği emeğin yeniden üretiminin önceliğini yitirmesi, buna karşın sermayenin desteklenmesine yönelik politikaların ön plana çıkması olmuştur. Bu süreç içinde kentlerin yönetimi de sınırları belli olan yerel devletin sorumluluğunun dışına taşarak, sermayenin de içinde aktif biçimde yer aldığı koalisyonların sorumluluğuna girmeye başlamıştır.<sup>6</sup>

Sermayenin kentlere olan ilgisindeki artış kentlerin yapılanmasını ve bu çerçevede oluşan ilişkileri dramatik bir biçimde değiştirmeye başlamıştır. Bu değişimin en çarpıcı boyutu kentsel kutuplaşmanın daha önce görülmedik düzeylere ulaşmasıdır. Sermaye kendi mantığına uygun bir biçimde kentleri dönüştürürken, kentsel çelişkileri de derinleştirmeye baş-

lamıştır. Üst ve orta gelir grupları kentlerin içinde ve dışında kendi yaşam biçimine uygun mekânlar yaratmaya yönelip, kendisini kentin çalışan sınıflarından soyutlarken, emekçilerin yaşadığı alanlarda hem sosyal hem de mekânsal anlamda yoksullaşma sürecini derin biçimde yaşamaya başlamıştır. Diğer bir anlatımla, kentler, birbirinden hem sosyal hem de mekânsal anlamda kopmuş, zengin ve yoksul gettolarının yoğunlaşmasına sahne olmaya başlamıştır.<sup>6</sup>

Bu tür bir gettolaşma sürecinin en belirleyici öğelerinden birisi üst gelir gruplarının daha önce yaşamayı tercih ettikleri kentin merkezi alanlarını terk ederek, kentin dış çeperlerine yönelmeleri olmuştur. 1990'lı yıllar kentlerin dışında oluşan korunaklı zengin konut sitelerinin oluşumuna şahit olurken, bu gelişmeye paralel bir başka gelişme de, kent merkezlerinin içinin boşaltılması olmuştur. Daha önceki dönemlerde belli bir sınıfsal ayrışma çerçevesinde de olsa, kentin ticari ve idari merkezlerinin kent içinde yerleşmesi, konut düzeyindeki farklılaşmalara rağmen, kentleri bir arada tutma işlevini yerine getirmiştir. Alışveriş merkezleri ve diğer kent merkezi işlevleri giderek artan biçimde, kentlerin merkezlerini terk ederek, kentin dışında alanlara yönelmişler, çoğu durumda yeni merkez odakları, aynı süreç içinde kentin dışında oluşan konut alanları içinde ya da etrafında yerleşmeye başlamıştır.<sup>6</sup>

Kentlerin varsılları kentleri terkedip içini boşaltırken, mevcut kent dokuları içinde kalan iki kesimden söz edilebilir. Bunlardan birincisi gecekondu alanlarında yaşayan emekçi kesimlerdir. İkinci kesim ise, son dönemde yaşanan dönüşümden görece dışlanan geleneksel orta sınıftır. Bu kesimler içinde de son dönemde dikkate değer bir yoksullaşma süreci yaşamaya başlanmış, daha önceki dönemden farklı olarak, kent yoksulluğu gecekonducularla özdeşleşen bir olgu olmaktan çıkıp, bu kesimlerin yaşadığı apartman alanlarını da içeren bir nitelik kazanmıştır.<sup>6</sup>

Sözünü ettiğimiz kutuplaşma, bir yanda kentlerde yeni varsıllar olarak niteliyebileceğimiz bir kesimin varlığı ile tanımlanırken, diğer yanda giderek artan ve geleneksel orta sınıfı da içine çeken bir yoksullaşmaya da işaret etmektedir. Son kriz ve bu kutuplaşmayı daha da uç noktalara itmiştir. İşten çıkartmalar, ücret düzeylerindeki düşüş, işyeri kapanmaları, eğitim, sağlık ve benzeri alanlarda devlet tarafından sağlanan ve dolaylı ücret anlamına gelen hizmet sunumlarından yapılan kesintiler çalışan sınıfların yaşamını daha önceki dönemlerle karşılaştırılamayacak oranda olumsuz olarak etkilemeye başlamıştır.<sup>6</sup>

### **Kentleşme Dinamikleri: Sağlığa/sağlık hizmetlerine etkisi**

Türkiye'de hızlı kentleşme olgusu, 1950-60 yılları arasında Birinci Göç Dalgası olarak adlandırılan dönemde başlamıştır. Bu göç dalgasının iki temel nedeni olarak tarımsal üretimdeki değişimler ve demografik dönüşüm, kırdan kente "itilme"ye neden olmuştur. Bu dönemde göç edenler daha çok bekar erkeklerdir ve göç etmelerinin temel nedeni ailelerini daha üst statüye taşımaktır. Dolayısıyla göç edenler en yoksul gruplar değildir. Diğer bir özellik ise, göç edenlerin il nüfusuna göre oranı çok küçük olduğu için kent nüfusunun temel özelliklerini değiştirmemiştir.<sup>7</sup> 1960'lı yıllardan sonra başlayan 1980'lere kadar süren göç dalgasında ise kentin çekiciliği ön plandadır.. Sanayileşmenin olgunluk kazandığı bir süreç haline geldiği bu dönemde kırsal alandan kentsel sanayi merkezlerine doğru tipik bir işgücü dönemidir. Bu dönemde kadın göçmenlerin sayısının artışı, göç edenlerin bütün olarak göç ettiğini, ailelerin köyde kalanlarının da geldiğini ifade etmektedir. Gelenlerin sayısının çok olması ile bu dönemde gecekondulaşma başlamıştır.<sup>7,8</sup> 1980'li yıllarda meydana gelen üçüncü göç dalgasında daha çok kent-kent göçü gözlenmiştir. Bu göç dalgası sonucunda batıdaki büyük kentlerin nüfuslarında önemli ölçüde artış olmuştur. Bu dönemdeki diğer özellik ise 1984 yılında başlatılan "zorunlu göç" sonucu Doğu ve Güneydoğu Anadolu'nun kırsal bölgesindeki nüfusun yakındaki kentlere akması sonucu, bu bölgelerdeki kentsel nüfusun



yaklaşık %35 artış göstermesidir.<sup>9</sup> Bu zorunlu göç sürecinin 1990'ların kentlerinde silinmez izler bıraktığı ve kent içinde yaşanan gerilimi arttırıcı bir rol oynadığı söylenebilir. Bu göç eden kitle, öncekilerin tersine isteği dışında göç etmek, kırsal kesimdeki tüm mal varlığını bırakmak zorunda kalmış; kente göçerken, önceki evrede yaşanan türde aşamalı bir geçiş süreci yaşamak olanağı kalmamıştır.

Ülkemizde de kentleşme dinamikleri, dönemlere göre farklılıklar içermekle birlikte kırdan kente göç hemen her dönemde yoğun olarak yaşanmıştır. Geçtiğimiz yüzyılın ikinci yarısında ülke nüfusu üç kat artarken kentlerde yaşayan nüfus 9 kat artış göstermiştir, kentsel nüfus artışı yıllık ortalama %4 civarında seyretmiştir. Bu dönemler içinde 1950-55 ve 1980-85 yılları dikkat çekicidir ki artış yıllık olarak sırasıyla %5.8 ve %6.4 olarak gerçekleşmiştir.<sup>5</sup> Dönemsel olarak birbirinden farklı şekillerde gelişen kentleşme dinamikleri sağlık hizmetleri sunumunu da etkilemiştir.

Nüfusun yaklaşık %70'i kentsel alanlarda yaşamaktadır. Kentler, kendi içinde homojen yapılar olmayıp, planlı yerleşim alanları ve kentlerin çeperinde oluşan gecekonduların bulunduğu alanlardan oluşmaktadır. Bunun yanında gecekondular olarak yapılan bölgelerin imara açılması ile tek katlı gecekonduların yıkılıp yerine çok katlı binaların (apartmanların) yapıldığı alanlar bulunmaktadır.

Yaşanan göçler sonucunda gelişme dinamikleri açısından üç farklı bölge oluşmuştur;

1. İstanbul metropoliten alanı ve art yöresi (Kocaeli, Yalova, Bursa ve Tekirdağ)
2. Kıyı bölgeleri (İzmir, Muğla, Antalya, Mersin)
3. Güneydoğu bölgesi (Adıyaman, Şanlıurfa, Hakkari, Şırnak, Van, Batman, Diyarbakır, Malatya, Mardin)<sup>9</sup>

“İstanbul, Ankara ve İzmir’in büyükşehir belediyelerinin sınırları içerisinde 2000 yılında 13 milyon 140 bin kişi yaşarken bu sayı 2007 yılında 16 milyon 830 bini aşacak. Bu nüfus yerleşik olarak üç büyükşehir belediyesinin sınırları içinde yaşayanları, yani Türkiye’nin metropol merkezlerinde yaşayanları gösteriyor. 2000’de ortalama nüfus büyüklüğü 100 olan metropoliten merkezlerin büyüklüğü 128’e erişecek

Türkiye’de İstanbul, Ankara ve İzmir’in dışında 2000 yılında nüfusu 100 bini geçen 51 kent ve bu kentlerde yaşayan 13 milyon 300 bin nüfus var iken 2004’te kent sayısı 57’ye, nüfus ise 17 milyon 700 bine yükselmiştir. Bu kentlerdeki nüfusun 2007’de ulaşacağı büyüklük ise 18 milyon 600 bin olarak tahmin edilmektedir. Bu grupta yer alan kent başına düşen ortalama nüfus yedi yıllık dönemde 260 binden 326 bine yükselmiştir. Diğer bir deyişle ortalama kent büyüklüğü yüzde 25 oranında artış göstermiştir. Büyükşehirlerde ise 2000 yılında belediyelerinin sınırları içerisinde 13 milyon 140 bin kişi yaşarken bu sayının 2007 yılında 16 milyon 830 bini aşacağı beklenmektedir.

Ülkemizde, nüfusu 20 bin ile 100 bin arasında değişen kentlerin, bir başka deyişle kent-kasabaların sayısı 2000 yılında 214 iken 2004 yılında 271’e yükselmiş, bu alanlarda 2000 yılında yaşayan 9 milyon 365 bin kişi sayısının 2007 yılında tam 13 milyon 100 bin kişiye çıkacağı tahmin edilmiştir. Bu yerleşimlerin ortalama nüfus büyüklükleri de 44 binden, 48 bine yükselmektedir, ki bu yedi yıllık dönemde yüzde 9’luk bir ortalama büyüklük artışı ortaya çıktığını göstermektedir.

**Bu görünüm üç farklı Türkiye manzarası ortaya koymaktadır: Metropoller Türkiye, Kentler Türkiye ve Kasabalar Türkiye.** Her üç Türkiye’nin de nüfusu hızla artmaktadır. Bu artışın belli başlı üç nedeninden söz edilebilir: Birincisi köylerden ya da başka kentlerden kalkıp yeni bir kente yönelen göçler. İkincisi doğal nüfus artışı olarak sıralanabilir. Metropol, kent ve kasabaların nüfus artışlarının üçüncü kaynağı ise kentin dışındaki bir beldenin idari tanım değişikliği yoluyla kente dahil edilmesi vb. gibi meydana gelen ciddi idari yapı değişiklikleridir.

Ülkemizde, nüfusu 20 bin kişiden çok olan yerleşim yerlerinde yaşayanların sayısı, yıllık ortalama yüzde 4’ün üzerinde bir hızla artmaktadır. Bu çoğalmanın yanı sıra, sayısal olarak da kasabaların, kentlerin sayısı artmaktadır. Özellikle metropoller hem nüfus olarak ortalama büyüklüklerini, hem de kentsel Türkiye içindeki gelir paylarını arttırmaktadırlar. Metropollerde artış gösteren bir başka şey de, haneler arasındaki gelir eşitsizliği ve dolayısıyla gelir kutuplaşmasıdır. Kasabaların ortalama nüfuslarının büyümesi yaşarken, sayılarının artışı görece olarak hızlıdır. Ekonomik krizde gelir kaybı metropol hanelerinden daha az olmasına karşın kasaba haneleri, 2007 yılında bile 2000 yılı ortalama yıllık kullanılabilir gelir düzeyine erişemeyen bir kesimi oluşturmaktadır. Kasabalar yoksullaşma süreçlerine, giderek eşitlenen bir gelir dağılım yapısını da eklemektedirler. Zenginleşerek eşitsizleşen metropol haneleriyle fakirleşerek eşitlenen kasaba haneleri iki ayrı kutuplaşma ortaya çıkarmaktadır: İlki metropol hanelerinin kendi içindeki, diğeri ise metropollerle kasabalar arasındaki kutuplaşma.<sup>10</sup>

Gerek gereksinimler, gerekse sosyo-ekonomik gelişmişlikler açısından kentler bir çok farklılık göstermektedir. Metropol dışındaki kentlerde gelir düzeyi düşük ancak gelir dağılımı daha iyidir. Yoksullukta eşitlik sağlanmıştır. Bununla birlikte metropollerde gelir düzeyi yüksek, gelir dağılımı oldukça kötüdür. Bir yanda yoksul kentler, bir yanda yoksul çoğunlukları içeren metropoller, karmaşık bir denklem oluşturmuştur.

Bu değişime, derinleşen eşitsizliğe ve yoksullukta buluşmaya birinci basamak sağlık hizmet-

leri de benzer bir eğilimle eşlik etmektedir. Bölgeler ve kırsal/kent arasındaki sağlık hizmetleri varlığı, ulaşılabilirliği, nicelik ve nitelik eşitsizlikleri varlığını sürdürmekte, ek olarak “Yap-boz” tahtasına dönüştürülen sağlık politikaları ve yansımaları ile piyasa ilişkilerine terk edilmektedir.

Böyle bir denklemde birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık hizmetleri tartışmalarında sorunlu alanlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı 2005 yılı istatistiklerine göre toplam 6203 sağlık ocağı bulunmaktadır.<sup>11</sup> Bu rakamın %42’si kentsel alanda yerleşmiştir. Kentsel alandaki sağlık ocaklarının %57.7’si kendi binasındadır. Personel dağılımı açısından incelendiğinde, (Grafik 1), sağlık ocaklarında çalışan toplam hekim, hemşire ve ebe sayılarının %70-75’i kent sağlık ocaklarında çalışmaktadır (sırasıyla % 76.3, 73.5, 71.1). Sağlık memurlarında ise bu oran %63.0 düzeyindedir. Yıllara göre sağlık ocağı sayısındaki artış irdelendiğinde, 2001-2005 yılları arasında en dikkat çekici değişim Marmara Bölgesi’nde izlenmektedir. 2001 ile karşılaştırıldığında Marmara Bölgesi’nde sağlık ocağı sayısı %19 artış göstermiştir. Bu dönemde diğer bölgelerde artış oranı Güney Doğu Anadolu’da %13, Akdeniz’de %8, İç Anadolu’da %7, Karadeniz’de %4, Ege’de %3, Doğu Anadolu’da %1 düzeyindedir. Artışa karşın, sağlık ocağı başına düşen nüfusun en yoğun olduğu bölgeler de Marmara ve G. Doğu’dur (Ek 1).

Böyle bir dönemde ve perspektifle kentlerde birinci basamak sağlık hizmetleri üzerine, sağlık sistemimizin en önemli kazanımı ve zenginliği olan sosyalizasyon ilkeleri ile yeniden düşünmek, üretmek ve uygulamaya geçirmek tarihi bir zorunluluktur. 1961 yılında çıkan Yasa ile yaşama geçme olanağı bulan sosyalizasyon ilkelerinin geliştirmesi, eşitlikçi bir toplum yolunda önemli araçlardan biri olarak görülmelidir.

## TÜRKİYE'DE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNE DAİR BAZI VERİLER<sup>11</sup>

**Tablo 1:** Sağlık Ocaklarının Yerleşim Yeri Özelliklerine Göre Bina Durumlarının Dağılımı, Türkiye, 2005

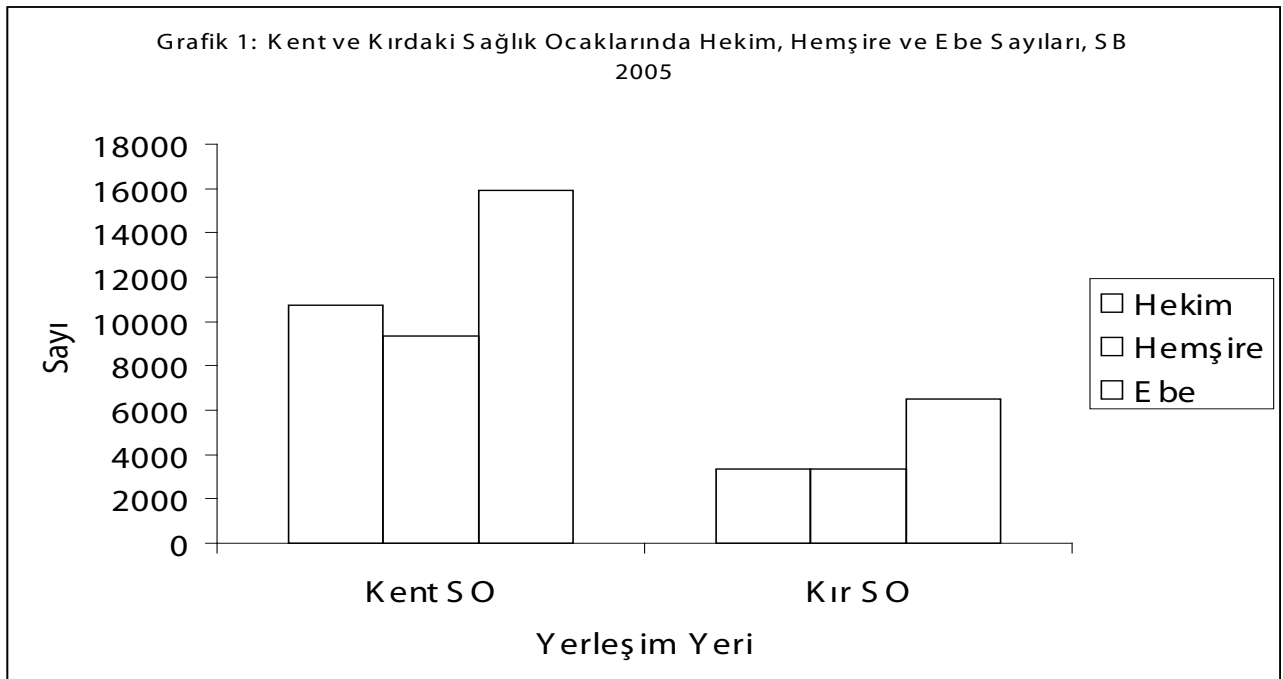
Bina Durumu	Kır		Kent		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kendi binasında	2 707	75.3	1 504	57.7	4 211	67.9
Kamu Binalarında	102	2.8	205	7.9	307	4.9
Kirada	17	0.5	173	6.6	190	3.1
Diğer*	769	21.4	726	27.8	1 495	24.1
<b>Toplam</b>	<b>3 595</b>	<b>58.0</b>	<b>2 608</b>	<b>42.0</b>	<b>6 203</b>	<b>100.0</b>

\* Sağlık evi binası, mahallen temin edilen binalar, geçici süre ile tahsis edilen binalar vb.

**Tablo 2.** Sağlık Ocağı, Hekim ve Ebe Başına Düşen Ortalama Nüfusun Bölgelere Göre Dağılımı, Türkiye, 2005

BÖLGELER	Sağlık Ocağı Başına Düşen Nüfus	Hekim Başına Düşen Ortalama Nüfus	Ebe* Başına Düşen Ortalama Nüfus
Marmara Bölgesi	17.963	7.370	5.542
Ege Bölgesi	9.287	3.181	1.944
Akdeniz Bölgesi	10.787	4.107	2.340
İç Anadolu Bölgesi	10.617	5.020	3.538
Karadeniz Bölgesi	7.790	4.608	2.529
Doğu Anadolu Bölgesi	11.021	6.754	3.374
Güney Doğu Anadolu Bölgesi	15.750	6.756	4.898
<b>TÜRKİYE</b>	<b>11.618</b>	<b>5.115</b>	<b>3.216</b>

\* Ebe sayısı sağlık ocakları ve sağlık evlerinde çalışan ebe sayıları toplamıdır.



Türkiye, sağlıkta eşitsizliklerin yoğun olarak yaşandığı bir ülkedir. Yıllar içerisinde sağlık göstergelerinde iyileşmeler izlense de eşitsizlikler varlığını sürdürmekte, hatta derinleşmektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması(TNSA) verilerinin kullanıldığı eşitsizliğe ilişkin analizlerde bu durum daha da çarpıcı biçimde ortaya çıkmaktadır.

Türkiye’de 1978 yılında bin canlı doğumdan 134’ü birinci doğum gününü göremeden ölürlen, 2003 yılında bu sayı 29’a düşmüştür. Ancak 1978 yılında kentteki bir bebek ölümüne karşılık kırdaki 1.2 bebek ölürlen, 2003 yılında kentteki 1 bebek ölümüne karşılık kırdaki 1.7 bebek birinci doğum gününden önce ölmüştür. Benzer şekilde 1978 yılında Batı’daki bir bebek ölümüne karşılık Doğu’da 1.4 bebek ölürlen, 2003 yılında Batı’daki bir bebek ölümüne karşılık Doğu’da 1.9 bebek ölmüştür. Başka bir açıdan bakıldığında 1978 yılında kırsal sosyoekonomik düzeyi kent düzeyine ulaştırılsa bebek ölümlerinin %11.2’si önlenbilir durumdayken, 2003 yılında aynı koşullar sağlandığında önlenbilir ölümlerin oranı %20.7’ye yükselmiştir. Benzer biçimde ülkenin bütününe sosyoekonomik düzeyi Batı bölgesi düzeyine ulaştırıldığında bebek ölümlerinin 1978 yılında %19.4’ü önlenbilirken, 2003 yılında bu oran %27.6’ya çıkmıştır.

Bir diğer toplumsal sağlık düzeyi göstergesi olarak 0-5 yaş arası çocuklarda yaşa göre boy açısından beslenme bozukluğu değerlendirilebilir. Buna göre 1993 yılında yüz çocuktan 18.90’ında, 2003 yılında da 12.20’sinde beslenme bozukluğu olduğu saptanmıştır. Ancak, 1993 yılında kentteki beslenme bozukluğu olan bir çocuğa karşılık kırdaki 1.7 çocuk varken, 2003 yılında bu oran 2.0’ye yükselmiştir. Durum bölgelere göre değerlendirildiğinde de 1993 yılında Batı’daki her bir beslenme bozukluğu olan çocuğa karşılık, Doğu’da 3.3 çocuk varken, 2003 yılında bu oran 4.1’e yükselmiştir. Diğer bir açıdan değerlendirildiğinde 1993 yılında kırsal sosyoekonomik düzeyi kentin durumuna yükseltile çocuklardaki beslenme bozukluğunun %21.7’si önlenbilirken, 2003 yılında aynı şartlar sağlandığında çocuklardaki önlenbilir beslenme bozukluğu %26.2’ye yükselmiştir. Benzer biçimde ülkenin bütününe sosyoekonomik düzeyi Batı bölgesi düzeyine ulaştırıldığında çocuklardaki beslenme bozukluğunun 1993 yılında %46.0’sı önlenbilirken, 2003 yılında bu oran %54.9’a çıkmıştır.

Hizmetlerle ilgili sağlık göstergelerine bakıldığında da Türkiye’de kırsal-kent ve bölgeler arası eşitsizliklerin derinleştiği görülmektedir: Bir sağlık hizmeti göstergesi olarak 12-23 aylık çocuklardan tam aşılammışların oranı değerlendirilebilir. Bindokuzyüzdoksansekiz yılında 12-23 aylık yüz çocuktan 54.3’ü, 2003 yılında 45.8’i tam aşılmamıştır. Aynı yıllarda sırasıyla kentte tam aşılmayan bir çocuğa karşılık kırdaki 1.3 çocuk ve 1.7 çocuk, Batı’da tam aşılmayan bir çocuğa karşılık Doğu’da 1.6 ve 2.4 çocuk bulunmaktadır. Kırsal sosyoekonomik durumu kentle benzer hale getirildiğinde de 1998 yılında tam aşılmayan yüz çocuktan 11.2’sini, 2003 yılında ise 19.0’unu, eğer bütün ülke Batı’nın sosyoekonomik düzeyine getirilirse tam aşılmayan yüz çocuktan 1998 yılında 24.3’ünü, 2003 yılında ise 41.0’ini önlemek mümkündür.

Bunların yanı sıra ülke genelinde, ebe başına 1997 yılında 2567 kişi düşerken, 2003 yılında 3690 kişiye bir ebe, Marmara Bölgesi’nde 5487, Güney Doğu Anadolu Bölgesi’nde de 7826 kişiye bir ebe düşmektedir. Bu duruma işsiz ebe sayısındaki yıllar itibariyle artış da eşlik etmektedir. Yine ülke genelinde 2000 yılında sağlık ocaklarının %12’sinde(665), 2003 yılında %17’sinde(996) ve 2004 yılında da %22’sinde(1353) hekim bulunmamaktadır. İki bindört yılı için bu orantı Marmara Bölgesinde %12, Doğu Anadolu Bölgesinde ise %38’dir. Köy sağlık evlerinin de 9224’ünde(%79) 2003 yılı itibariyle ebe bulunmamaktadır. Başka bir söyleyişle 2003 Türkiye’sinde onbinden fazla köyde sağlık hizmeti sunulmamaktadır.

Bu eşitsizlik tablosu, SDP'nin özelleştirme eksenli uygulamaları ile daha da derinleşmektedir. Sağlıkta özelleştirme kapsamında kullanılan yatırım teşvikleri, mülkiyet ve kaynakların etkili kullanımının aksine eşitsizliklerin mağdurlar aleyhine derinleşmesine katkı sunmaktadır.

Sağlık hizmetleri mercek altına alındığında ise kamu sağlık hizmetleri açısından bölgelerarası farklar dikkat çekicidir. İnsangücü ve birinci basamak kurumların dağılımında Güneydoğu ve Marmara bölgelerinin farksızlığı tesadüf değildir. Marmara bölgesinden kamu öncelikle çekilerek ülkenin katma değerinin en büyük kısmının üretilmekte olduğu bu illerde özel sektörün önü açılmak istenmektedir. Ülke insanlarının gelir durumu ve sağlıkları için cepten yapabildikleri harcamalar bu bölge dışındaki birkaç il dışında sağlıkta özel sermayeye şans tanımayacak durumda kötüdür. İkinci basamak boyutunda ise Türkiye'de 251 özel hastanenin 245(%98)'i, 12449 özel hasta yatağının 11508(%92)'i 18 ilde bulunmaktadır. Söz konusu 18 il, ülke GSYİH'nin %70'ini alırken, özel hasta yatağı(hastanesi) bulunmayan 41 ilin GSYİH'den aldığı pay %13.5'tir.<sup>12</sup>

## **Kentlerde Sağlık Hizmetleri Tartışmasında İki Yol Gösterici TTB Değeri:**

### **Sağlık Hakkı ve Kamucu Sağlık Sistemi**

Kentlerde Sağlık Hizmetleri atölye çalışmasına yön veren iki temel TTB değeri: SAĞLIK HAKKI ve KAMUCU SAĞLIK SİSTEMİ'dir.

#### **Sağlık Hakkı:**

Bütün Avrupa'yı altüst eden 1848 devrimleri, sağlık da dahil her sorun alanını politikleştirilmiş, bir mücadele alanına dönüştürmüştür. Sosyal, ekonomik ve politik krizler, aynı zamanda fiziksel ve sağlık krizleri olarak yansırken, sağlıklı bir ortamda yaşama talebi, sosyal politik talepler içerisinde yer almaya başlamışlardır. Bununla ilgili olarak, sağlıkla ilgili talepler, politik eylemliliğin bir parçası olmuş, sağlığın da içinde olduğu bir dizi alana ilişkin değişim istekleri ile değişim istekleri ile toplumsal hareketler iç içe geçmiştir. Fransız devrimi ile meşrulaşan hak kavramı içinde, sağlık hakkının yer bulması, bu sosyo-politik değişim hareketlerinin odağını oluşturmuştur.<sup>13</sup>

"Yoksul ve baskı altındaki insanlar, cenneti beklememeli" diyerek sağlığın yaşarken kazabileceğini vurgulayan Rudoff Virchow, "sağlıklı varoluş, yaşam hakkıdır" sözü ile sağlık hakkı kavramını daha belirgin hale getirmiştir. Yine Virchow "iyi bir anayasa, .... Her türlü kuşkuyu giderecek şekilde, bireyin yaşam hakkını beyan etmelidir" sözü ile sağlık hakkını anayasal düzeyde temsiline çalışmıştır.<sup>13</sup>

Emek iktidarının 1917 yılında kurulması ile sağlık hakkı gerçek anlamıyla yaşama geçmiş oldu. Sağlıklı varoluşu elde edilmesine yönelik her alan toplumsal bir anlayışla desteklenmiştir. Sağlıklı olma hali sadece sağlık hizmetleri ile sınırlanmamış, beslenme, kentsel alt yapının düzenlenmesi, temiz çevre, temiz su sağlanması, uygun barınma, beslenme olanaklarının artırılması, emeğin korunması, eğitim olanaklarından tam yararlanım, hastalıkların sosyal nedenlerinin araştırılması ve önlemlerin alınması ve tüm topluma yayılan sağlık hizmetleri ile sağlık hakkı, doğuştan kazanılmış bir hak olarak yaşama geçmiştir.

Bu rüzgar etkisini sürdürmüş, ikinci paylaşım savaşı sonrası sosyalizmin artan prestiji ile sosyal haklar ve sağlık hakkı kapitalist toplumlarda bile işçi sınıfı ile uzlaşmanın bir yolu olarak sosyal devletleri yaratmıştır. İkinci paylaşım savaşı sonrasında Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Bildirge'sinde: "İrk, din, politik inanç, ekonomik ve sosyal durum farkı gözetilmeksizin herkesin, erişilebilecek en yüksek sağlık düzeyine ulaşması temel haklardan

biridir” olarak sağlık hakkı ifade edilmiştir.

Emek mücadelesinin etkisi ile, DSÖ, 1946’da Anayasası’nda sağlığın tanımı “bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak yapmıştır. Ancak neoliberal rüzgarın etkisi ile bu tanım 1981’de “kendilerine sosyal ve ekonomik olarak üretken bir yaşam sürdürmeye olanak sağlayan sağlık düzeyi: 2000 yılında herkes için sağlık” olarak değiştirilmiştir. Bunun anlamı şudur: “Herkes kendi sağlığından sorumludur. Bunun için de üretmek, kazanmak ve ödemek zorundadır”.<sup>14</sup>

Tüm neoliberal saldırılara karşın sağlık hakkı perspektifi, sağlık ve sağlık hizmetleri tartışmasına olumlu katkılar sağlamaya devam etmektedir. Sağlık hakkını tanımlanması, sağlık hizmetine daraltmadan tarihsel olarak ortaya çıktığı bütünlükle ele alınması yol göstericidir. Sağlık hakkı iki temel bileşenden oluşmaktadır. Birincisi “sağlıklı varolma hakkı” ya da “sağlıklı yaşama” hakkı dediğimiz, sağlık hizmetini aşan, daha bütünlüklü bir çerçeve koyan kısımdır. Sağlıklı varolma (yaşama) için gerekenleri tanımlar: iş, gelir, sosyal güvence, barınma, beslenme, insancıl çalışma ortamı, toplumsal yaşama katılma, temsil edilme.... İkinci kısım “sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı” olarak tanımlanabilir. Eşit, ulaşılabilir, tüm nüfusu kapsayan ücretsiz, nitelikli sağlık hizmetinden her yurttaşın yararlanmasını ifade eder.

## Sağlık Hakkı

### Sağlıklı var olma (yaşama) hakkı

- İş (tam istihdam)
- Gelir (insanca yaşama için gerekli)
- Sosyal güvenlik
- Çalışma ortamı (insancıl)
- Kentsel ve kırsal alt yapı
  - Su, atık, ulaşım,
  - gürültüsüz ortam,
  - kültür, sanat gibi.
- Konut
- Eğitim
- Temsiliyet
- Barış
- .....

### Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı

- Eşit,
- Ulaşılabilir,
  - Coğrafi
  - Kültürel
- Tüm nüfusu kapsayan,
- Ücretsiz,
- Nitelikli
- ....

## Kamucu Sağlık Sistemi:

Kamucu bir sağlık sistemini aşağıdaki gerekçelere dayanarak savunuyoruz.

1-)Kaynakların bölgeler arasındaki eşit dağılımını, ancak, kamucu bir sağlık sisteminin merkezi planlı yapısı içerisinde sağlayabiliriz. Nerede daha fazla oranda sağlık hizmetine gereksinim varsa, oraya daha fazla kaynak yönlendirmek kamunun vizyonudur.

2-)Kaynakların, gereksinimi daha fazla olan toplumsal sınıflara ve öncelikli sorunlara yönlendirilmesini de kamucu bir sağlık sistemi ile sağlayabiliriz. Bilindiği gibi kaynakların gereksinimi çok olan gruplara yönlendirilmesini pozitif eşitsizlikçi bir politika olarak adlandırıyor ve bu politikadan sağlıktaki eşitsizlikleri azaltıcı bir etki bekliyoruz.

3-)Sağlık hizmetlerinin koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik olarak, bir başka deyişle sağlığın korunmasını, geliştirilmesini hedefleyecek biçimde örgütlenmesi kamucu bir sağlık sistemi ile olanaklı olabilir. Bunun nedeni kamucu sağlık sisteminin sağlıktan para kazanmayı değil, sağlıktaki gereksinimleri karşılamayı ve toplumsal sağlık sorunlarını çözmeyi hedeflemesidir.

4-)Kamucu bir sağlık sistemi en verimli sağlık sistemidir. Bunun iki nedeni vardır:

a) Kaynakların gereksinimleri dikkate alarak, gereksinimleri en fazla olan toplumsal gruplara, bölgelere yöneltilmesi en fazla sağlık kazancı elde etmenin yoludur. Kısacası ancak böyle bir politika ile eldeki kaynaklarla en fazla oranda toplumsal sağlık çıktısı elde edilebilir. Belli bir miktar parayla en fazla oranda potansiyel yaşam yılı kayıplarını engellemenin (cost effectiveness), sağlıklı yaşam yılı kazanmanın, yeti yitkilerinizi azaltmanın (cost utility) yolu sağlık sistemini kamu eliyle planlı tarzda örgütlemekten geçer.

b) Kamucu sağlık sistemi koruyucu hizmetlere ve sağlığın geliştirilmesine öncelik verdiği için de en verimli politik düzenleme olacaktır. Koruyucu hizmetlerle kişi başına elde edilen sağlıklı yaşam yılı kazancı, bütün tedavi edici yöntemlerle, bütün cerrahi müdahalelerle elde edilen yaşam yılı kazançlarından çok daha fazladır.

5-)Toplumu sağlık hizmetlerinin planlanmasına, üretilmesine, değerlendirilmesine katmanın tek yolu kamucu sağlık sistemidir. Özel sağlık sektörünün amacı kardan, kar dürtüsü ise toplumun sağlık hizmetlerine katılması ile bağdaşmaz. Çünkü kar ile toplumsal gereksinimler birbirine tersdir. Şüphesiz sağlık hizmetlerinin kamucu tarzda örgütlenmesi toplum katılımı için yetmez. Ancak kamucu bir sağlık sistemi olmadan da toplum katılımının gerek koşulları yerine getirilemez.

6-)Sağlık emekçilerinin hakları en iyi kamucu bir sağlık sistemi içinde korunabilir. Özel sağlık sektörü kar amaçlar. Özel sektördeki sağlık emekçilerinin, iş güvencesi, sosyal güvenliği, çalışma saatlerinin kısaltılması, düzenlenmesi ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi yönündeki talep ve hakları ise kar hedefiyle uyumsuz. Çünkü bunların tümü özel sektör açısından bir maliyet faktörüdür. Toplumsal artı değer toplumun değişik katmanları arasında eşitlikçi dağıtımı ancak kamucu bir sistemde olanaklı olabilir. Bir başka deyişle, sağlık emekçileri açısından çalışma koşullarının ve ücret düzeylerinin geliştirilmesinin tek güvencesi eşitlikçi bir kamusal yönetimdir. Eğer birlikte daha fazla oranda artı değer üretebiliyorsak, bunu ortak irademiz ile ortak kullanabilir ve yaşam standardımızı geliştirmeye birlikte karar verebiliriz.

7-)Ancak kamucu bir sağlık sistemi genel toplumsal kalkınmanın motor gücü, en azından en temel bileşenlerinden birisi olabilir. Sağlık sektörünün bu işlevinin özellikle az gelişmiş, geri kalmış, gelişmekte olan, kapitalist sistemin periferinde yer alan ülkeler açısından yaşamsal derecede önemli olduğunu belirtebiliriz. Bu işlev ağırlıklı olarak birinci basamak sağlık kurumları tarafından yerine getirilebilir. Bunun nedeni bir yandan birinci basamak sağlık kurumlarını toplumun en uç noktalarında, üretimin içinde, yaşamın ortasında, sorunların derinlerinde örgütleyecek olmamızdır. Öte yandan ise birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaşamdan kaynaklanan bütün sorunların çözü-



münü hedefleyen bir perspektife sahip olması ve sağlığın tam anlamıyla toplumsal bir boyutta tanımlanmasıdır. Dolayısıyla sağlık sektörü yaşamın bütün sorunlarıyla ilgilenir, bütün sektörlerle alış veriş içindedir, geniş ve diyalektik düşünmek zorundadır. Böyle olunca da bize toplumun bütün gruplarıyla, katmanlarıyla, sınıflarıyla gerçek anlamda ilişki olanağı tanır. Bu nedenle sağlık sektörü toplumsal kalkınmanın tam ortasında ve motor bir güç rolü üstlenebilir.

8-) Özellikle toplum katılımı ve toplumun genel kalkınma hareketi ile ilgili olarak söylenenlere dikkat edelim. Bunlar aynı zamanda bireyleri kendi sağlıklarından Ancak devlet eliyle gerçekleştirilecek bir yönetim ve üretim süreci sorumlu kılmanın da araçlarıdır. Eğer böyleyse, bu aynı zamanda sağlık bilgisinin hızla toplumsallaşması olanağı da sağlayacaktır. Kamucu bir sağlık örgütlenmesi sağlık bilgisinin toplumsallaşması ve amatörce kullanımı yönündeki garantör güç olacaktır. Bizim amacımız, herkesin olabildiğince kendi sağlığını korumasını, kendi ortamını kolektif iradeler içinde sağlıklı duruma getirmesini sağlamaktır. Bunun için bilginin üretiminin ve kullanımının ve bilginin gerektirdiği gücün toplumsallaştırılması, kolektifleştirilmesi gerekir. İşte bunların garantisi kamucu bir sağlık sistemidir. Bizim uzun erimli amacımız bilgiyi saklayarak, teknik uygulamaları gizemlileştirerek, tıbbi neredeyse ritüel bir ortam haline getirerek kar elde etmek değil; herkesin kendi sağlığından anlamasını sağlamak ve sonuç olarak sağlığın geliştirilmesi için teknik, toplumsal ve siyasal bir ortak eylem sürecini geliştirmektir. Bütün bunlar değişik bir dünya kurmayı gerektiriyor denilebilir. Tamamen doğrudur. Sağlığın korunması, geliştirilmesi, eşitsizliklerin ortadan kaldırılması, verimliliğin artırılması, kaynakların rasyonel kullanımı, bütün bunların tümü ancak değişik bir dünya içinde olanaklı olabilir.4

## KAYNAKLAR

1. **Marx K.(1999)**, Ücretli Emek ve Sermaye, Sol yayınları, Ankara.
2. **Belek İ., Nalçacı E., Hamzaoğlu O. (1992)**, Kapitalizmin Ekonomi Politikası Çerçevesinde Sağlıkta Finansman Sorunu, Toplum ve Hekim, TTB Yayını, Mayıs(50):12-19.
3. **Gökbayrak Ş. (2003)**, Belediyelerce Sunulan Kentsel Hizmetlerin Özelleştirilmesi Çerçevesinde Taşeronluk ve Çalışma İlişkileri Üzerine Etkileri, Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, TTB Yayını, Ekim-Kasım-Aralık 2003, 16:30-7.
4. **Belek İ. (1999)**, Nasıl Bir Sağlık Sistemi II. Kamucu Örgütlenme Toplum Ve Hekim, TTB Yayını, Kasım - Aralık 14,(6):461-70.
5. **Işık O. (1999)**, Kentlerde kentleşmeye ve 21. Yüzyılın Eşiğinde Türkiye Kentlerine Dair, Toplum ve Hekim, TTB Yayını, Mayıs-Haziran, 14(3):163-75.
6. **Şengül T.(2002)**, Kapitalist Kentleşme Dinamikleri ve Türkiye Kentleri, Evrensel Kültür Dergisi, sayı:128.
7. **Özbay F. (1999)**, İstanbul'da göç ve il içi nüfus hareketleri (1985-1990). İçinde: 75 Yılda Köylerden Şehirlere, Editör: Oya Baydar. Tarih Vakfı Yayınları. İstanbul. S: 277-294.
8. **İçduygu A., Sirkeci İ. (1999)**, Cumhuriyet Dönemi Türkiye'sinde Göç Hareketleri. İçinde: 75 Yılda Köylerden Şehirlere, Editör: Oya Baydar. Tarih Vakfı Yayınları. İstanbul. S: 249-268.
9. **DİE, 2003**, 2000 Yılı Nüfus Sayımı Kesin Sonuçları.
10. 'Zenginleşerek kutuplaşan metropoller, yoksullaşarak eşitlenen kasabalar ya da; Kentlerin üç Türkiyesi', Radikal Gazetesi, 16-18 Nisan, 2006.
11. **Sağlık Bakanlığı(2006)**, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yılığ 2005, Ankara
12. **Hamzaoğlu O, Yavuz CI. (2006)**, Sağlıkta AKP'li Dönemin Bilançosu Üzerine, Mülkiye, 252: 275-96
13. **Soyer A. (2003)**, Halk Sağlığının Doğuşu ve Şekillenışı; Doğup Büyüyen Ama Halkın Mutluluğu için Kullanılabilecek Bir Mücadele Alanı/Aracı mı?, Toplum ve Hekim, TTB Yayını, Mayıs-Haziran 18 (3): 186-195.
14. **Aksakoğlu G., Sönmez Y.(2003)**, Küreselleştirme ve Toplum Sağlığı, Toplum ve Hekim, TTB Yayını, Mayıs-Haziran, 18 (3): 196-199.

## II. BÖLÜM: ATÖLYE ÇALIŞMASI GRUP RAPORLARI 13-14 Ocak 2007

### ■ Grup-1 KENTLERDE SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİNİN İLKELERİ VE ENTEGRASYON

Kentsel bölgede sağlık hizmet sunumunun özellikleri belirlenirken öncelikle, Türkiye’de ‘kentsel bölge’nin ve sağlık hizmet sunumunu etkileme potansiyeli olan ‘kentsel bölge dinamikleri’nin tanımlanması gerekir.

Kentlerde yaşayan nüfusun genel özelliklerine bakıldığında sağlık hizmetlerinin sunumunda dikkate alınması gereken bazı özellikler dikkat çekmektedir. Bunlar;

- Çalışma yaşamında;
  - Tarımsal üretimin, çoğunlukla kendi hesabına yapıldığı kırsal alan yerine; sanayi ya da hizmet sektöründe işçi ve memur statüsünde emeğini satarak geçimini sağlayan nüfusun yoğun olması.
  - Çalışan nüfusun bir kısmının işyeri sağlık birimi bulunan büyük işletmelerde /kurum / kuruluşlarda, bir kısmının küçük işyerlerinde (sanayi siteleri vb) çalışması.
  - Çocuk işçiliğinin yaygın olması.
  - Kadınların evde ya da dışarıda, gelir getiren işlerde çalışması.
  - Marjinal işlerde çalışma.
  - İşsizlik ve esnek istihdam.
- Okullaşma oranlarının kentlerde daha yüksek olması. Bunun sonucunda ilköğretim yanında ortaöğretim ve bazı kentler için üniversite öğrencilerinin öğrenim kurumlarında kümelenmiş olması, okul sağlığı hizmetlerinin ergenleri de kapsayacak şekilde 22-24 yaşına kadar planlanması gereksimi.
- Gecekondu bölgelerinde;
  - Konutların sağlıksız olması.
  - Çevre sağlığı sorunlarının yaygınlığı.
  - Doğurganlığın yüksek olması.

- Yoksulluğun yaygın olması.
- Aile yapısı
  - Çekirdek aile
  - Yalnız yaşayanlar
  - Parçalanmış aileler
  - Geniş aileler (gecekondularda)
- Nüfus yapısı
  - Nüfus yoğunluğu fazla.
  - Kent merkezlerinde yaşlı nüfusun giderek artması.
  - Gecekondularda çocuk ve genç nüfusun yoğun olması
- Toplumun sağlık hizmetleri konusundaki taleplerinin farklı olması, beklenti düzeyinin yüksek olması, sağlık hizmetlerini tedavi edici hizmet olarak algılama.
- Diğer
  - Madde bağımlılığı (sigara, alkol ve uyuşturucu)
  - Şiddet (toplumsal şiddet, ev içinde kadına ve çocuğa yönelen şiddet)

Her bölgede yer alan kentlerin toplumsal özellikleri birbirinden farklıdır. Bölgenin özellikleri sağlık hizmet sunumunda dikkate alınmalıdır. Özellikle Güneydoğu illerinin nüfusunun hızla artması sonucu kentlerin zaten yetersiz olan altyapılarını iyice yetersiz hale gelmiştir. Bunun yanında, göç eden nüfusun büyük bir kısmının zorunlu göç mağdurları olması, aşırı yoksul / yoksullaşmakta olan bir nüfus anlamına gelmektedir. Tüm bu özellikler, buralarda sağlık hizmetlerinin sunumu açısından farklı bir yaklaşım geliştirilmesi gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır.

Kentlerimiz homojen bir yapı göstermediği için kentlerde sunulan sağlık hizmetleri, hizmetin verildiği bölgeye göre esnek olarak yapılandırılmalıdır. Bölgenin sağlık gereksinimlerine göre sunulan hizmet ve sağlık ekibi (sayı ve nitelik açısından) değişiklik gösterebilmelidir. Gecekondu ve göç gelen nüfusun yaşadığı bölgeler, organize sanayilere yakın işçi semtleri kentlerde sunulan sağlık hizmetlerinin öncelikli bölgeleri olmalıdır. Eşitsiz yaşam koşullarının getirdiği sağlık sorunlarını azaltmaya yönelik daha geniş ve çok sayıda sağlık çalışanı ile hizmet vermelidir.

**Hizmet İlkeleri**

- Eşit
- Ücretsiz
- Kamusal
- Nüfusa dayalı hizmet
- Halka en yakın konumda, kabul edilebilir, ulaşılabilir hizmet
- Gerektiğinde özellikli, gerekenlere öncelikli hizmet
- Ekip hizmeti
- Entegre hizmet
- Basamaklandırılmış hizmet
- Katılımcı

**Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sunumu***Sağlık hizmetinin planlanması*

Sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı tarafından merkezi olarak planlanmalıdır ve sadece kamu tarafından sunulmalıdır. Sağlık hizmetlerinin sorumlusu Sağlık Bakanlığı olmalı, koruyucu sağlık hizmetleri sunan diğer örgütler (belediyeler, çevre bakanlığı, sosyal hizmet kurumları vb.) Sağlık Bakanlığı'nın eşgüdümünde çalışmalıdırlar.

Merkezi planlamanın yanında bölge yönetimleri, yerleşim yerindeki öncelikli sorunlara yönelik olarak bazı hizmetleri öne çıkaran bölgesel planlar yapmalıdır. Bölgenin gereksinimleri doğrultusunda sağlık kuruluşlarında farklı meslek gruplarından sağlık çalışanları ekibe eklenebilir ya da sayıca düzenleme yapılabilir olmalıdır. Bu şekilde kentsel bölgelerde hizmet sunumu tanımlanan gereksinimlere göre farklı şekillerde yürütülebilir. Özellikle metropol alanlarda hizmetin sunulması aşamasında yaşanan sorunların giderilmesi için çalışma saatlerinin düzenlenmesi de dahil olmak üzere pek çok düzenleme yapılmalıdır.

*Entegrasyon ve eşgüdüm*

Sağlık hizmetlerinin sunumunda yaşanan dublikasyonların önlenmesi, farklı örgütler tarafından yürütülen sağlık hizmetleri konusunda bilgi akışı ve paylaşımının sağlanması için hizmetlerin eşgüdüm ve bütünlük içinde yürütülmesi gerekmektedir.

- a- Koruyucu sağlık hizmetlerinin ve ayakta hasta bakımı hizmetlerinin sunulduğu temel birinci basamak sağlık kuruluşu sağlık ocakları olmalıdır. Bununla beraber, işyeri sağlık birimleri, medikososyal merkezler, bazı okullarda bulunan sağlık birimleri de birinci basamak sağlık hizmeti sunmaktadır. Bu sağlık birimlerinin hizmetlerinin eşgüdüm içinde sürdürülmesi sağlanmalıdır.
- b- Bazı koruyucu sağlık hizmetleri doğası gereği sağlık örgütlenmesi dışında farklı örgütler (belediye, tarım, çevre örgütleri gibi) tarafından sunulmaktadır. Sistemde halihazırda var olan eşgüdüm mekanizmalarının tam olarak işletilmemesi sonucu pek çok olumsuzluk ortaya çıkmaktadır. Bu olumsuzlukların giderilmesi için, sorumlu diğer örgütlerle uygun ve işler eşgüdüm mekanizmaları güçlendirilmelidir. Özellikle çevre sağlığı hizmetleri için geçerli olan bu durum ilgili başlık altında tartışılmıştır.

*Sağlık sisteminde yer alan kuruluşlar:*

- Birinci basamak kuruluşlar
- Acil sağlık ve kurtarma hizmet birimleri
- İkinci basamak sağlık kuruluşları
- Üçüncü basamak ileri tanı ve tedavi kuruluşları
- Eğitim hastaneleri

*Birinci basamak sağlık kuruluşlarının yerleşimi ve hizmet sunum özellikleri açısından;*

- Gereksinime ve işlevsel olarak sınırları tanımlanmış küçük bölgelerde, nüfusa göre örgütlenmiş, tüm kente yayılmış, çok sayıda sağlık birimi tarafından sunulmalı ve
- Çalışma yaşamı ve barınma alanlarının arasında organik bir bağ kurulmalıdır.

Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi nüfusa dayalı ve coğrafi bölge temelinde olmalıdır. Birinci basamak sağlık hizmeti sunan ana birim sağlık ocağı olmalı, sağlık ocakları ikinci basamak hizmet sunan bölge hastaneleri ile basamaklandırılmış (sevk zorunluluğu olan) bir ilişki kurmalıdır. Sağlık ocakları, işyeri sağlık birimleri ve okul sağlığı birimleri ile birlikte hizmet sunması için bu birimler arasında sıkı işbirliği olmalıdır.

1500 – 2000 kişilik bir bölgeye bir ebe ve pratisyen hekim olacak şekilde 10-15 bin kişiye bir sağlık ocağı olmalı, sağlık ocağı ekibi zenginleştirilmeli ve sayıca arttırılmalıdır. Kentin büyüklüğüne ve yerleşim alanının özelliğine göre sayılarda değişikliğe gidilmelidir. Ebe / halk sağlığı hemşiresi belirlenmiş 1500-2000 kişilik bölge nüfusuna (sağlık evi) hizmet ederken pratisyen hekimler tüm sağlık ocağındaki hizmetlerden sorumlu olacaklardır. Hekimler, sağlık ocağının bölgesinde sunulan ayakta hasta bakımı dışında kalan koruyucu sağlık hizmetleri konusunda görev paylaşımı yaparak işleri yürütmelidir. Sağlık ocağına başvuran hastaların muayene ve tedavisi için hasta yüküne göre bir veya daha fazla sayıda poliklinikte sırayla ayakta hasta bakımı hizmeti sunulmalıdır.

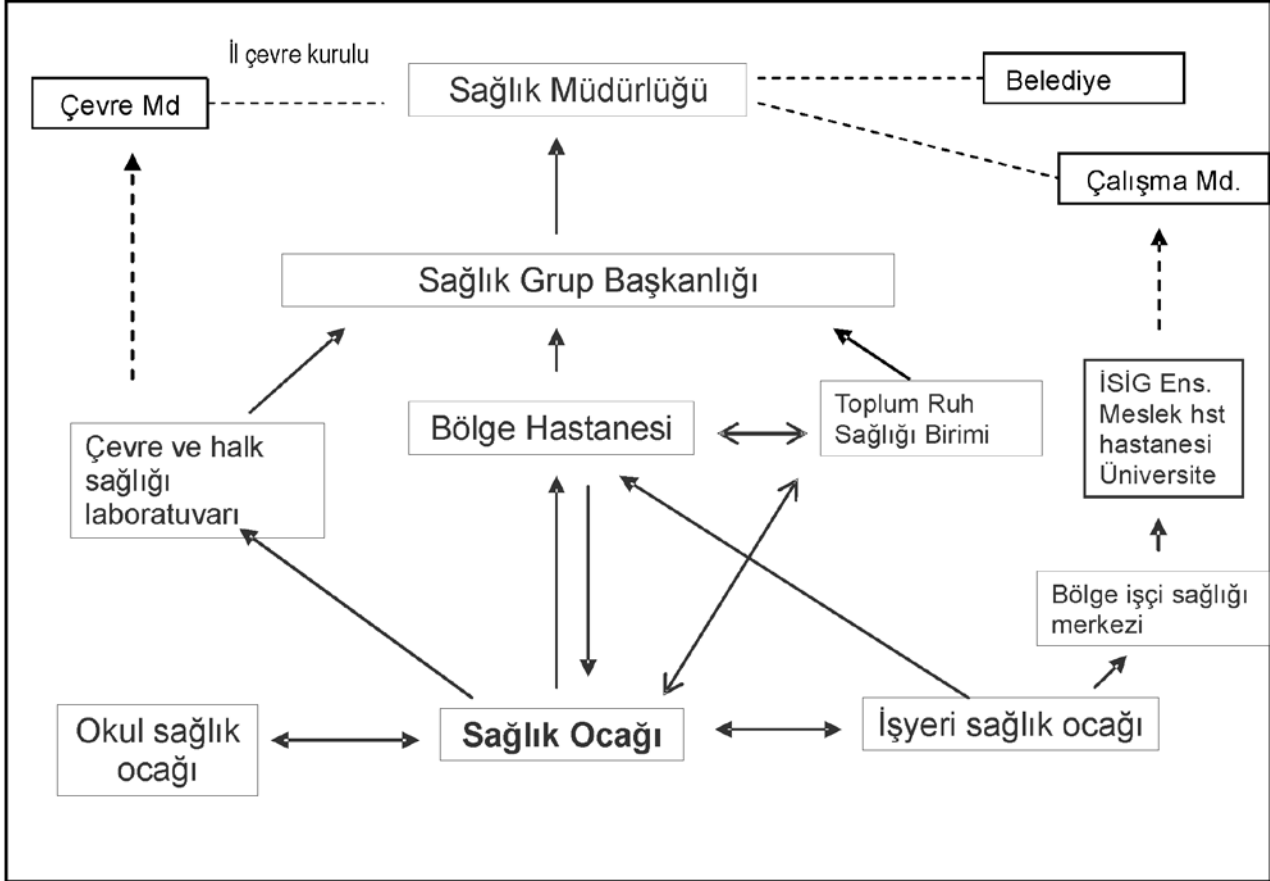
*Sağlık ekibi:*

Sağlık ocağı ekibinde bulunması gereken meslek grupları şunlardır:

- Pratisyen hekim
- Diş hekimi
- Halk sağlığı hemşiresi / ebe
- Hemşire
- Laboratuvar teknisyeni
- Çevre sağlığı teknisyeni
- Diyetisyen
- Sosyal hizmet uzmanı
- Psikolog
- Tıbbi sekreter
- Şoför

**Kapsam:**

Kentsel bölgede sunulan sağlık hizmetleri kapsam bakımından genel sağlık hizmetlerinden farklı olmamalıdır. Genel ilke olarak sağlığı geliştirici, koruyucu, tedavi edici ve esenlendirici sağlık hizmetleri bir arada sunulduğu bir örgütlenme olmalıdır.



Sağlık hizmetleri şunlardır;

- Çocuk sağlığı – sağlam çocuk izlemleri
- Ana sağlığı – doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım
- Aşılama / soğuk zincir
- Üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetleri
- Bulaşıcı hastalık mücadelesi
- Kronik hastalık kontrolü / taramalar
- Okul sağlığı hizmetleri
- Toplum ruh sağlığı hizmetleri
- Toplum beslenmesi
- Tedavi edici hizmetler: ayakta hasta bakımı / sevk
- Ağız ve diş sağlığı hizmetleri (taramalar ve tedavi)

- Çevre sağlığı hizmetleri (Su ve gıda denetimi, gayrisihhi müessese denetimi, çevresel tehlikelerin değerlendirilmesi ve ölçümler vb)
- Esenlendirici hizmetler
- Sağlık eğitimi
- Yaşlı sağlığı hizmetleri
- Sosyal hizmetler
- İşçi sağlığı hizmetleri

#### *Ev ziyaretleri:*

Bir toplumda koruyucu sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde sunulabilmesi için en temel işlevlerden biri olan ev ziyaretlerinin kentte yapılabilmesi önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Gerek kentli insanın yaşam tarzı gerek ise kadının çalışması nedeniyle evde geçirilen zamanın az olması ev ziyaretlerini aksatmaktadır. Ev ziyaretleri ile çocuk, gebe, 15-49 yaş kadınların aralıklı kontrolleri yanında evin genel özelliklerinin ve sağlık açısından tehlikelerin gözlenmesi, özellikle annelerin hijyen davranışlarının izlenmesi açısından vazgeçilmezdir.

Kentlerde giderek artan yaşlı nüfus ve yalnız yaşayan yaşlıların sayıca fazla olması, ev ziyaretleri kapsamına yaşlı nüfusun da alınması gereğini ortaya çıkarmıştır. Yaşlı nüfusun aralıklarla izlenmesi, var olan kronik hastalıkların kontrolü yanında bu yaş grubunda en önemli sorunlar olan beslenme sorunlarının saptanması, genel hijyenin denetlenmesi gibi işlevleri görmesi açısından da gereklidir. Yaşlılara verilecek sağlık hizmetlerini sosyal hizmetler ile birlikte planlamak ve bu kurumla işbirliği içinde sunmak önemlidir. Sosyal hizmet veren kuruluşların yemek, çamaşır yıkama, genel hijyenin sağlanması konularında yaşlılara destek olması sağlanmalıdır.

Ev ziyaretlerinin mesai dışı saatlerde ve randevu ile yapılması bu olumsuzluğun ortadan kaldırılabilecek bir yaklaşımdır. Ek olarak, çalışan kadınlar için 15-49 yaş veya gebe izlemlerinin, kronik hastalığı olanların aralıklı kontrollerinin işyeri sağlık birimi tarafından yapılması; 0-6 yaş çocuk izlemi için ise okul öncesi eğitim kurumları ile işbirliği ile bu kuruluşlarda yapılması olanaklıdır.

Ev ziyaretleri ile izlemi yapılacak risk grupları ise okul öncesi çocuklar, 15-49 yaş kadınlar, gebeler ve 65 yaş üzeri nüfus olmalıdır.

#### *Çevre sağlığı hizmetleri:*

Çevre sağlığı hizmetleri temel olarak Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğunda olmalı ve basamaklandırılmış olarak örgütlenmelidir. Sağlık ocaklarında çevre sağlığı teknisyenleri tarafından, su denetimi, gıda denetimi, toplu yaşanan yerlerin denetimi, okul çevre sağlığı hizmetleri, kamusal alanlarda ve konutlarda çevresel tehlikelerin değerlendirilmesi ve bölgenin bütününe ait çevresel tehlikelerin incelenmesi hizmetleri verilmelidir.

Sağlık grup başkanlığı düzeyinde ise çeşitli çevresel ölçümler ve sağlık ocaklarından gelen gıda ve su örneklerinin analizlerinin yapılabileceği bir çevre sağlığı laboratuvarı ve daha gelişmiş hizmetlerin verilebileceği bir birim olmalıdır.

Çevre sağlığı ile ilgili hizmetler belediyeler, çevre il örgütü gibi diğer kamu kurumlarının da çalışma alanına girmektedir. Çevre sağlığı hizmetlerinin birbiri ile ilintili olması nedeni bu



hizmetleri veren kuruluşların yakın bir işbirliği içinde bulunması kaçınılmaz bir gerekliliktir. Denetimin Sağlık Bakanlığı'nda ancak ilgili sektör temsilcilerinin de katılımıyla oluşan İl Çevre Kurulu tarafından yapılması gerekir.

1. Atıklar: Evsel katı ve sıvı atıklar, tıbbi atıklar, tehlikeli atıkların yönetimi ve zararsızlandırılması belediyelerin sorumluluğunda olmalı, bu alandaki envanter çalışması da Çevre Bakanlığı tarafından yürütülmelidir.
2. İçme ve kullanma sularının denetimi: Kente sağlıklı su sağlanması ve dağıtımını belediyelerin sorumluluğu altındadır. Denetim ise sağlık örgütünün sorumluluğu altında olmalıdır. Su kaynakları ve havzaları yönetimde belediyeler tam sorumlu olmalı; özellikle su havzalarını madencilik faaliyetlerine açan 5177 sayılı Yasanın ilgili maddeleri değiştirilmelidir.
3. Hava kirliliği izleme çalışmaları: sağlık örgütlenmesi içinde yer almayacak bu hizmet, çevre örgütü veya belediyeler tarafından yürütülmelidir.
4. Gıda denetimi: Gıda denetimlerinin sağlık örgütünde olması, bu denetimin sağlık ocakları kanalı ile yapılması gereklidir. Merkezi çevre laboratuvarlarında gıdalarda pestisit, gıda katkı maddesi, kimyasal madde vb ölçümü yapılmalıdır.

İl düzeyinde ilin çevre sağlığı ile ilgili tüm hizmetlerini planlamak, kurumlar arasında gerekli eşgüdümü sağlamak için il sağlık müdürlüğünün başkanlığında ve ilgili tüm kuruluşların (belediyeler, çevre il müdürlüğü gibi) temsilcilerinden oluşan ve yaptırım gücü olan bir kurul oluşturulmalıdır.

*İşçi sağlığı ve iş güvenliği (İSİG) hizmetleri:*

İSİG hizmetleri, hem sağlık hizmeti hem de teknik hizmetleri kapsamaktadır. İSİG hizmetleri en uçta tüm işyerlerini kapsayacak işyeri sağlık birimleri (bir ya da birden çok işletme için ortak sağlık birimi şeklinde), bölge merkezleri ve laboratuvar ve en üst basamakta ise İSİG enstitüsü, meslek hastalıkları hastanesi, üniversitelerin olduğu bir örgütlenme ile sunulmalıdır.

İSİG hizmetlerinin birinci basamağında yer alan ve koruyucu hizmetleri sunan işyeri sağlık birimi sağlık grup başkanlıkları kanalı ile sağlık ocaklarıyla işbirliği ve eşgüdüm içinde çalışmalıdır (özellikle çalışan kadınların ve kronik hastaların izlenmesi konularında).

*Ağız ve diş sağlığı hizmetleri:*

- Birinci basamak ağız-diş sağlığı hizmetlerinin ilk başvuru, kapsayıcılık, süreklilik ve eşgüdüm özelliklerine ulaşabilmesi için birinci basamak sağlık kurumlarında (sağlık ocaklarında) genel sağlık hizmetleriyle entegre bir şekilde, dikey değil yatay örgütlenme temelinde sunulması gereklidir.
- Hizmetlerin erişilebilirliğinin geliştirilmesi için tüm hizmetler ve tüm yaş gruplarına yönelik koruyucu hizmetler ücretsiz olarak sunulmalıdır.
- Toplum tabanlı sağlığı geliştirme programları, koruyucu uygulamalar ve erken tanı öncelikli hizmetler olmalı, komplike olmayan çürük ve diş eti hastalıkları birinci basamak kurumlarında gerçekleştirilebilmeli, protez hizmetleri ve ikinci basamak hizmetler dahil edilmemelidir.
- Hizmetlerin sürekliliğinin sağlanması için kişisel sağlık fişlerine, bebek, çocuk ve gebe izlem formlarına ağız-diş sağlığı bilgileri de eklenmelidir.

- Hizmet kapsamının geliştirilmesi için birinci basamak kurumlarındaki ağız-diş sağlığı birimlerinin fiziksel yapı, donanım ve sarf malzeme sorunları çözülmelidir. Bu kurumlarda çalışan dişhekimleri en az bir yardımcı sağlık personeli ile desteklenmelidir.
- Kamu kurumlarında birinci basamak ağız-diş sağlığı hizmeti veren dişhekimlerinin görev tanımları diğer basamaklarda ve özel sektörde çalışan dişhekimlerinden ayrılmalı ve bu kurumlarda çalışacak olan dişhekimlerinin bu görev tanımına uygun bir eğitim almaları ve toplum ağız-diş sağlığı becerilerine sahip olmaları sağlanmalıdır.
- Ağız-diş sağlığı hizmetlerinin, birinci basamak kurumlarının diğer hizmetleri ile entegrasyonun sağlanmasında bebek, çocuk ve gebe izlemleri anahtar rol oynamalıdır. Ebeler ve doktorlar hem izlemleri hem de tedavi edici hizmetleri sırasında karşılaşabilecekleri ağız-diş sağlığı sorunlarını fark edip hastayı dişhekimine yönlendirebilecek, yapılan yanlışları görüp düzeltebilecek, dişhekiminin yokluğunda eğitim verecek düzeyde bilgi ve beceri ile donatılmalıdır. Birinci basamak sağlık kurumlarına genel sağlık sorunu veya izlem nedeni ile başvuran her çocuğun kurumda bulunan dişhekimlerine yönlendirilmesi ve ağız-diş sağlığı muayenesi olmasının sağlanmalıdır.
- Kamuda istihdam edilen dişhekimleri sayısı artırılmalıdır.
- Diş hastaneleri gibi dikey örgütlenmiş olan kamu kurumlarının görevleri protez ve uzmanlık hizmetleri ile sınırlanmalıdır. Birinci basamak kurumlarının ağız-diş sağlığı birimleri bölgelerindeki kurumlara bağlanarak gereken durumlarda konsültasyon, danışmanlık, insan gücü ve ekipman gibi destekler almaları sağlanmalıdır.
- İkinci basamak kamu kurumlarından yararlanmak için birinci basamak hekimi tarafından sevk uygulamasına aşamalı olarak geçilmeli ve sevk edilen kurumda yapılan tedavilerle ilgili bilgiler birinci basamağa aktarılmalıdır.
- Sağlık grup başkanlıklarında ve sağlık müdürlüklerinde, birinci basamak sağlık kurumlarının ağız-diş sağlığını geliştirmeye yönelik toplum tabanlı çalışmalarının birbirleriyle ve toplum sağlığını geliştirmeye yönelik diğer etkinliklerle işbirliği ve eşgüdüm içerisinde yürütülmesini sağlayan birimler oluşturulmalıdır.

#### *Toplum ruh sağlığı hizmetleri:*

Toplum ruh sağlığı hizmetleri, ruh sağlığının korunmasından ruhsal bozukluğu olanların izlenmesine kadar geniş bir açıdan ele alınmalıdır. Bunun yanında ruh sağlığı başlığı altındaki hizmetler, diğer kurumlarla (milli eğitim bakanlığı, yerel yönetimler, üniversiteler, sosyal hizmetler, halk eğitim merkezleri vb) işbirliği önemli olduğu hizmetlerdir.

Toplum ruh sağlığı kapsamında sunulacak hizmetler şunlardır:

- Ana-çocuk sağlığı kapsamında; doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde anne ve bebeğin psikososyal açıdan gelişim ve etkileşimini değerlendirmek; ailenin desteklenmesinin gerekli olduğu durumlarda eğitim, danışmanlık ve tedavi hizmetlerini yürütmek; uygun görüldüğünde bir üst kuruma sevkini sağlamak ve hasta izlemlerini sürdürmek
- Kronik ruhsal bozukluklarda; hastanın yaşadığı yerde tedavisini sürdürmek, gerekli durumlarda bir üst kuruma sevkini yapmak; hasta ve ailenin psikososyal gereksinimleri kapsamında toplum kaynaklarının en iyi şekilde kullanılabilmesi için kurumlararası işbirliğini sağlamak ve bu konuda danışmanlık ve toplum eğitimi çalışmalarını yapmak

- Okul sağlığı hizmetlerinde; öğrencilerin psikososyal açıdan değerlendirilmesi, öğretmenlere yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetlerini sürdürmek, sigara ve madde bağımlılığının önlenmesi amacıyla öğrencilerin rekreatif etkilere yönlendirilmesi ve bu konuda diğer kurumlarla (eğitim örgütü) işbirliği içinde olmak.
- Tütün, alkol, uyuşturucu ve uçuşu maddelere yönelik toplum eğitimi yapmak

Toplum ruh sağlığı hizmetlerinin örgütlenmesinde en uç birim sağlık ocağı olmalıdır. Esas olarak sağlık ocağı ekibi içinde olacak psikolog ve sosyal hizmet uzmanının yürüteceği çalışmalar, ebeler ve hekimlerle işbirliği içinde olmalıdır. Sağlık grup başkanlığına bağlı bir psikososyal hizmet biriminin kurulmalıdır. Bu birim, işyeri sağlık birimleri ve okullar ile de işbirliği içinde çalışarak, öğrencilere ve çalışan nüfusa hizmet vermenin yanında bölgedeki kronik ruhsal rahatsızlığı olanların izlendiği, ailelerine psikolojik destek verildiği, sağlık ocaklarında koruyucu ruh sağlığı hizmetinin verilmesine destek olan bir işlev görmelidir. Bu birimde psikologlar, psikiyatristler, sosyal hizmet uzmanları ve boş zaman etkinlikleri (rekreasyon) konusunda eğitim almış personel hizmet vermelidir.

#### *Okul sağlığı hizmetleri:*

İlköğretim ve ortaöğretim okulları, yatılı okullar, çıraklık okulları ve üniversiteleri kapsamaktadır.

Okullardaki hizmet, öğrencilerin yanı sıra okul çalışanlarının da sağlık hizmetlerini karşılayacak biçimde sunulmalıdır.

Öğrencilere sunulan sağlık hizmetlerinin okul sağlığı birimi tarafından sunulması, bu birimde bir okul hekimi (okulun büyüklüğüne göre), okul hemşiresi ve danışman psikologların bulunması gereklidir. Bu birimde; okula başlarken öğrencilerin genel kontrolü, belirli aralıklarla rutin izlemleri (büyüme gelişmenin izlenmesi, ağız ve diş sağlığı hizmetleri, hastalık taramaları gibi) yanında okul çevre sağlığı hizmetleri de verilmelidir. Bunun yanında ilk yardım hizmetleri verilmelidir. Okul çevre sağlığı hizmetleri bölge sağlık ocağı ile işbirliği içinde sunulmalıdır. Örneğin; kantinlerin / yemekhanelerin denetimi, su denetimi gibi.

Ayrıca Milli Eğitim Bakanlığı ile eşgüdüm içinde yürütülmelidir.

Üniversitelerde bulunan medikososyal hizmet birimleri ise, daha fazla ergen ve genç sağlığına yönelik koruyucu hizmetlere ağırlık verilmelidir. Üniversitelerde medikososyal birimlerin örgütlenmesinde, okul sağlığı hizmetlerinin yanında gerek çalışanlar gerekse öğrencilere yönelik olarak işçi sağlığı iş güvenliği hizmetleri de sunulmalıdır. Medikososyal hizmet birimlerinin sağlık ocakları ile entegrasyonu sağlanmalıdır. Hangi düzeyde olursa olsun her öğrencinin izlem sonuçlarının bulunduğu kayıt tutulmalıdır.

#### *Toplum beslenmesi:*

Toplumda beslenmenin iyileştirilmesi için beslenme bozukluğu açısından risk altında olan okul öncesi çocuklar, öğrenciler, gebeler ve yaşlıların beslenme durumlarının izlenmesi ve süt vb gıda dağıtımının yapılması için, diğer kurum ve kuruluşlar ile işbirliği halinde olunmalıdır.

#### *Yaşlı sağlığı hizmetleri:*

Önemli bir grup olarak yaşlılara sunulan hizmetin kapsamı genişletilmelidir. Çocuk ve gebe izlemlerine benzer şekilde yaşlı izlemleri yapılmalıdır. Bu izlemler yaşlılara yönelik koruyucu hizmetler, kronik hastalıkların erken tanısına yönelik taramalar, kronik hastalıkların

izlenmesi, ilaç kullanımının denetlenmesi gibi işlevler yerine getirilmelidir.

Ev ziyaretleri kısmında belirtildiği gibi bu hizmetler mutlaka sosyal hizmetleri de kapsamalıdır.

#### *Sosyal hizmetler:*

Sağlık ocakları aynı zamanda sosyal hizmetlerin de verildiği kurumlar olmalıdır. Sosyal hizmetler olarak, kente göç gelen kişilerin uyumundan, yalnız yaşayanlara destek, şiddetin önlenmesine yönelik çalışmalar gibi çok geniş kapsamda yürütülmelidir.

Özellikle yaşlıların ev ziyaretlerinin sosyal hizmetler örgütü ile eşgüdüm içinde yapılması gereklidir. Özellikle yalnız yaşayan yaşlıların bakımı (çamaşır, ev temizliği vb) ve ihtiyaçlarının (yemek, ilaç vb) karşılanması açısından sosyal hizmetlerle eşgüdüm içinde çalışılmasıdır.

#### *Sağlık kayıtları:*

Sağlık kuruluşları arasında bilgi paylaşımın sağlanmasında on-line kişisel sağlık fişi uygulaması günümüz koşullarında olanaklıdır. Bu uygulamada, kişinin mahremiyeti gözetilerek etik sorunların ortaya çıkması konusunda önlem alınmalıdır. Özellikle sağlık ocağı dışındaki kurumların kişiler için kayıt tutması (okul, işyeri gibi) ve bu kayıtların sağlık ocağı ile paylaşımı önemlidir.

#### *Toplum Katılımı:*

Toplum katılımı, yaşamın nasıl ve kimlerle planlanıp değerlendirileceğine, kaynakların üretim ve dağıtım-paylaşım sürecinde kimlerin hangi etkinlikte yer alacaklarına ilişkin tercihlerin bir yansımasıdır.

Hizmetlerin toplumcu bir bakışla Temel Sağlık Hizmetleri olarak kavramlaştırıldığı Alma-Ata konferansında; kişilerin bilgilendirilmiş durumda, öz sorumlulukla, sağlıklarını planlama-üretme süreçlerine katılmaları, toplumların da toplum katılımıyla bu hizmetleri kendilerine yararlı kılmaları anlayışının önü açılmıştır. Bu yolla toplumun-profesyonel olamayanların- bu "teknik" hizmetlerin bir parçası olması- yabancılaşmaması, içselleştirmeleri mümkün olabilecektir. Bu sürecin yönetimi kolaylaştırıcı, verimliliği artırıcı etkileri de söz konusudur.

Katılım sağlık hizmetlerinin planlanması, uygulanması, denetlenmesi ve değerlendirilmesi basamaklarının tümünde sağlanmalıdır. Katılım danışmanlık düzeyine daraltılmadan, birlikte

karar alma, uygulama ve değerlendirme olarak algılanmalıdır.

Sağlık hizmetlerinde toplum katılımı ihtiyacın belirlenmesi, önceliklerin saptanması, plan ve program oluşturulması, uygulama sürecinin belli bir disiplinle değerlendirilmesi/denetlenmesini içeren bir bütünlüğe dahil değildir. Burada dahil olan özneler hizmet sunumunun kademesine göre kişilerden kurumlara/örgütlü yapılara bir değişiklik gösterebilmekle beraber temel ilke en uç birimde kişiler düzeyinde dahil olmanın sağlanmasıdır. Çünkü toplum katılımı aynı zamanda bir kolektif eğitim süreci anlayışla yürütülür.

Sağlık hizmetlerinin her aşamasında ve her düzeyde toplum katılımı artırılmalıdır. Bireysel ve örgütlü olarak katılımın önü açılmalıdır. Düzey alta indikçe (sağlık ocağı ve sağlık evi) doğrudan kişilerin katılımına olanak veren mekanizmalar önemli iken, sağlık müdürlüğü ve sağlık bakanlığı düzeyinde örgütlü yapıların katılımlarının sağlanması önemlidir. Örgütlü

yapılar dendiğinde; sağlık alanındaki meslek odaları, sendikalar, sağlık personeli ile ilgili dernekler, sağlık alanında çalışan dernekler (sağlık hakkı, hasta hakları, tüketici dernekleri gibi), hastalıklara yönelik özelleşmiş dernekler (alzheimer, talasemi, kanser, hepatit, AIDS gibi) ve sendikalar ilk akla gelenlerdir. Örgütlü yapıları sadece sağlık alanında daraltmamak gerekir. Tüm örgütlü yapıların (işçi sendikaları, meslek odaları, yerel dernekler, mahalle dernekleri, gibi.) katkısı önemlidir.

Demokratik katılımı program yapmak, hedefler belirlemek ve belli ölçütler ışığında tanımlanmış aralıklarla değerlendirme yapmak ve yine süreç sonunda hedeflere ulaşma açısından gözden geçireme döngüsü vazgeçilmez bir kuraldır. Özellikle örgütlenme ağının en uç birimlerinde (okulda öğrenci-çalışan, kırsalda yöre halkı, mahallede ilgili nüfus, işyerinde çalışanlar gibi) katılımıyla yapılacaktır. Uç birimler merkezi ölçekte yapılacak planlamanın ana veri ve yönlendirme noktaları olup sadece yerel değil merkezi sürecin de denetlenmesinden sorumlu olacaktır. Bu birimler gerçekte birer halk eğitim merkezi işlevi kazandıkları ölçüde sağlığın toplumsallaşması/sahiplenilmesi sağlanacaktır ki sağlığın doğa-yaşanılan çevre ile bir bütün olarak kavranması ve müdahil olunması buralardan geçecektir.

Toplum katılımın önemli bir bileşeni de üniversitelerin katılımıdır. Üniversiteler, buldukları bölgenin en üst bilimsel kurumları olarak, sağlıklılığın sağlık hizmeti dışındaki-sosyal belirleyenlerden etkilendiğini, tüm politik süreçlerin kararlarının sağlığı etkileme potansiyelini taşıdığını gözeterek bölgesinde yaşayan toplumun sağlık düzeyini, sağlık determinantlarını, yönetim sürecini araştırmalı/ izlemelidir. Özellikle sağlık personeli yetiştiren okulların sürece katılımı artırılmalıdır.

Bu amaçla yeni mekanizmalarının yaratılmasının yanında UHK ve Sosyalleştirme kanununda yer alan kurulların aktifleştirilmesi önemlidir. Bu kurulların bileşenleri yeniden gözden geçirilmeli ve bürokratik yapıları değiştirilmelidir.

## ■ Grup-2: SAĞLIK HİZMETLERİNİN SOSYALLEŞTİRİLMESİ

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Çalışma Grubu, Sosyalleştirme Yasa'sının kentlerde uygulanması sırasında yaşanan sorunlar / tıkanıklar ve bu sorunlara çözüm önerilerinin tartışıldığı atölye çalışmasının sonuçları aşağıda sunulmuştur. Dört temel başlık altında sorunlar ve çözüm önerileri yer almaktadır.

### 1. Yatırım, Donanım, Finansman

#### Sorunlar

Sağlığın temel kamusal sorumluluk olarak görülmemesi, piyasa dinamiklerine terk edilme-ye çalışılmasının sağlık sektörü yanı sıra sağlığı ilgilendiren pek çok sektörde yansımaları olmuştur. Örneğin şehir planlamasında sağlık kurumlarına uygun yer ayrılmaması, kent planlarının rant üzerinden yapılması, sosyal politikaların terk edilmesi kentlerde sağlık hizmetlerinin nüfus tabanlı örgütlenmesinin önünde temel bir engel oluşturmuş, bu da sağlık ocaklarına erişilebilirliği engellemiştir.

Piyasa yönelimli yaklaşım, Sosyalleştirmeye yeterli bütçe ayrılmamasına, yeterli yatırım yapılmamasına, yönetici ve çalışanlarda güdülenme eksikliği oluşmasına neden olmuştur. Özellikle finansman ve yatırım ile ilgili sorunlar kentlerde sağlık ocakları için standartlara uygun bina yapılamamasına, kullanılmakta olan binaların ısınma, onarım sorunlarının çözümlenememesine, bina yetersizliği nedeniyle kiralanmış ya da bağışlanan ama hizmet sunumuna çok uygun olmayan mekanlarda hizmetin sürdürülmeye çalışılmasına neden olmuştur.

Kentlerde nüfus tabanlı bir yaklaşımla ve hizmete erişemeyenlere hizmetin götürülmesi anlayışıyla kurulan sağlık ocaklarının en temel gereksinimi olan taşıtlar yeterli düzeyde sağlanamamış, sağlanabilenlerin ise bakım, onarım, sürücü ve yakıt sorunları aşılammış, araçların hizmet amacı dışında kullanılmaları engellenememiştir.

Nitelikli sağlık hizmetinin ayrılmaz parçası olan uygun teknolojik donanıma ilişkin süregelen sorunlar çözülememiştir. Laboratuvar tanı araçları açısından sağlık ocakları çağdaş gelişmeleri izleyememiş, standart bir tanı donanımı sağlanamamış, demirbaş ve sarf malzemelerinin hem niteliğinde hem de sağlanmasında sorunlar yaşanmıştır. Sağlık ocaklarında döner sermaye uygulamasına geçilmesi ve bunun bir sonucu olarak kurumlarda kullanılmaya başlanan yazar kasalar sağlık ocaklarının finansmanının sağlanmasında devletin olması gereken sorumluluğu topluma yüklemekte ve sağlık ocaklarının özelleştirilmesi amacına hizmet etmektedir.

#### Çözümler

Sağlık hizmeti sunumu ve finansmanı tek elden ve kamu tarafından sunulmalıdır. Sağlık hizmetlerinin finansmanının progresif vergilerle oluşturulmuş genel bütçeden sağlanması, Temel Sağlık Hizmetlerine bütçeden ayrılan payın arttırılması, hizmetlerin parasız olarak verilmesi gereklidir. Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde sağlık ocakları temel alınmalı, hizmetlerin entegrasyonunda Sağlık Grup Başkanlıkları ve Sağlık Müdürlüklerinin bütçe kullanımı, donanım sağlanması ve dağıtımı, kadroya ilişkin görev, yetki ve sorumluluk arttırılmalı, işlevleri güçlendirilmelidir.

Planlama merkezi olarak ve kamusal bir bakış açısıyla yapılmalı, ancak nüfus yapısı, coğ-

rafi koşullar, kültürel özellikler gibi yerel gereksinimleri temel almalıdır. Planlanan hizmet ulaşılabilir, kabul edilebilir ve kullanılabilir olmalıdır. Bu özellikler göz önünde bulundurulurken sağlık ocağı sayısı, yerleşimi ve niteliği yeterli hale getirilmeli, bu amaçla gerekli olan yerlerde kamulaştırma yapılmalıdır. Böylece sağlık ocaklarının nüfus tabanlı hizmet sunma felsefesi gerçekleşmiş olacaktır.

Kentin ve kentlinin sağlık gereksinimleri göz önünde bulundurularak sağlık ocaklarının bina özellikleri, donanımı, laboratuvar ekipmanı standart hale getirilmeli ve bu standartların belirlenmesi için multidisipliner merkezi bir birim kurulmalıdır. Bu kurum sadece sağlık ocaklarının değil tüm sağlık kurumlarının toplumun gereksinimlerine uygun demirbaş, donanım ve teknoloji standartlarını belirlemeli ve geliştirmelidir. Yerel düzeyde bu kapsamdaki sürekliliğin sağlanmasında İl Donatım Müdürlükleri işlev görmelidir. Bölgenin gereksinimlerine göre taşıtlar Sağlık Grup Başkanlıklarının ya da sağlık ocaklarının uhdesinde bulundurulabilir.

Sağlık ocağında bazı temel kan ve idrar analizleri yapılabilmesi, ileri tetkikler için merkezi laboratuvar kurulmalı ve kurumlar ile laboratuvar arasında ring aracı sağlanmalıdır. Sarfiyat ve gereksinim Sağlık Grup Başkanlıkları tarafından sürekli ve düzenli olarak izlenmeli ve kaydedilmelidir. Her hekime bir bilgisayar, her odaya bir telefon, her sağlık ocağına bir faks, bir fotokopi cihazı sağlanmalı, her sağlık ocağına internet bağlantısı kurulmalı, eğitim malzemeleri günümüz teknolojisine uygun olmalıdır.

## 2. Sağlık Çalışanları

### Sorunlar

Sağlık çalışanlarına ilişkin iki temel sorun ülke genelinde dengesiz dağılım ve sayısal yetersizliktir. Ülkemizde bölgeler arasında çalışma koşullarının çok farklı olması, zor koşullarda çalışanları destekleyecek ödeme ve sosyal ihtiyaçlara yönelik özendirici faktörlerin olmamasına ek olarak atama sürecinde yaşanan siyasi baskılar sağlık çalışanlarının bölgeler arasında eşit dağılmaması sonucunu doğurmaktadır. Özellikle sağlık ocaklarında bulunan ebe, hemşire ve sağlık memuru kadrolarının boş olması, topluma yönelik sağlık hizmetlerini aksatmaktadır. Sağlık ocaklarının en temel özelliklerinden biri olan evde hizmeti yerine getiren ebe sayılarındaki özellikle sağlık evlerindeki yetersizliği ve görev tanımları dışında çalıştırılmaları bu hizmetin sunumunu engellemiştir.

Tam Süre Yasası'nın kaldırılması, sözleşmeli personel istihdamı, ücretlerin düşürülmesi ve performansa dayalı ücretlendirilme uygulamaları sağlık personelinin iş güvencesini ve çalışma barışını bozarak motivasyonlarını azaltmıştır. Bu aşamada önemli sorunlardan biri de sağlık çalışanlarının ücretlerinin ve sosyal haklarının tek taraflı olarak belirlenmesidir.

Sağlık çalışanlarının mezuniyet öncesi, mezuniyet sonrası ve sürekli eğitimleri eksik olmasının yanı sıra sağlık ocağında yürütülen hizmetin özelliklerine de uygun değildir.

### Çözümler

Sağlık ocaklarında sağlık çalışanı istihdamı nüfus ve bölge esasına göre dengeli olarak düzenlenmelidir. Adaletli bir atama yönetmeliği oluşturularak, atama, özlük hakları ve ekonomik durumlar ile ilgili konularda meslek odaları ve sendikaların da katılımı ile oluşturulan izleme komisyonları karar vermelidir. Sağlık çalışanları var olan yönetmeliklerde belirtilen görev tanımlarının dışında çalıştırılmamalıdır. Çalışanların ücretlendirilmesi maaş şeklinde olmalı, nöbet, gezici hizmetler ve istihdam güçlüğü yaşanan bölgelerde çalışmayı özendirici ek ödemeler yapılmalıdır.

Tam Süre Yasası uygulamaya konmalı, iş güvencesini olumsuz etkileyen sözleşmeli personel istihdamı, performans dayalı ücretlendirilme uygulamaları kaldırılmalıdır. Ücret ve sosyal hakların tek taraflı olarak belirlenmesi yerine grevli-toplu sözleşmeli sendika hakkının sağlanması önemlidir.

Tıp Fakültesi ve sağlık yüksekokulu eğitim programları toplum odaklı olmalı, eğitimler topluma dayalı olarak yürütülmeli, sağlık çalışanlarının sürekli mesleki eğitimi meslek okulları, üniversiteler ve bakanlık ile birlikte programlanmalıdır. Genel pratisyenlik bir uzmanlık alanı olarak tanımlanmalıdır. Genel pratisyenlik uzmanlığı eğitim programı; TTB Genel Pratisyenlik Enstitüsü, Üniversiteler ve Sağlık Bakanlığı ile eğitimin büyük çoğunluğunun sağlık ocaklarında yürütüldüğü bir program olmalıdır. Hekimlerin sürekli mesleki gelişimlerini sağlamak ve sürdürmek için il merkezlerinde belli sayıda eğitim sağlık ocakları oluşturulmalıdır.

Sağlık hizmetleri hekim merkezli değil, sağlık çalışanları perspektifi ile ele alınmalıdır. Kentin ve kentlinin gereksinimine göre sağlık ocağı kadrosu farklı oluşturulabilmeli ve bu yaklaşımla sağlık ocaklarında hekim, ebe, hemşire, sağlık memuru, laborant, tıbbi sekreter, çevre sağlık teknisyeninden oluşan temel kadroya ek olarak diş hekimi, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist, diyetisyen gibi farklı meslek alanlarından kişiler yer alabilmelidir.

### 3. Hizmet Yelpazesi

#### Sorunlar

Genel olarak hasta bakım hizmetleri başarılıdır ancak hastalardaki hastaneye yönelim nedeniyle sevk oranı yüksektir. Bunun temelinde ise birinci basamaktaki tanı olanaklarının yetersizliği yatmaktadır.

Evde hasta bakımı, yaşlı izlemi, kronik hastalık izlemi ya da eğitimi, erken tanı hizmetleri gibi toplumun değişen sağlık gereksinimlerine cevap verecek sistemler sağlık ocaklarına entegre edilememiş, bu nedenle de kronik hastalıkların erken tanıları, izlemleri ve tedavileri büyük ölçüde sağlık ocaklarında gerçekleştirilememiştir. Yürütülen hizmet, ilaçların reçetelenmesi düzeyinde kalmıştır.

Sağlık ocağı hizmetlerinin temel taşı olan ev ziyaretleri; personel eksikliği, bu hizmetleri teşvik edici bir ek ücret ödenmemesi, denetimlerin yapılmaması, kentte yaşayan ve çalışan kadınların gereksinimlerine göre içeriğinin düzenlenmemiş olması gibi nedenlerle verimsizleşmiştir. Performansa dayalı ücretlendirmenin yürürlüğe girmesinden bu yana özellikle evde yürütülen izlemler neredeyse hiç kalmamış, göreceli en iyi yürütülen hizmet olmasına karşın bağışıklama hizmetlerinde de aksamalar olmuş, kapsayıcılık düşmüş, her iki başlık açısından da hizmetler başvurana verilir hale gelmiştir.

Sağlık ocaklarında üreme sağlığına yönelik hizmetler aile planlaması yaklaşımıyla sınırlı kalmış, menopoz, kadına özgü kanserlerin erken tanı ve tedavisi, osteoporoz, obezite gibi alanlarda yetersiz kalmıştır.

Bulaşıcı hastalıklarla mücadele önlemeye değil, çıkan sorunlara müdahale etmeye indirgenmiştir. İndeks olgu, yeni olgu aranması ve hastalık kaynağına yönelik çalışmalar eksik kalmıştır. Bu çalışmaları hekimler temel görevleri olarak tanımlamamıştır. Bulaşıcı hastalıkların bildiriminde sorunlar olmakta, bildirim olsa bile Form 016'lara kayıt eksikliği yaşanmaktadır.

Özellikle çevre sağlığı alanında görev tanımları ve yetki konusunda karmaşa yaratan bir yasal düzenleme süreci yaşanmış, gelinen aşamada sağlık ocaklarında su denetimleri dışında



tüm çevre sağlığı hizmetleri belediyelerin sorumluluk alanına devredilmiştir. Bu yaklaşım özellikle bulaşıcı hastalıkların yayılması ve mücadelede erken önlemlerin alınabilmesi konusunda sağlık ocaklarının etkinliğini kısıtlamaktadır.

İlkyardım, reçeteleme ve bağışıklama hizmetleri dışındaki tüm okul sağlığı hizmetleri sağlık ocağı sistemine baştan beri yeterince entegre edilememiştir. Şov amaçlı taramalar dışında özellikle kamu okullarında hizmet boşluğu yaşanmaktadır. Meslek liseleri ve çıraklık okullarında işe uygunluk muayeneleri yapılmamaktadır.

Okul çağındaki çocukların ihtiyaçlarına yönelik, ilaç bağımlılığı, cinsel sağlık, şiddete önlemeye yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetleri geliştirilememiş, bu programlar sağlık ocaklarının tümünde uygulanacak ulusal programlar olarak değil, yerel bazı inisiyatifler tarafından proje bazlı uygulamalar halinde yürütülmüştür. Bu programlarda yurt dışı finansman, dernek ve araştırma kurumları aracılığıyla sağlanmış ve sağlık ocağı personelinin işgücü kötüye kullanılmıştır. Projeler sonlandığında ise kaçınılmaz olarak hizmet kesintiye uğramaktadır.

Sağlık kayıt sistemi güncel gelişmelerin gerisinde kalmış, bu da sağlık kayıt sisteminin güvenilirliğini ve kullanımına olan inancı zedelemiştir. Ev Halkı Tespit Fişi, Kişisel Sağlık Fişi, Bebek, Gebe İzlem Fişlerinin, bulaşıcı hastalık bildirim formlarının gereken önemin verilmemesi, giderek kullanılmamalarına yol açmıştır.

### Çözümler

Daha önce vurgulandığı gibi nüfus tabanlı ve basamaklı hizmet anlayışı, sevk ve geri bildirim sistemi, hizmetin sürekliliğini sağlayacak biçimde işletilmelidir. Bu amaçla sağlık ocaklarının ilk başvuru yeri olması sağlanmalı, hasta kayıtlarında ve sevklerdeki geri bildirimlerde bilgisayar ve internetten yararlanılmalıdır. Nüfus tespitleri ebeler tarafından evde yapılmalı, istatistik kayıtları elektronik ortamda tutulmalıdır. Hasta kayıtları, geliştirilecek elektronik sağlık kartı aracılığıyla ve vatandaşlık numarası üzerinden tutulmalı, bu kartlar ile hastanın tüm sağlık tarihçesi her başvuruda erişilebilir olmalıdır. Bu kayıtların gizlilik ve güvenliği sağlanmalıdır.

Gereksinim olan bölgelerde az sayıda sağlık ocağı kesintisiz, sürekli hizmet verebilmelidir. Kentlerde sağlık ocakları gerek koruyucu gerekse tedavi edici hizmetleri yürütürken randevu sistemiyle çalıştırılmalıdır. Sağlık ocaklarında üreme sağlığına yönelik hizmetler menopoz, kadına özgü kanserlerin erken tanı ve tedavisi, osteoporoz, obezite gibi alanları da kapsamalıdır. Bu çerçevede ebe ve hemşirelerin hem sayıları hem de nitelikleri standart eğitim ve sertifika programları ile geliştirilmelidir. Ev ziyaretleri de bu kapsamda, özellikle çalışan kadınları da gözeterek ve sağlık çalışanlarının tazminatları ödenerek hafta sonlarında ve randevulu olarak gerçekleştirilmelidir. Bu kapsamda hizmet verildiğinde, şu anda var olan AÇSAP merkezlerine de gerek kalmayacaktır.

Hizmetler farklı bölgelerin ve nüfus gruplarının gereksinimleri temelinde çeşitlendirilmeli, eşitsizlikleri ortadan kaldırmaya yönelik olarak "pozitif ayrımcılık" uygulanmalıdır. Hizmetin sürekliliği esas alınmalı, proje ve kampanya temelli çalışmalarla rutin hizmetlerin kesintiye uğratılmasından kaçınılmalı, proje yerine özel gereksinim saptanan alanlar sağlık ocağı hizmetlerine entegre edilmelidir.

Birinci basamakta yürütülen bulaşıcı hastalık mücadelesi, özellikle yönetsel ve teknik destek açısından Sağlık Grup Başkanlıkları düzeyinde entegre edilmelidir. Burada Halk Sağlığı uzmanları görevlendirilmeli, bilgisayar tabanlı kayıt sistemi işletilmeli, kontrol listeleri

oluşturulmalı, sürekli mesleki gelişim programları ile desteklenmelidir.

Kronik hastalıklardan (hipertansiyon, diyabet, KOAH, iskemik hastalıklar, genetik hastalıklar, kronik eklem hastalıkları) korunma ve erken tanı için birinci basamaktaki hekimlerin sürekli eğitimleri gerçekleştirilmeli, bu amaçla tanı-tedavi rehberleri oluşturulmalı, korunma ve erken tanı programları yürütülmelidir. Evde bakım ve izlem için hemşire istihdam edilmelidir. İkinci basamakla eşgüdüm sağlanmalıdır.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin ayrılmaz parçası olan sağlık eğitimi, bilinçlendirme ve danışmanlık hizmetleri; sağlık ocağı düzeyinde sosyal hizmet uzmanları, psikologlar gibi sosyal çalışanların da ekibin içinde yer aldığı bir yaklaşımla ve yürütülmekte olan sağlık hizmetlerine entegre edilerek sunulmalıdır. Koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlık eğitiminde yaşam boyu yaklaşımı esas alınmalıdır.

Çevre sağlığı hizmetleri denetim yetkisi sağlık sektöründe kalmak koşuluyla yerel yönetimlerle işbirliği yapılarak, Sağlık Grup Başkanlıklarının teknik ve yönetsel desteği ile sağlık ocakları tarafından yürütülmelidir. Bu amaçla sağlık sektöründe, uygun eğitim almış sağlık memuru, çevre sağlığı teknisyeni gibi sağlık çalışanlarının yeterli sayıda istihdam edilmesi sağlanmalıdır.

Okul sağlığı hizmetleri anaokullarından üniversiteye dek geniş bir yelpazede ele alınmalı, okullarda okul sağlığı birimleri oluşturulmalıdır. Bu birimler öğrencilerin sağlığının izlenmesi, okul aşuları, acil, ilkyardım hizmetleri, hijyen ya da sağlık eğitimi, sağlığın geliştirilmesi çalışmalarını yürütmelidir. Okul sağlığı birimlerinin ana elemanı okul sağlığı hemşiresi olmalıdır. Hizmet psikolog ve sosyal hizmet uzmanlarının desteği ile yürütülmelidir. Büyük birimlerde gerekirse hekim istihdam edilebilir. Bu hizmetlerin denetlenmesi ve yürütülmesi düzeyindeki entegrasyon Sağlık Grup Başkanlıkları tarafından yapılmalıdır. Okuldaki öğrencilerin sağlık kayıtları ise yaşadıkları bölgedeki sağlık ocaklarıyla paylaşılmalıdır. Elektronik sağlık kayıtları bu bilgi akışını kolaylaştıracaktır. İşçi sağlığı hizmetleri de okul sağlığı hizmetlerine benzer biçimde fabrika temelinde örgütlenmeli ve birinci basamağa entegre edilmelidir.

Verem Savaş ve Sıtma Savaş mücadelesi var olan dikey örgütler aracılığıyla yürütülmeli, ancak mutlaka sağlık ocakları ile koordinasyon sağlanmalıdır. Sağlık Grup Başkanlıkları ve Sağlık Müdürlükleri denetimden ve koordinasyondan sorumlu olmalıdır.

#### 4. Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi, Denetlenmesi, Değerlendirilmesi

##### Sorunlar

Sağlık hizmetlerinin yönetimi, denetlenmesi, değerlendirilmesine ilişkin sorunlar yönetim mekanizmaları, yöneticiler ve denetim açısından yaşanan sorunlar olmak üzere üç başlık altında toplanmıştır. Yönetim mekanizmaları açısından yaşanan sorunların temelinde uluslararası sermayenin saldırısına dönüşen Sağlıkta Dönüşüm Projesinin var olan sağlık modelinin ulusal özelliklerine verdiği zarar yer almaktadır. Bunun yanı sıra gerekli koşullar sağlanmadan Sosyalleştirmenin tüm ülkeye genişletilmiş olması, Tam Gün Yasası'nın uygulanmaması, sevk zincirine uyulmaması işleyişi engellemiştir. Ayrıca, mülki yapılanmanın kaymakam özelinde sağlık kurumları üzerinde kurduğu baskıların modelin işleyişine olumsuz etkisi, Bakanlık politikalarının toplumun sağlık gereksinimleri ile uyumlu olmaması, İl Sağlık Müdürlükleri ve Sağlık Grup Başkanlıkları arasında eşgüdümün sağlanamaması, siyasal güçlerin sisteme müdahalesi yönetim mekanizmalarına ilişkin başlıca sorunlardır.

Yöneticilere ilişkin yaşanan sorunların en önemli nedeni yöneticilerin eğitim, deneyim ve

yetkinliklerine göre değil, siyasal özelliklerine ve müdahalelere göre atanmasıdır. Bu durum atama sonrası dönemde de yöneticilerin siyasal müdahalelere açık olmasına neden olmaktadır.

Denetime ilişkin sorunlar ise denetim yapılırken kullanılacak nesnel ölçütlerin önceden belirlenmemesi, denetimlerin hizmetin niteliğine göre yapılmaması ve bir cezalandırma aracı olarak kullanılması, denetim sonrası hizmeti geliştirecek biçimde geri bildirimde bulunulmamasıdır.

### Çözümler

Ulusal sağlık modelinin yapılanmasında uluslararası sermayenin direktiflerini değil, toplumun gereksinimlerini yol gösterici olarak kabul etmek ve toplum sağlığının daha iyiye götürülmesine niyet etmek tüm çözüm önerilerinin çekirdeğini oluşturmaktadır. Bunun için de sağlık örgütlenmesi ve yönetim Sosyalleştirmenin özü doğrultusunda yapılandırılmalı, siyasal güçlerin sisteme ve yöneticilere müdahalesi engellenmelidir. Bakanlık politikaları toplumun gereksinimlerine göre alanda yürütülen hizmetler de göz önünde bulundurularak belirlenmelidir.

İl Sağlık Müdürlükleri ve Sağlık Grup Başkanlıkları arasında eşgüdüm sağlanmalı, il ve ilçe düzeyindeki yerel yönetimlerle koordinasyonun sağlanabilmesi için mevcut yasalarda bulunan sağlık ocağı sağlık kurulu ve hıfzısıhha kurulu gibi kurullara işlerlik kazandırılmalıdır. Yöneticiler siyasal müdahaleden uzak, Halk Sağlığı ve Sağlık Yönetimi eğitimi almış kişilerden, asaleten atanmalıdır.

Sağlık ocakları ise, çalışanların katılımı ile oluşturulan sağlık ocağı yürütme kurulu ile yönetilmelidir. Ayrıca Sağlık ocağı sorumlu hekimlerine başhekim unvanı verilmelidir.

Denetimlere ilişkin sorunların çözümünde denetimlerin önceden belirlenen nesnel ölçütlere göre yapılandırılması, tarafsızlığının sağlanması, bir cezalandırma değil eğitim aracı olarak görülmesi, denetim sonrası eksikliklere yönelik geri bildirimde bulunulması ve hizmet içi eğitimler düzenlenmesi bulunmaktadır.

### ■ Grup-3: AİLE HEKİMLİĞİ ÜLKEMİZ İÇİN UYGUN BİR HİZMET SUNUMU SİSTEMİ MİDİR?

Ülkemizde Aile hekimliği uygulaması, Dünya Bankası patentli /IMF güdümlü “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın bir parçasıdır. Önümüze konulan Aile Hekimliği uygulaması ile sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi/ toplum yararına sunulması anlayışından vazgeçilerek, yerine karı hedefleyen piyasacı bir sağlık hizmeti sunumunun yaşama geçirilmesi istenmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin devletin yükümlülüğünden atılması/ özelleştirilmesi ve giderek ticarileştirilmesi amaçlı bu girişimin sonuçları halkın sağlığında “yıkım” ve sağlık çalışanlarında işgücü-insan kaynakları piyasasında ticari mal olarak esnek çalışma koşullarında değerlendirilmek olacaktır.

Bu konuda başta Türk Tabipleri Birliği olmak üzere birçok örgüt ya da akademisyen çok sayıda yayın üretmiştir. Bu çalışmada; çeşitli bilimsel disiplinlerden akademisyen ve uzmanların katkısı ile, Aile Hekimliği uygulamasının ülkemiz için uygun olup olmadığı, tüm bileşenleriyle tartışmaya açılmıştır.

#### **Aile kendi sağlığının belirleyicisi olabilir mi? Aile hekimliği bu süreçte yeterli olabilir mi?**

Aile hekimliği uygulamasının, nüfusun ve ailenin değişmekte olan yapısına ilişkin öngörülerinin olmadığı, hizmetin planlanması ve değerlendirilmesinde Demografi biliminden yararlanmadığı belirtilmiştir

Sağlıklı oluşt; sosyoekonomik statü, çalışma ve yaşam koşulları, yaşanan çevre gibi toplumsal belirleyicilerin önemli bir yeri olduğu, bu belirleyicilerin olumlu ve destekleyici nitelikte olmasının sağlığa olumlu yönde katkı yaptığı, böyle ilişkilerden yoksun olmanın ya da bunlarda çatışma, ihmal veya istismarla karşılaşmanın ise sağlığa zarar verdiği bilinmektedir. Günümüzde ekonomik ve sosyal koşulların baskısı pek çok aile için;

- seçtiği değil sürüklendiği bir fiziksel ve ekolojik ortamda yaşamayı,
- riskli işlerde çalışmayı,
- yetersiz konut koşullarına tahammül etmeyi,
- yetersiz beslenmeyi,
- kimi sağlık gereksinimlerini ertelemeyi ya da görmezden gelmeyi dayatmaktadır. Bu bağlamda;

- Ailenin kendi sağlığını geliştirmedeki rolü sınırlıdır.
- Bireyler gibi aileler de sağlığı geliştirmek için gerekli bilgilerin tümüne sahip değildir.

Sağlık algısının, sağlık arama davranışını etkilediği bilinmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda sağlık algısının “hasta değilsem, hayatta isem iyiyimdir” gibi negatif tanımlama düzeyinde kaldığı ve kapsam itibarıyla çağdaş sağlık tanımından farklı bir algı olduğu gösterilmiştir. Bu istem ve tutuma sahip aile tipi olan ülkemizde, sadece bireylerden gele-

cek sağlık hizmeti talepleriyle hizmet sunmanın doğru olmadığı, **Ailenin kendi sağlığının mutlak belirleyicisi olamayacağı, bu nedenle Aile Hekimliği uygulamasının bu süreçte sağlıklı olma hakkının karşılığını bulması anlamında yeterli olamayacağı açıktır.**

**Aile hekimliği, hekimin sağlıkçı rolünü ve etik değerlerini nasıl etkileyebilir?**

**Aile Hekimliği uygulaması, yapısından kaynaklanan işletmeci ve yatırımcı olma rolü ile risk alma ve pazarını büyütecek uygulamalara yönelme (promosyon yapma, yeni pazar yaratma, daha fazla ilaç yazma, gereksiz tetkik ve ileri teknoloji kullanma) davranışları üzerinden hekimliğin etik değerlerini etkileyecek-yozlaştıracaktır.**

Sağlık sisteminin hekimliğin tanımını bunun üzerinden yapması ile de hekimlik, meslek olarak topluma yabancılaşacaktır. Başvuran insan dışındaki etmenlerin etkisiyle mesleki bağımsızlık ortadan kalkacak, sigorta şirket(ler)inin tıbbi kayıtlara yararcı ilgisi, gizlilik ihlali oluşturabilecektir. Ayrıca verilere erişim ve diğer etkenlerle ayrımcılık yapma sorunu ile karşı karşıya kalınabilecektir.

Sağlık hizmeti üreticisi ekibin üyesi olarak hekim ve diğer sağlık personelinin, ekip üyeliği rolünden işveren-çalışan ilişkisi rolüne bir evrilme yaşadığı varolan uygulamalarla görülmektedir. Bu durum, ekip üyelerinin bağımsız mesleki uygulama ödev ve hakkını azaltmış ve ekip çalışması, dayanışma ve paylaşım davranışlarında yokoluş sürecini başlatmıştır.

**Bir model olarak aile hekimliği nedir?:**

Aile hekimliği/genel pratisyenlik bir ihtisas alanıdır ve hizmetlerini birinci basamakta sunmaktadır. Hizmet içeriği ya da hizmeti sunan kişinin özellikleri ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Küba'daki bir aile hekimi ile Almanya'daki, Slovakya'daki ya da İngiltere'deki aile hekimlerinin sağlıktaki rolleri ülkelerindeki politik yapı, sağlık finansman sistemleri ve sağlık hizmet sunumundaki farklılıklar ya da benzerlikler ölçüsünde benzeşmekte ya da farklılaşmaktadır. Örneğin Portekiz'de birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık merkezleri tarafından verilir. Ekip çalışması vardır. Ortalama 1500 kişiye bir aile hekimi düşmektedir. Küba'da bir ekip, aile hekimi ve hemşireden oluşur ve 800 kişiyi izlemekle yükümlüdür. Yerel polikliniklerde güçlü bir laboratuvar, röntgen ve destek servisleri, acil servisler, eğitim ve dal uzmanları bulunmaktadır. İngiltere'de aile hekimliği eğitimi iki yıl hastane eğitimi ve bir yıl saha eğitimi olmak üzere değişir. Özetle her ülkede aile hekimi denildiğinde anlaşılan ve kabul edilen tanımlama farklılaşır. Aile doktorluğu kavramı, Sovyet Bloğundan ayrılan ülkeler, Latin Amerika ülkeleri gibi gelişmekte olan birçok ülkede Dünya Bankası tarafından önerilen Genel Sağlık Sigortası gibi bir finansman ayağının da olduğu bir çerçeve içinde tartışılmaktadır. Türkiye'de gündemde olan "Sağlıkta dönüşüm" programının temel hedefi Dünya Bankası ve IMF tarafından da açıkça belirtildiği gibi tüm sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesidir. Aile hekimliği modeli de birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesidir. Varolan uygulamada Aile doktoru, kirasını kendi ödediği muayenehanesinde, işvereni olduğu sağlık personeliyle hizmet sunan, bir sigorta kurumuyla yapacağı bir yıllık sözleşmelerle finansmanını sağlayan bir sağlık çalışanı rolündedir. Getirilen modelde muayenehane hekimliği ön plandadır ki bu da hekimin yalnızlaşmasını ve rekabeti beraberinde getirmektedir. Hekimin işletmecilik becerisi ön plana çıkarılmıştır. Ayrıca Aile doktorluğu uygulamasının getireceği rekabetin baskısıyla hekimin yazacağı ilacın, Türkiye'de özel ve çoğunlukla uluslararası sermayenin elinde olması; her aile hekimi muayenehanesine alınacak tıbbi donanımın artık Sağlık Bakanlığı gibi büyük bir kurum tarafından değil, tek başına çalışan bireyler tarafından özel sektörden satın alınacak olması; Türkiye'deki sigortacılık sektörünün uluslararası sermaye ağırlıklı hale gelmesi; Dünya Bankası ve IMF'nin bu özelleştirmeden beklentilerini açıklayabilecek önemli unsurlardır.

Ailenin kutsallığından hareketle modele ismini veren aile hekimliği tanımlaması aslında bir aldatmacadır. Çünkü modelde ailenin her bir bireyinin ayrı bir hekimden hizmet alabilmesi öngörülmektedir. Yani ailenin bütünlüğü gözetilmemiştir.

Getirilen modelde sunulan hizmet hastalıklara odaklıdır ve hekimin, özellikle tedavi edici hekimlik iş yükü artacağı için, bireyi evinde ziyaret edip kendisinin ve ailesinin yaşam koşullarını değerlendirme olanağı kalmayacaktır.

Model aileyi, tüm sosyoekonomik değişkenleriyle bir bütün içerisinde değerlendirme kapasitesi taşımamaktadır. Bireylerin sağlığını, yaşadığı coğrafya, beslenme ve barınma özellikleri, yaşadığı çevre ve bu çevrenin sorunları doğrudan etkilemektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin koruyucu hizmetler açısından önemi düşünüldüğünde sunulacak hizmetin bu özellikleri de kapsayacak bir yapıya sahip olması önem taşımaktadır ancak aile hekimliği uygulamasında bu, önemsizdir.

Sağlık ocakları, sorumlu oldukları bölgede, sağlığı etkileyebilecek içme ve kullanma suları, akarsu ve dereler, ısınma koşulları, fabrikaların olası etkileri, gıda hijyeni gibi konularda resmi olarak çevre, tarım, belediye gibi kurumlarla işbirliği içinde bulunmakla yükümlü iken; Aile hekimliği uygulaması ise sadece bireye yönelik ve ağırlıklı olarak tedavi edici hizmet sunduğundan, bu bütüncül bakış açısını ve ödevi taşımamaktadır.

Bölgede yaşanabilecek salgınlar, seller, deprem gibi olağan dışı durumlarda sağlık ocakları, çok hızlı yanıt verme kapasitesine sahip iken aile hekimlerinin bu durumlarda etkin olabilmesi, ancak görevlendirilmeleri koşuluyla mümkün olabilecek ve yanıt kapasitesinde aynı yetkinlik gösterilemeyecektir.

Koşullar, Sağlık ocaklarında çevre sağlığı teknisyeni, hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, laborant gibi çalışanlardan oluşan ekibin genişletilmesini, güçlendirilmesini gerektirenteyken, aile hekimliği uygulamasında hizmetin sadece aile hekimi ve onun yanında çalıştırdığı aile sağlığı “elemanı” (ASE) tarafından verileceği gerçeği, günümüz sağlık gereksinimine yanıt veremeyecektir.

ASE olarak çalıştırılacak olan ebeler, hemşireler, sağlık memurları, “eleman” olarak kendi mesleki saygınlıklarını yitirecektir.

### **Ülkemizde sağlık hizmetlerine erişim sorunu, eşitsizlikler ve aile hekimliği uygulamasından etkilenim boyutu:**

İdeal olarak, sağlıkta eşitlik, herkesin tam sağlık potansiyeline erişebilme şansına sahip olması ve daha pragmatik olarak, sakınmadıkları sürece bu potansiyele ulaşmak açısından kimsenin dezavantajlı olmamasıdır. Sağlık hizmetlerine erişim, genel olarak finansal, coğrafi, sosyokültürel, organizasyonel başlıklarıyla değerlendirilmektedir.

Finansal eşitsizliğin en önemli nedeni gelir dağılımındaki eşitsizliklerin sonucunda ortaya çıkan yoksulluktur. Bu durum hizmet kullanımını düzeyinde sosyal güvencenin olmaması ve cepten ödemelerdeki güçlükle kendini gösterir. Türkiye’de aile hekimliği uygulaması, genel sağlık sigortasıyla birlikte Sağlıkta Dönüşüm Programının bir ögesi olarak gündeme gelmiştir. Ülkemizdeki sosyal güvenceye sahip nüfusun oranı ve bu nüfusun prim ödeme potansiyeli göz önünde bulundurulduğunda (Bağ-Kur’da %20’ler, SSK’da %85 civarındadır) sistemin tüm nüfusa sürekli ve düzenli bir sağlık güvencesi sağlayamayacağı ortadadır. Yalnızca primlerini ödeyebilen bireyler, Aile doktorlarından hizmet alabilecektir. Dolayısıyla yoksulların sağlık hizmeti alımının kötüleşeceği beklenmelidir.

Coğrafi eşitsizlik ise sağlık ihtiyacına göre ülke genelinde sağlık kuruluşları ve sağlık insan-

gücü dağılımının eşit olmaması sonucunda yoksul bölgelerde ortaya çıkan sağlık hizmeti yokluğu ya da var olan hizmetlere coğrafi olarak ulaşamamadır. Sağlık hizmetlerine sınıfsal konum, cinsiyet, dil, etnik köken, göç etmiş olma, ya da din gibi nedenlerle erişeme, sosyokültürel erişim eşitsizliğine neden olur. Türkiye’de sağlık göstergeleri, kırsal/kent ve bölgeler arasında eşitsizliklere işaret etmektedir. Özellikle Güneydoğu Anadolu Bölgesinde sağlık göstergelerinin halen ülke ortalamasının altında olduğu görülmektedir. Bebek ve anne ölüm oranları, bazı hastalıkların sıklığı, sağlık tesislerinin durumu, sağlık personeline düşen nüfus, sağlık hizmetlerine erişim gibi verilere baktığımızda diğer bölgelerden kötü durumdadır.

Sağlık sistemi ya da sağlık hizmeti veren kurumların yönetim, örgütlenme ve organizasyonlarındaki olumsuzluklar organizasyonel erişim sorunlarını beraberinde getirir ve bu boyutta eşitsizliklere neden olur. Kadınlar, çocuklar, engelliler, kronik hastalığı olanlar, yaşlılar, göçmenler ve yoksullar gibi farklı risk gruplarının sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık hizmetlerini kullanım farklılıkları ve sürekli sağlık hizmeti aldıkları kurumların olmaması, tüm toplumun sağlık düzeyini yükseltmede ciddi engeller oluşturur.

Yerleşim yerinin sağlık ocağına uzaklığının sağlık ocağından yararlanmayı azalttığı, kişinin bir sağlık güvencesine sahip olması, eğitim düzeyinin yüksek olması, ailenin gelir düzeyinin yüksek olması ve kadının evde söz sahibi olmasının sağlık hizmetlerine erişimi olumlu yönde etkilediği bilinmektedir.

**Tablo 1:** Sağlık Hizmeti sunumunda Sosyalleştirme Yasası ve Aile Hekimliği Mevzuatına göre sağlık Hizmetleri sunumu/ Hizmetlere Erişimin Karşılaştırması.

Etkileyen faktörler	Sosyalleştirme yasası	Aile Hekimliği
Gelir düzeyi (yoksulluk)	Eşit hizmet	Yoksullar daha az
İş sahibi olma/ Çalışma durumu	Eşit hizmet	İşsiz Temel teminat paketi (ulaşabilirse) Çalışana TTP + ödeme gücüne göre
Sağlık güvencesi	Eşit hizmet	Güvencesi olmayana hizmet yok
Cinsiyet	Tedavi edici hizmetlerde eşitlik söz konusuysen kadınlar yönelik koruyucu hizmetlerde pozitif ayrımcılık söz konusudur	Talebe göre şekillenecek, muayenehanede sunulan hekime dayalı hizmet, hekimin cinsiyetine göre kadınların hizmet alımını etkileyebilir
Yaş	Tedavi edici hizmetlerde eşitlik söz konusuysen bebek ve çocuklara özel izlem programları vardır	Bebek, çocuk ve yaşlılar için özel programlar yok.
Öğrenim düzeyi	Eşit hizmet ön görülmüştür. Bireyin eğitim düzeyine bağlı olarak hizmeti talep etmese de koruyucu hizmetler ona götürülmektedir	Sadece talebe bağlı, düşük eğitim düzeyi hizmetlerden haberdarlığı kötü etkileyebilecek, bu da ancak ciddi hastalık durumlarında hizmet alımı için başvuruyu-gecikmeyi- arttıracaktır
Din, dil, etnik köken, kültür farklılığı gibi özellikler	Eşit hizmet	Hekimlerin bireysel bakış açlarına göre din, dilsel farklılıklar hizmet alımını azaltabilir veya ekonomik kaygılar eşit davranmaya yol açabilir
Hizmetler hakkında bilgi sahibi olma	Eşit hizmet, ebeler tarafından yürütülen tüm saha hizmetleri bilgiyi doğrudan ya da dolaylı artırmaktadır	Saha gezileri yapılacağı belirtilse de uygulamada olanaksız görülüyor, ayrıca çevre sağlığı hizmetleri yok
Sağlık hizmetinin var olması	Entegre hizmet (koruyucu ve tedavi edici) mevcut	Tedavi edici hizmet ağırlıklı
Sağlık kurumunun varlığı	Sağlık Ocakları ve Sağlık evleri aracılığıyla kır ve kentte yaygın	Kırdaki hizmetler, kentteki aile hekimlerinin haftalık ziyaretlerine bırakılmıştır
Coğrafi uzaklık ve ulaşım giderleri	Hizmet halkın yakınında ve ulaşım kolay	Hekimin gitmediği her yerde hizmet daha az/yok
Sağlık insangücü (hekim) varlığı	Entegre hizmet için yaygın olarak mevcut	Hekim ağırlıklı hizmet, sadece ekonomik yarar ilkesine göre yaygın, kar yoksa hekim yok
Sağlık insangücü (hekim dışı personel) varlığı	Entegre hizmet için yaygın olarak mevcut	Hekim ağırlıklı hizmet, diğer personeller ekonomik kaygılar nedeniyle en aza indirilmiş durumda olacak



## Toplumumuzda kültürel birikim sağlığı destekleyici midir?

### Aile Hekimliği uygulaması bu süreçte sağlık gereksinimini karşılayıcı kültürel destek bulur mu?

Sağlık arama davranışıyla ilgili olarak yapılan araştırmalarda, insanların çok az bir kısmının koruyucu önlemlere uyarak yaşadığı gösterilmiş ve sağlık hizmeti almama nedeni olarak; sosyal güvencesizlik, ekonomik yetersizlikler, toplumsal dışlanma ve cinsiyete bağlı erişim engelleri sıralanmıştır.

Toplumumuzdaki kültürel birikim, kişiler, aileler, sosyal gruplar ve yaşanan coğrafi yer bağlamında farklılık göstermektedir. Bu farklılık, insanların sağlık hizmetlerine erişmesine, dışlanmasına ve bazı dezavantajlı grupların (örneğin sosyal güvencesi olmayanların, kadınların, özellikle kırsal kesimde yaşayan engellilerin, yaşlıların vb) ihmal edilmesine neden olmaktadır. Bu nedenle, kültürün ayrımcılık yapabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu bağlamda Toplum tanımayan bir uygulama modeli -aile hekimliği uygulaması- başarılı olamaz. Çünkü sosyal refah devleti, liberal devletin geleneksel adalet, asayiş ve savunma hizmetlerinin dışına çıkararak eğitim, sağlık, konut, sosyal güvenlik, sosyal yardım gibi, toplumun tüm kesimlerinin refahını ilgilendiren kamusal hizmetleri de üstlenmişken Sağlıkta Dönüşüm Programı- AH uygulaması ile bu ödevi reddetmekte, yük olarak görmektedir.

AH uygulaması; bölgeler arasındaki gelişmişlik farklarının ve kır-kent ayırımının azaltılmasını; çeşitli bölgelerde yaşayan insanların kalkınmanın getirilerinden, ekonomik ve toplumsal hizmetlerden gereksindikleri kadar yararlanmalarını; eğitim, sağlık, konut, altyapı ve çevre hizmetlerinin tüm toplum kesimlerine ulaştırılmasını hedeflemeyen bir siyasi tercihin uygulamasıdır. Bu siyasi tercihin olası sonuçları ise kültürel boyutta toplum kesimlerinin birbirine yabancılaşması, toplumda gerilim, çatışma ve çözülmedir.

### Bir model olarak AH sorun çözücü nitelikte midir?

#### - Bireye yönelik korumayı gerçekleştirebilir mi?

Sağlık hizmetlerinden yararlanmada, bireylerdeki farkındalık durumu önemli bir unsurdur. Sorunun farkında olan kişi hizmeti talep eder ve hizmetten faydalanır. Oysaki koruyucu sağlık hizmetleri gibi farkındalığın ve talebin az olduğu hizmetlerin talep edilmese dahi bireyi koruma adına verilmesi gerekir ve bu hizmetlere farkındalığın artırılması gerekir. Bu nedenle farkındalık yaratmayı öncelemeden ve sadece başvuranlara hizmet sunan Aile Hekimliği sisteminde üreme sağlığı gibi mevcut yürütülmekte olan programlarda zafiyetler ortaya çıkacaktır.

#### - Çevreye yönelik korumayı gerçekleştirebilir mi?

Aile Hekimliği uygulamasında sağlıkta dönüşümün ürünü parçalanmayla su denetimine indirgenmiş çevre sağlığı hizmetlerinin, Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) tarafından verileceği, oysaki bu merkezlerdeki yetersiz personel sayısı, güdülenme eksikliği, denetim eksikliği, bu merkezlerin ayrı olarak kurgulanmasının getirdiği bütüncül yaklaşım kaybı ve çalışanların ücretlendirilme eşitsizliği, çevre sağlığı hizmetlerinde yaşanacak sorunlar olarak ortaya çıkacaktır.

#### - Bağışıklama ve salgın yönetimi gibi topluma yönelik korumayı gerçekleştirebilir mi?

Kaydolamayan nüfusa aşılama hizmeti verilemeyecek ve esas uygulayıcısı olan hekim dışı sağlık personelinin bu hizmetlere ayıracak zamanı azalabilecektir. BCG aşısı gibi özel uygulama gerekliliğinin olduğu aşılarda sorun yaşanabilecektir. Fizik mekan ve ekipman, hem aşılama güvenliği, hem de ailelerle iletişim ve eğitim açısından uygun olmayacak, rutin aşılar o merkeze başvuranlarla sınırlı kalacaktır. Dönemsel toplu nüfus hareketlerinde (geçici tarım işçileri gibi) sağlık hizmetini hangi kurumun vereceği çok açık değildir. Sistem içinde hekim, yapılan aşılarda toplumu nasıl etkilediğini ancak TSM bir analiz yapar ve geri bildirimde bulunursa bilebilecektir. Kişilerin istediği hekimi seçmesi ile birlikte, hizmette bölgesel özellik kalmayacak ve payda bilinmediği için aşı oranları hesaplanamayacaktır. Kalem aşılarının, bir başka deyişle bilgisayar teknolojisinin getirdiği değişimle birlikte mouse aşılarının bildirimini artacaktır. Bulaşıcı hastalıklar tek tek yakalanınca değil, salgın gerçekleştiğinde fark edilecektir.

#### - Kronik hastalıklara karşı korumayı gerçekleştirebilir mi?

Kuramda ikna edici gibi olsa da pratik uygulamalarda bunun gerçekleşmediği görülmektedir. Çünkü Düzce'deki izlenimlere göre hizmet, tedavi ağırlıklıdır. Hasta sayısı fazla olduğundan yeterli zaman ayıramama sonucunda hizmet kalitesi düşmektedir. Koruyucu hizmetler, başvuranlara verilmekte ve düzenli izlem hiç yerleşmemiş durumdadır. Kronik hastalıklar, pahalı hizmet gerektirdiğinden sigorta sistemini kötü etkileyecek bir grup olacaktır. Bu da sigorta sistemlerinin bunu önleyici müdahalelerine yol açacak ve kronik hastalıklar için risk taşıyan gruplara farklı tutumlar sergilenebilecektir.

#### - Mental Hastalıklara karşı korumayı gerçekleştirebilir mi?

Mental hastalıklardan korunma için zorunlu olan birincil, ikincil ve üçüncül korunma önlemlerinin aile hekimi tarafından verilemeyeceği görülmektedir. Çünkü bu iş tek başına aile hekimini değil; ebe, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, psikiyatristler ve öğretmenler gibi pek çok meslek grubunu ilgilendiren bir iştir. Dolayısıyla multisektöryel çalışılması gereken bu alana, bütüncül bakış açısını içermeyen aile hekimliği sistemi, çözüm getiremeyecektir.

#### - İş- işçi sağlığı gereksinimini karşılayabilir mi?

Mevzuatta belirsizlikler ve pilot uygulamalar arasında farklılıklar vardır. Aile hekimliği nasıl koruyucu sağlık hizmetleri temelinde bütünlüklü ve ekip anlayışı içinde sağlık hizmet sunumunu tahrip edecekse, aynı şekilde işyerlerinde üretim sürecindeki işçilerin sağlıklarının korunması ve geliştirilmesine dönük bütünlüklü ve ekip anlayışına uygun sağlık hizmet sunumunu da ortadan kaldıracaktır. Çok disiplinli çalışmaya ihtiyacın olduğu bu alanda, aile hekiminin yanına aldığı bir aile sağlığı elemanı ile birlikte tüm hizmetleri nasıl gerçekleştireceği soru işaretidir.

#### **Aile hekimliği toplum kalkınmasına ve toplum ve bireylerin katılımlarına ne denli açık? Dayanışmalarını ne denli sağlayıcı? Haklarına ne denli hürmetkar?**

Sağlık Ocağı personelinin çalıştıkları yörelerdeki **toplumun kalkınmasına** yönelik görevleri (kooperatiflerin desteklenmesi, hayvancılık, balıkçılık, ... gibi ekonomik faaliyetler gibi okuma-yazma kursları düzenlemek, konferanslar vermek, su sağlanması, okul yaptırılmasına liderlik etmek..) ilgili mevzuatta yer almaktayken, aile hekimliği uygulamasının bu görevle ilişkilendirilmesinin zemini yoktur.

1978'de Alma Ata konferansında tanımlanan temel sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde, toplumun yalnızca katkısının değil, hizmetin planlanmasına dek katılımının, etkinliği artıracağı saptaması yapılmış ve az gelişmiş- gelişmiş ülkelerin tümüne hizmetin örgütlenmesinde toplum katılımı mekanizmalarını kurma çağrısı yapılmıştı. Bu çağrıdan 17 yıl önce ülkemizde kabul edilen sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine dair yasa ile bu mekanizmaların kurulmuş olduğu gerçeğinin altını çizmek gerekir. Ne var ki, Aile Hekimliği uygulaması mevzuatında toplumun sağlıkla ilgili karar alma, planlama ve denetleme süreçlerine katılımı öngörülmemiştir. Hekim seçiminin piyasayı düzenleyeceği varsayılmıştır. Sağlık hizmeti gereksiniminin piyasanın kurallarına göre düzenlenemeyeceği, sağlığın meta karakteri taşımadığı, hizmete gereksinim duyanın tüketici davranışı sergileyemeyeceği, profesyonellerin seçimine uymak zorunda kalacağı gerçeğine rağmen Aile Hekimliği sistemi, katılımı öngörmeyen, katılım mekanizmalarının tahrip edilip piyasanın düzenleyiciliğine güvenmenin esas alındığı sisyasi bir tercih olarak uygulanmaktadır.

Aile hekimliği uygulamasının ideolojik düşüncesi **dayanışmayı** değil-bireyi yalnızlaştırmayı hedeflemektedir. Bireyselleşme evrimi tersine çevirmektedir. Toplumu toplum yapan temel karakterlerden biridir dayanışma. Dayanışma kültürünün sağlıkla ilişkili temel yaşam hakkıyla ilgisi vardır. İlk insan dayanışarak toplumlaşmaya girmiş ve modern toplumlarda örgütlenme ortaya çıkmıştır. Asya kültüründe dayanışma daha da önem taşımaktadır. Toplumlar birlikte dayanışarak yaşıyorlarsa cemiyetleşir ve modern topluma geçebilir. Aile Hekimliği uygulamalarının içinde hayat bulacağı Sağlıkta Dönüşüm Projesinde bir bütün olarak kaynaklar esas olarak bilimsel ve etik değerleri zorlayan 'piyasa' ilkelerine göre dağıtılacaktır. Sağlık alanında basit piyasa mantığının sonucu **kaynakların dağıtımının** adil ve eşitlikçi olabilmesi olanaklı gözükmemektedir. Oysa, kaynak dağıtımında her şeyden önce toplumun dezavantajlı kesimlerine (Dezavantajlıların en önemlisi yoksullardır, işsizlerdir, iş güvencesizler, örgütsüzler, çocuklar, engelliler vs. hatta üçüncü dünya hegemonyasındaki muhalifleri de dezavantajlı olarak kabul etmek gerekir.) öncelik verilmiyorsa, söz konusu politikaların insan sağlığını yükseltmeye yönelik oldukları söylenemez.

AH mevzuatı incelendiğinde metinlerde **hasta hakları** ile ilgili doğrudan bir madde bulunmamaktadır. Uygulama, pek çok yönüyle gerçekte İnsan Hakları, Sağlıklı Yaşam ve Sağlık Hizmetlerine Erişim Hakkı, anlayışıyla çelişmektedir. Hasta hakkı hekimin mesleki bağımsızlığından ayrılamaz. Sigortanın baskısı hekimin bağımsızlığına zarar vericidir. Hasta hakkı ihlalleriyle ilgili sorunlar beklenmelidir.

### **AH modeli sosyal hastalıkların (örn.TBC) yönetiminde çözüm sağlayıcı olabilir mi?**

Aile hekimliği uygulaması, çoğunluğu buzdağı fenomeni nedeniyle toplum tabanlı özel programlarla aranmaz ise görülemeyecek olan, hastaları ve kimi zaman yakınlarını da damgalayıcı etki ile bireyi hastalıktan ayrı bir olumsuzlukla karşı karşıya bırakan sosyal hastalıklarla mücadelede zaafa yol açacaktır. Bireye yönelik sunulan hizmetlerle bu tür sorunların çözülemeyeceği açıktır. AH uygulamasına geçilen yerlerde Toplum Sağlığı Merkezleri bu işlevi görecek donanım ve motivasyonundan uzaktır ve VSD gibi bu tür sorunlarla mücadele eden kurumlar da zaafa uğratılmıştır.

**Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi, toplumun sağlık düzeyinin izlenmesi ve hizmetlerin yeniden planlanmasında temel olan sürveyans aktiviteleri AH uygulamasıyla zaafa uğrayacak, sosyalleştirmenin nüfus ve bölge tabanlılık özelliğinin sağladığı epidemiyolojik bütünlük AH uygulamasına geçilen yerlerde sağlanamayacaktır. Bildirim sistemi, yılların deneyim ve birikimine rağmen zaafa uğrayacak ve sağlık hizmetlerinin planlanmasına te-**

mel olacak veriler ancak özel araştırmalarla derlenebilecektir.

## **Sağlık sorunlarının önceliklere göre sıralanmasında Aile Hekimliği uygulamasının nasıl**

**sonuçlar doğurabileceği değerlendirildiğinde** Alma-Ata Bildirgesinde önceliklendirmenin hakkaniyet bakışıyla öngöröldüğü, AH uygulamasının üstyapısını oluşturan Sağlıkta Dönüşüm Programında ise Dünya Bankasının yararçı bakışının egemen olduğu görölmektedir. Çünkü varolan uygulamada Aile Hekimine kayıtlı olanların listesi bir toplumu temsil edemeyecektir. Dolayısıyla toplum tabanlı veri sağlanamayacak ve önceliklendirme yapılamayacaktır.

**Aile Hekimliği uygulaması ayrıca Tıp Eğitiminin ülke gereksinimlerine göre yapılmasına** da zarar verecektir. Çünkü, hakkaniyet ve insancıl sağlık hizmeti gibi vazgeçilmez özelliklerin bir kenara bırakıldığı Sağlıkta Dönüşüm Programı'yla birlikte tıp eğitiminin toplumdaki uygulamaları için uygun alan kalmayacak, öğrencilere meslek ahlakı kurallarına uygun tutum kazandırmak zorlaşacak, bütünlüğünü yitiren koruyucu, geliştirici, tedavi edici ve esenlendirici hizmetleri öğrencilerin kendi zihinlerinde bütünlüştirmelerini beklemek gerekecektir.

Özetle:

- Birinci Basamakta hizmet veren Sağlık Ocaklarının kapatılıp yerlerine Aile Hekimliği uygulamasının ikame edililişi, Sağlıkta Dönüşüm Programının ögelelerinden biri olup Birinci basamağın Özeleştirilmesi, temel sağlık hizmetlerinin ticarileştirilmesi uygulamasıdır.
- Sistemin kurgusunda, çağdaş sağlık örgütlenmesinin temel özelliği olan toplum tabanlı yaklaşım olmadığı gibi, topluma yönelik hizmetlerin örgütlenişinde yararlanılması gereken çok sektörlü çalışma, multidisipliner yaklaşım zafiyeti vardır.
- Ülkemizde toplum, aile ve birey kendilerini sağlıklı kılmak için gerekli bilgi, tutum, davranış ve donanıma sahip değildir. Sağlıkları zedelendiğinde bile yeniden kazanmak için sağlık arama davranışlarının geliştirilmesine yönelik kamusal hizmetler çok yetersizdir. Dolayısıyla bireylerin ve ailelerin kendi sağlıklarından sorumlu kılınması anlayışı ve başvuruya dayalı bir hizmet örgütlenmesi biçimde olan aile hekimliği ile sağlıkta eşişsizlikler daha da derinleşecektir. Kamusal sorumluluk yurttaşa yüklenecektir.
- Adı her ne kadar aile hekimliği olsa da bu isimlendirmenin aileye atfedilen olumlu değerlerden yararlanmak istercesine bu adla anılmakta olduğu, oysa aile bütünlüğüne hürmet etmediği, özellikle çalışan ebeveyn ile çocuklarının aynı aile hekiminden hizmet alışının önünde uygulamada birçok engel olacağı, aile bireylerinin birbirinden ayrı hekimlere kayıt edilebileceği, ülkemizde ve dünyada tarafların aile hekimliği ile algıladıklarının farklı olduğu açıktır. Eski filmlerde görölen "ailenin doktoru" ile bu kavram arasında içerik yönünden ciddi farklılıklar vardır.
- Ülkemizde sağlıkta var olan eşişsizlikleri gideremeye uygun bir hizmet sunum modeli değildir.

- Bulaşıcı hastalıklar, süregen hastalıklar, ruhsal hastalıklar ve verem gibi sosyal hastalıkların özel denetim programları, aile hekimleri aracılığıyla özelleştirilmiş birinci basamak sağlık örgütüyle zaafa uğrayacaktır.
- Ülkemizde başlıca-en önemli sağlık sorunlarını tespitte yönelik sürekli toplumdaki veri toplayan sağlık ocakları kapatıldığı için duran-aksayan veri akışı, aile doktorlarının muayenehanelerinden gönderecekleri verilerle karşılanamayacak, sağlık sorunları için öncelik ve önem sıralaması yapılamayacak, dolayısıyla halkın sorunlarını önceleyen bir kaynak tahsisi, bu sorunları çözmeye yönelik bir tıp eğitimi yapılamayacaktır.

Toplumun yeniden üretilmesi hedefi, bölgeler arasındaki gelişmişlik farklarının, kır-kent ayırımının giderilmesi, çeşitli bölgelerde yaşayan insanların kalkınmanın getirilerinden (eğitim, sağlık, refah), ekonomik ve toplumsal hizmetlerden gereksindikleri kadar yararlanmalarını kapsar. Bu dayanışma sağlanmadığında toplum kesimleri birbirine yabancılaşır; toplumda gerilim, çatışma ve çözülme ortaya çıkar. Toplumun hiçbir kesiminin yoksullaşarak toplumsal yaşamdan dışlanmasına olanak vermeyen, bütünleştirici politikalar çözülmenin tek alternatifidir.

## ■ GENEL TARTIŞMADA ÖN PLANA ÇIKAN NOKTALAR

Genelde kamu sektörüne, özelde sağlık hizmetlerine ciddi bir saldırı vardır. GSS ile para toplanamayacağı anlaşılmış, pilot illerdeki uygulamalar Dünya Bankası finansıyla geçici bir süre için gerçekleştirilebilmektedir. Bu nedenle Aile Hekimliğinin yaygınlaştırılması hemen durdurulmalıdır.

Genel olarak planlama, özel olarak sağlık planlaması yapılırken sadece nüfus parametresini temel alan bir planlama eksik kalacaktır, kaynaklar ve girdiler olabildiğince kapsamlı bir biçimde ele alınmalıdır. Normatif bakış açısıyla toplum için neyin “iyi” olduğuna karar verme, planlama pratiğinin topluma yabancılaşmasına neden olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin planlanmasına ilişkin süreçlerde bu yabancılaşmayı ortadan kaldırmak önemlidir.

Kentlerde sağlık hizmetlerinin planlanmasında büyük kentlerdeki nüfusu 800 bini aşan dev ilçeler ayrı biçimde ele alınmalıdır. Örgütlenme büyük kentlerde nüfus tabanlı olabileceken, orta büyüklükteki yerleşmelerde ilçelere göre olabilir.

Sağlık hizmetlerinin planlanması sürecinde nüfus ve sağlık konusundaki veri eksikleri tamamlanmalıdır. Anne ölümleri, kadın sağlığı, kadına yönelik ayrımcılık gibi alanları da içeren, daha ayrıntılı ve daha kapsayıcı verilere gereksinim vardır. İleriye dönük nüfus projeksiyonlarıyla yeni sorun alanlarına yönelik öngörüler geliştirilmelidir. Önümüzdeki yıllarda 2-20 bin nüfuslu yerleşimler, kente gelen dışlanmış nüfuslar olası sorun alanlarıdır. Hizmetten yararlananların görüşleri de değerlendirilmelidir.

Sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunumunda sosyal bilimlerden yararlanılmalı, disiplinler arası çalışmalarla bu alandaki bilgi birikimi zenginleştirilmelidir. Bu çerçevede akademisyenlerin, meslek örgütlerinin ve sendikaların işbirliği önem kazanmaktadır.

Sağlık çalışanları birinci basamağa uygun biçimde yetiştirilmelidir. Eğitim programları toplumun gereksinimlerini işaret etmeli ve eğitim toplum tabanlı olmalıdır. Tıp Sağlık Konseyi bu alanda etkin bir işlev görmelidir. Meslek örgütleri sağlık sisteminin içinde eğitici, denetçi ve uygulayıcı olarak yer almalıdır.

Kırk yıllık birikimin ve başardıklarımız öne çıkartılmalıdır. Sağlık hakkının savunulması yaşamsaldır. Neoliberal politikalara, sağlıkta özelleştirmeye ve piyasa dinamiklerine karşı, makro düzeyde ve bütünlükçü bir mücadele yürütülmelidir. Bu süreç toplumsallaştırılmalı ve siyasallaştırılmalıdır.

## SONUÇ

Artan kentsel nüfus, eşitsiz büyüyen kentler, bölgesel farklılıklar, kent yaşamındaki değişimler, kente gelen yoğun göç nüfus gibi etkenler kentlerde sağlık hizmetleri sunumunun güncelleştirilmesi ve geliştirilmesini zorunlu kılmıştır. Bununla birlikte bu etkinlik kırsalda sağlık hizmetleri ve sağlığın daha kötü durumda olduğu gerçeğini göz ardı etmeyerek planlanmıştır. Gerek bakış açısı gerekse çözüm önerileri kırsalda sürdürülen sağlık hizmetleri için de geçerlidir.

Kentlerde Sağlık Hizmetleri atölye çalışmasına yön veren iki temel TTB değeri: SAĞLIK HAKKI ve KAMUCU SAĞLIK SİSTEMİ'dir. Sağlık hakkını tanımlanması, sağlık hizmetine daraltmadan tarihsel olarak ortaya çıktığı bütünlükle ele alınmadır. Sağlık hakkı iki temel bileşenden oluşmaktadır. Birincisi "sağlıklı varolma hakkı" ya da "sağlıklı yaşama" hakkı dediğimiz, sağlık hizmetini aşan, daha bütünlüklü bir çerçeve koyan kısımdır. Sağlıklı varolma (yaşama) için gerekenleri tanımlar: iş, gelir, sosyal güvence, barınma, beslenme, insancıl çalışma ortamı, toplumsal yaşama katılma, temsil edilme.... İkinci kısım "sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı" olarak tanımlanabilir. Eşit, ulaşılabilir, tüm nüfusu kapsayan ücretsiz, nitelikli sağlık hizmetinden her yurttaşın yararlanmasını ifade eder. Bu iki bileşenin birlikte gerçekleşmediğinde kentlerdeki sağlık hizmetinin ve sağlık düzeyinin istenen düzeye gelmesi mümkün değildir. Kamucu sağlık sistemi finansmanın devlet bütçesinden ve hizmet sunumunun devlet tarafından yapıldığı bir sistemdir. Kamucu bir sağlık sistemi devletin sağlıkta sorumluluk aldığı ve sağlığı meta olarak algılanmadığı bir perspektif sunar.

Atölye çalışmasında grupların tartışmasında ortaya çıkan temel noktalar ve geliştirilen öneriler şöyledir:

### **Grup-1: Kentlerde Sağlık Örgütlenmesinin İlkeleri: Çok sektörlü yaklaşım**

Sağlık hizmetlerinin sunumu ve örgütlenmesi söz konusu olduğunda, kentlerin mekan ve nüfus özellikleri konusunu gündeme gelmektedir. Kentsel alanda, merkezde doğurganlığın az olmasının getirdiği olgun/yaşlı nüfus, diğer yandan da kentin göç alan yerleşimlerinde yüksek doğurganlık ve genç nüfus bulunmaktadır. Diğer yandan kadınların çalışma yaşamına daha yoğun katılımı söz konusudur. Kentler kendi içinde homojen olmadığı gibi Türkiye'nin kentleri arasında da büyük farklar vardır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda, tüm bunların göz önüne alınması gerekmektedir.

Sağlık hizmet birimlerinin, kente eşit olarak dağılmış küçük birimler halinde, belli bir coğrafi bölge sınırı içinde sunulması, hizmetlerin bir ekip tarafından bütüncül yaklaşımla yürütülmesi örgütlenme ilkelerinin başında gelmektedir.

224 sayılı Yasa'nın tarif ettiği örgütlenme, hem kapsam hem de sağlık ocaklarının yerleşimleri anlamında en uygun modeldir. Ancak kentsel bölgede sağlık ocağı hizmetlerinin geliştirilmesi söz konusudur. Kentin ya da sağlık ocağı bölgesinin özelliklerine göre, sunulan hizmetlerin kapsamı genişletilebilir ya da bazı hizmetler daha ağırlıklı olarak sunulabilir

olmalıdır.

Çevre sağlığı hizmetlerinin sağlık örgütlenmesi içinde olması, sağlığa bütüncül bakış için gereklidir. Ayrıca, toplum beslenmesi, diş sağlığı hizmetleri, sosyal ve fiziksel rehabilitasyon sorunlarının çözümü için de birinci basamak ve ikinci basamakta uygun örgütlenme yoluna gidilmelidir. Okul sağlığı ve işçi sağlığı iş güvenliği hizmetlerinin temel birinci basamak sağlık kuruluşu olan sağlık ocakları ile birlikte çalışması ve kayıtlarını ortaklaştırması gereklidir.

## **Grup-2: Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Çalışma Grubu**

### **Finansman:**

Sağlık hizmetlerinin finansmanının progressif vergilerle oluşturulmuş genel bütçeden sağlanması ve Temel Sağlık Hizmetlerine bütçeden ayrılan payın artırılması gereklidir.

### **Sağlık hizmeti sunumu:**

Tanımlanmış nüfus ve bölge tabanlı hizmet anlayışının geliştirilmesi ve basamaklı sağlık hizmetlerinin işletilmesi önemlidir. Nüfusun tanımlanmasında sağlık çalışanlarının evde yaptıkları tespit yaşamsaldır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ilk başvuru yeri olarak kullanılması, sevk ve geri bildirim mekanizmasının işletilmesi gereklidir. Sağlık hizmeti sunumunda hizmetlerin gereksinim temelinde çeşitlendirilmesi ve eşitsizlikleri ortadan kaldırmaya yönelik olarak "pozitif ayrımcılık" uygulanması gereklidir. Proje temelli çalışmalardan kaçınılması, rutin hizmetlerin güçlendirilmesi özellikle vurgulanmıştır. Okul sağlığı ve işçi sağlığı gibi özellikli hizmetler yeniden yapılandırılmalı ve entegre biçimde sunulmalıdır. Sağlık Ocaklarının eksik kadrolarının tamamlanması, özellikle koruyucu hizmetlerin evde ve ebe, hemşireler tarafından yürütülmesi gereklidir.

### **Sağlık Çalışanları:**

Sağlık çalışanlarının eğitiminde toplum odaklı ve toplum tabanlı eğitim programları uygulanmalı ve sağlık çalışanlarının görev tanımları çerçevesinde çalışmalarına son verilmelidir. Sağlık çalışanları kamu çalışanı olmalı, tam gün çalışma esasına dayalı ve ücretler maaş üzerinden olmalıdır. Nöbet ve gezici hizmetler ek ödemelerle desteklenmelidir. Sağlık çalışanlarına grevli-toplu sözleşmeli sendikal örgütlenme hakkı tanınmalı, eğitim, atama ve çalışma düzeninin denetlenmesinde meslek örgütlerine yetki verilmelidir.

### **Yönetmelik Mekanizmalar:**

Yöneticiler Halk Sağlığı ve sağlık yönetimi eğitimi almış kişiler olmalı, asaleten görevlendirme yapılmalı, sorumluluk ve yetki eşitliği sağlanmalıdır. Yönetmelik açıdan Sağlık Grup Başkanlıklarının güçlendirilmesi özellikle büyük kentler açısından vurgulanmıştır. Sağlıkla ilgili diğer kurum ve kuruluşlarla entegrasyonun sağlanabilmesi için il ve ilçe düzeyinde mevcut yasalarda bulunan kurulların (SO sağlık kurulu vb) işletilmesi gereklidir. Denetimin nesnel kriterler temelinde yapılması, tarafsızlığın korunması, cezalandırma aracı değil, sürekli mesleki gelişim amacıyla kullanılmalıdır.

## **GRUP-3: Aile Hekimliği Ülkemiz İçin Uygun Bir Model midir?**

Aile hekimliği ülkemiz için uygun bir hizmet sunumu sistemi midir sorusunu çok sektörlü ve multi-displiner bir kurgu ile tartıştığımız grup çalışmasında aşağıdaki saptamalar yapıldı:

- Birinci Basamakta hizmet veren Sağlık Ocaklarının kapatılıp yerlerine Aile



Hekimliği uygulamasının ikame edilişi, Sağlıkta Dönüşüm Programının ögelerinden biri olup Birinci basamağın Özelleştirilmesi, temel sağlık hizmetlerinin ticarileştirilmesi uygulamasıdır.

- Sistemin kurgusunda, çağdaş sağlık örgütlenmesinin temel özelliği olan toplum tabanlı yaklaşım olmadığı gibi, topluma yönelik hizmetlerin örgütlenişinde yararlanılması gereken çok sektörlü çalışma, multidisipliner yaklaşım zafiyeti vardır.
- Ülkemizde toplum, aile ve birey kendilerini sağlıklı kılmak için gerekli bilgi, tutum, davranış ve donanımına sahip değildir. Sağlıkları zedelendiğinde bile yeneden kazanmak için sağlık arama davranışlarının geliştirilmesine yönelik kamusal hizmetler çok yetersizdir. Dolayısıyla bireylerin ve ailelerin kendi sağlıklarından sorumlu kılınması anlayışı ve başvuruya dayalı bir hizmet örgütlenmesi biçimde olan aile hekimliği ile sağlıkta eşitsizlikler daha da derinleşecektir. Kamusal sorumluluk yurttışa yüklenecektir.
- Adı her ne kadar aile hekimliği olsa da bu isimlendirmenin aileye atfedilen olumlu değerlerden yararlanmak istercesine bu adla anılmakta olduğu, oysa aile bütünlüğüne hürmet etmediği, özellikle çalışan ebeveyn ile çocuklarının aynı aile hekiminden hizmet alışının önünde uygulamada birçok engel olacağı, aile bireylerinin birbirinden ayrı hekimlere kayıt edilebileceği, ülkemizde ve dünyada tarafların aile hekimliği ile algıladıklarının farklı olduğu açıktır. Eski filmlerde görülen “ailenin doktoru” ile bu kavram arasında içerik yönünden ciddi farklılıklar vardır.
- Ülkemizde sağlıkta var olan eşitsizlikleri gideremeye uygun bir hizmet sunum modeli değildir.
- Bulaşıcı hastalıklar, süregen hastalıklar, ruhsal hastalıklar ve verem gibi sosyal hastalıkların özel denetim programları, aile hekimleri aracılığıyla özelleştirilmiş birinci basamak sağlık örgütüyle zaafa uğrayacaktır.
- Ülkemizde başlıca-en önemli sağlık sorunlarını tespitte yönelik sürekli toplumdandan veri toplayan sağlık ocakları kapatıldığı için duran-aksayan veri akışı, aile doktorlarının muayenehanelerinden gönderecekleri verilerle karşılanamayacak, sağlık sorunları için öncelik ve önem sıralaması yapılamayacak, dolayısıyla halkın sorunlarını önceleyen bir kaynak tahsisi, bu sorunları çözmeye yönelik bir tıp eğitimi yapılamayacaktır.

Toplumun yeniden üretilmesi hedefi, bölgeler arasındaki gelişmişlik farklarının, kır-kent ayrımının giderilmesi, çeşitli bölgelerde yaşayan insanların kalkınmanın getirilerinden (eğitim, sağlık, refah), ekonomik ve toplumsal hizmetlerden gereksindikleri kadar yararlanmalarını kapsar. Bu dayanışma sağlanmadığında toplum kesimleri birbirine yabancılaşır; toplumda gerilim, çatışma ve çözülme ortaya çıkar. Toplumun hiçbir kesiminin yoksullaşarak toplumsal yaşamdan dışlanmasına olanak vermeyen, bütünleştirici politikalar çözülmenin tek alternatifidir.

# EKLER

## EK-1: TARTIŞMA SORULARI

### ■ Grup 1: Kentlerde sağlık örgütlenmesinin ilkeleri ve entegrasyon

1. Kentlerde yaşayan toplumun yapısı göz önünde bulundurulduğunda sağlık hizmetlerinin sunumu ve örgütlenme özellikleri neler olmalıdır?
2. Kamu yönetimi açısından sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi modeli nasıl olmalıdır?
3. Kentsel bölgedeki sağlık kuruluşlarının fizik yapı ve lokalizasyon özellikleri neler olmalıdır?
4. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda:
  - I- Hizmetler entegre bir şekilde nasıl yürütülebilir?
    - a) Hasta bakımı/sevk
    - b) Ev ziyaretleri
    - c) Çevre sağlığı
    - d) Bulaşıcı hastalık mücadelesi
    - e) Çocuk sağlığı
    - f) Üreme sağlığı
    - g) Aşılama / soğuk zincir
    - h) Okul sağlığı hizmetleri
    - i) Kronik hastalık kontrolü / taramalar
      - a. Ağız ve diş sağlığı
      - b. Fizik tedavi- rehabilitasyon
      - c. Sosyal hizmetler
      - d. Yaşlı sağlığı hizmetleri
      - e. İşçi sağlığı hizmetleri
      - f. Okul sağlığı hizmetleri
      - g. Diğer.....
  - II- Çeşitli birinci basamak kuruluşları arasında eşgüdüm nasıl sağlanabilir? (işyeri sağlık birimi, okul sağlığı vb)
  - III- Çevre sağlığı hizmetlerinin eşgüdümü nasıl sağlanabilir? (belediye, çevre müdürlüğü ve sağlık müdürlüğü)
  - IV- Sağlık hizmetlerinde basamaklar arası entegrasyon nasıl sağlanabilir?
5. Toplum katılımı nasıl sağlanmalı?
6. Sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi farklı olan illerde, ilçelerde, kırsalda hizmet sunumunda nasıl değişiklikler yapılabilir (uyum mekanizmaları)
  - o Yoğun göç alan gecekondu bölgeleri
  - o Çok katlı yerleşim alanları (siteler)
  - o Orta-üst sınıf yerleşim alanları
  - o Kentlere yakın, işçi semtleri
  - o Sanayi siteleri

## ■ Grup 2: Sosyalleştirme

Sosyalleştirme Yasa'sının uygulanması sırasında kentlerde yaşanan sorunlar / tikanıklar ve bu sorunlara çözüm önerilerinin tartışıldığı bir çalışma yürütecektir.

### Yanıt aranan sorular:

1-Kentlerde sosyalleştirmenin yürütülmesinde ne tür yatırım/finansman sorunları yaşandı/ yaşanmakta?

- a. Altyapı, bina
- b. Taşıt
- c. Personel
- d. Donanım
- e. Teknoloji

Bu sorunlar nasıl çözümlenebilir(di)?

2-Kentlerde sosyalleştirmenin yürütülmesinde sağlık çalışanları ile ilgili olarak ne tür sorunlar yaşandı/ yaşanmakta?

- a. Personel doluluk oranları
- b. Gezi tazminatları
- c. Personel çeşitliliği
- d. Hizmet içi eğitim
- e. Sağlık personelinin yetiştirilmesi
- f. Atama koşulları (istihdamı)
- g. Sağlık personelinin niteliği(pratisyen hekim, hemşire, ebe, vb.)
- h. Bu sorunların aşılması için neler yapılabilir(di)?

Bu sorunların aşılması için neler yapılabilir(di)?

3-Kentlerde sosyalleştirmenin yürütülmesinde donanım ile ilgili ne tür sorunlar yaşandı/yaşanmakta?

- a. Taşıt benzin
- b. Laboratuvar; demirbaş/sarf malzemesi
- c. Teknoloji yeterliliği
- d. Altyapı, bina
- e. Kayıt sistemi

Bu sorunların aşılması için neler yapılabilir(di)?

4-Kentlerde sosyalleştirmenin yürütülmesinde hizmet yelpazesi açısından ne tür sorun-

lar yaşandı/yaşanmakta?

- a) Hasta bakımı/sevk
- b) Ev ziyaretleri
- c) Çevre sağlığı
- d) Bulaşıcı hastalık mücadelesi
- e) AÇSAP
- f) Bağışıklama / soğuk zincir
- g) Okul sağlığı hizmetleri
- h) Kronik hastalık kontrolü

Bu sorunların aşılması için neler yapılabilir(di)?

5-Hizmet yelpazesi nasıl zenginleştirilebilir

- a) Ağız ve diş sağlığı
- b) Fizik tedavi hizmetleri
- c) Sosyal hizmetler
- d) Yaşlı sağlığı hizmetleri
- e) İşçi sağlığı hizmetleri
- f) Okul sağlığı hizmetleri
- g) Toplum katılımının sağlanması
- h) Diğer.....

6-Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi ve denetlenmesi ile ilgili ne tür sorunlarla karşılaşıldı, nasıl geliştirilebilir?

- a) Yöneticiler açısından
- b) Yönetim mekanizmaları açısından

## ■ Grup-3: Aile Hekimliği Ülkemiz İçin Uygun Bir Model midir?

**Yöntem:** Değişik disiplinlerden davetli katılımcılara yanıt aramaları ricasıyla iletilen sorular üzerinden, diğer katılımcıların da katkılarıyla yürütülecek bir grup çalışması biçiminde olacaktır. Sunular-tartışmalar kaydedilecektir.

### Yanıtı aranan sorular:

Sorun alanı	Soru(lar)
Bir birim olarak Aile ve Sağlık <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Türkiye’de aile yapısı</li> <li>▪ Demografik bir birim olarak aile ve sorunlarla başa çıkma</li> <li>▪ Aile tipi ve sağlık gereksinimi,</li> <li>▪ Aile tipi ve sağlık arama davranışı</li> <li>▪ Aile içi sağlık etkileşimi</li> <li>▪ Sağlığın belirleyicileri ve aile</li> <li>▪ Aile-Çevre ve sağlık</li> <li>▪ Aile ve yaşam biçimi</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Demografik bir birim olarak aile sorunlarla nasıl başa çıkma yolları kullanır? Sağlık bu sorunlar arasında özellikli bir alan mıdır?</li> <li>2. Aile kendi sağlığının belirleyicisi olabilir mi? Aile Hekimliği bu süreçte yeterli olabilir mi?</li> <li>3. Aile hekimliği, kentlerdeki (ülkemizdeki) aile tipi-tiplerinin sağlık gereksinimini karşılayabilir mi?</li> </ol>
Bir meslek olarak hekimlik ve sağlık <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sağlık kavramı içinde hekim(liğ)in yeri,</li> <li>▪ Ticari etkinlik olarak hekimlik ve sağlık</li> <li>▪ Sağlık hizmeti üreticisi ekibin üyesi olarak hekim</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. AH hekimliğinin sağlıkçı rolünü nasıl etkileyebileceğine ilişkin öngörüleriniz nelerdir?</li> <li>2. Hekimliğin etik değerleri bu süreçten nasıl etkilenir?</li> <li>3. Sağlık hizmeti üreticisi ekibin üyesi olarak hekimin ve diğer sağlık personelinin ekip üyeliği rolünde-ekibin niteliğinde ne yönde bir değişim beklenebilir?</li> </ol>
Bir model olarak aile hekimliği <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Türkiye, Sağlık Bakanlığı, İller: Düzce, Bolu, Eskişehir, Edirne, Sağlık Bakanlığı</li> <li>▪ TAHUD</li> <li>▪ Dünya bankası</li> <li>▪ ABD</li> <li>▪ Kıta Avrupası</li> <li>▪ İngiltere</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aile hekimliği kavramının içinde neler var? Türkiye’de dillendirilen AH kavramı ile diğer ülkelerdeki kavram aynı mıdır?</li> <li>2. AH, özel hekimlik özelleştirme uygulaması mıdır?</li> <li>3. Düzce’de AH profili-tipi</li> <li>4. Edirne’de AH profili-tipi</li> </ol>

<p>Bir coğrafya olarak ülkemiz ve sağlık</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ülkemizde yerleşim biçimleri ve sağlık hizmetlerine erişim</li> <li>▪ Yerleşimler ve sağlık hizmetlerine erişim</li> <li>▪ Coğrafi konum sağlık riskleri</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ülkemizde sağlık hizmetlerine erişim sorunlu mudur? AH bu sorunu çözebilir mi?</li> <li>2. Sağlık için riskler bölgelere-yerleşimlere göre farklılık gösteriyor mu? AH bu farklılığın etkilerini giderebilir mi?</li> </ol>
<p>Bir kültür örüntüsü olarak ülkemiz ve sağlık</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Popüler tıp ve sağlık gereksinimi</li> <li>▪ Modern tıp ve sağlık gereksinimi</li> <li>▪ Sağlığı destekleyici kültürel varlık</li> <li>▪ Sağlığı engelleyici kültürel varlık</li> <li>▪ Tasada birlik ve sağlık</li> <li>▪ Sağlık algısı</li> <li>▪ Gereksinim bildirimi</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Toplumumuzda kültürel birikim sağlığı destekleyici midir, engelleyici midir? AH bu süreçte sağlık gereksinimini karşılayıcı kültürel destek bulur mu?</li> <li>2. Toplumsal dayanışmada tasada birlik ve Sağlık</li> </ol>
<p>Modellerin uygunluğu ve AH</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sorun çözücü modelin özellikleri</li> <li>– Örgütlenme-yapılanma</li> <li>– İşlev</li> <li>– İşleyiş</li> <li>– İzleme ve yeniden üretim</li> <li>– Bir model olarak AH sorun çözücü nitelikte mi?</li> </ul> <p>Sağlık sorunları ve birey</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Korunma</li> <li>▪ Ortaya çıkma</li> <li>▪ Farkında olma</li> <li>▪ Başa çıkma</li> <li>▪ Kapasite geliştirme</li> </ul>	<p>Bir model olarak AH sorun çözücü nitelikte mi?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. İş- işçi sağlığı gereksinimini karşılayabilir mi?</li> <li>2. Okul sağlığı gereksinimini karşılayabilir mi?</li> <li>3. Bireye yönelik korumayı gerçekleştirebilir mi?</li> <li>4. Çevreye yönelik korumayı gerçekleştirebilir mi?</li> <li>5. Topluma yönelik korumayı gerçekleştirebilir mi? (Bağışıklama, salgın yönetimi)</li> <li>6. Kronik Hastalıklara karşı korumayı gerçekleştirebilir mi?</li> <li>7. Mental Hastalıklara karşı korumayı gerçekleştirebilir mi?</li> <li>8. Dezavantajlılara yönelik (örn.kadınlar) özel programları yürütebilir mi?</li> </ol>

<p>Çözümler ve birey</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sağlık hakkı</li> <li>▪ Hasta hakları</li> <li>▪ Karar alma sürecine katılma</li> <li>▪ Dayanışma</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. AH sağlık hizmeti kullanıcılarına, sağlık hizmetlerinin planlanmasında ne denli toplum katılım şansı verir?</li> <li>2. Dayanışma kültürü sağlıklılıkta önemli midir? AH ne denli dayanışmacı bir anlayışa sahiptir? Dezavantajlıların AH uygulamasından nasıl etkilenebilecekleri öngörülebilir mi? Sonuç ne olur?</li> <li>3. Toplumsal kaynakların dağıtımı AH modelinde ne denli adil-hakça olabilir?</li> <li>4. AH sağlıklı olma hakkı ve hasta hakları anlayışına ne denli hürmetkar?</li> </ol>
<p>Çözümler ve ölçümleme</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Toplumun sağlık sorunlarında çözüm: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Eradikasyon</li> <li>– Eliminasyon</li> <li>– Kontrol altına alma</li> </ul> </li> <li>▪ Toplumun sağlık durumunun izlenmesi <ul style="list-style-type: none"> <li>– Rutin izlem</li> <li>– Araştırmalar</li> </ul> </li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. AH modeli sosyal hastalıkların (örn.TB) yönetiminde çözüm sağlayıcı olabilir mi?</li> <li>2. AH modeli aşı ile önlenbilir hastalıkların eradikasyonu-eliminasyonun sürecini nasıl etkiler?</li> <li>3. Toplumun sağlık düzeyinin izlenmesinde AH modeli sürveyans aktivitelerini nasıl etkiler?</li> <li>4. Sağlık sorunlarının önceliklere göre sıralanmasına AH modeli etkili olabilir mi? Bu etki nasıl sonuçlar doğurur?</li> <li>5. Tıp Eğitiminin ülke gereksinimlerine göre yapılanmasına AH modeli etkili olabilir mi? Bu etki nasıl sonuçlar doğurur?</li> </ol>

## EK-2: KATILIMCILARA GÖNDERİLENLER

### ■ KATILIMCI DAVET MEKTUBU

6.12.2006

Bilindiği gibi ülkemizde, sağlık hizmetleri ve örgütlenmesi tartışmaları, son yıllarda daha yoğun olmak üzere süregelmektedir. Bu tartışmaların önemli bir kısmını birinci basamak sağlık hizmetleri oluşturmaktadır. Özellikle kentsel alanda, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sunumu konusunda pek çok sorun olduğu da bilinen bir gerçektir. Sorun başlıkları arasında, sağlık ocaklarının sağlık hizmetlerinin sunumunda kentsel bölgede bazı açılardan yetersiz kaldığı, ek olarak da 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Yasa’nın güncel sorunlara yanıt veremediği gibi başlıkların yer aldığı belirtilmektedir. Bunda –şüphesiz ki- en büyük sorumluluk, 224 sayılı Yasa’yı uygulamayan hükümetlerindir. Yasa’nın yürürlüğe girmesinden sonra tam olarak uygulanmaması, kısmen bu konuda hükümetlerin niyetinin olmayışı ile kısmen de sağlığın sosyalleştirilmesine ters yönde esmeye başlayan neoliberal rüzgarların sonucu ile ilişkilidir. Nedenlerinin tartışılması bir yana gelinen noktada, kentsel bölgede sunulan hizmetler yetersiz olarak nitelendirilmiştir. Diğer yandan Türkiye’de kentleşme niceliksel ve niteliksel olarak değişim göstermiştir. ‘Niyet’in olmadığı bir ortamda sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde değişen kent dinamiklerine göre düzenlemeler de –doğal bir sonuç olarak- gerçekleşmemiştir.

Türkiye’de kentli nüfusun artması, kentler birbirine benzememesi (bölgesel farklılıklar, metropoller gibi), sosyal yaşantının farklılaşması (kadınların çalışma yaşamına katılması gibi), kentlerde farklı yaşantıları olan kesimlerin varlığı (yarı-kentsel alan olarak adlandırılan, daha çok göç ile gelen nüfusu yaşadığı), özellikleri göz önünde bulundurularak kentsel bölgelerde sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde bir güncelleme gereksinimini doğurmaktadır. Bu konu, öteden beri TTB’nin gündeminde yer almış, dönem dönem konunun farklı boyutları ile tartışıldığı etkinlikler ve yayınlar yapılmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın son hızla yaşama geçirildiği bu günlerde, bu ülkede herkese ulaşabilen, eşit sağlık hizmeti sunmanın olanaklı olduğu savunuyoruz. 1961 yılının Türkiye’si için hazırlanmış 224 sayılı Yasa’nın, ilkelerine sahip çıkarak günümüz sosyal yaşamına göre güncellenmesinin gerekli olduğuna inanıyoruz. Diğer yandan, ‘reform’ adında halkın sağlık hakkının tehdit edilmesine karşı, halktan ve eşitlikten yana bir modelin olanaklı olduğu tezimizi bugün de savunuyoruz.

Bu kapsamda Halk Sağlığı Kolumuzun koordinatörlüğünde, ‘kentsel bölgede sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi: çok sektörlü yaklaşım’ konulu farklı sektörlerden uzmanların katılacağı bir atölye çalışması gerçekleştirilmesi kararlaştırılmıştır. 13-14 Ocak 2007 tarihinde TTB Merkez Konseyi Binası’nda gerçekleştirilecek bu etkinliğe katılımınızın değerli bir



katkı sağlayacağı inancındayız. Konu ile ilgili gereksinim ve amaçlar ile program ekte sunulmuştur (Ek-1ve Ek-2). Konuyla ilgili çalışmalar ve ilgili dökümanlar TTB web sayfasında “kentlerde sağlık hizmetleri” başlığıyla yer almaktadır ([http://www.ttb.org.tr/halk\\_sagligi/](http://www.ttb.org.tr/halk_sagligi/)) (kullanıcı adı:..., parola:...). Önerdiğiniz yeni doküman vb materyalleri [yonetim@ttb.org.tr](mailto:yonetim@ttb.org.tr) adresine “halk sağlığı kolu dikkatine” başlığı ile iletebilirsiniz.

Katılmanız halinde beklentimiz, Grup-I çalışma grubuna katılarak atölye çalışmasının tartışmalarını zenginleştirmenizdir. Çalışma gruplarında moderatörler eşliğinde, belirlenmiş soru başlıkları (Ek-3) üzerinden bir tartışma yürütülerek grup raporları hazırlanacaktır. Atölye çalışması öncesi çalışma grubunun konusuna ilişkin doküman, görüş ve hazırlıklarınızı iletmeniz rapor hazırlanma sürecini hızlandıracaktır.

Bilgilerinize sunar, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

Saygılarımızla,  
TTB Merkez Konseyi a.  
Dr. Altan Ayaz  
Genel Sekreter

## ■ ÇALIŞMANIN YÖNTEMİ

### KENTSEL BÖLGEDE SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİ: ÇOK SEKTÖRLÜ YAKLAŞIM

#### Atölye Çalışması

Bu atölye çalışmasının temel amacı, kentlerde sağlık örgütlenmesi ve hizmet sunumunu 224 sayılı Yasa'nın ilkeleri ve temel kurgusu doğrultusunda geliştirerek günümüzün gereksinimlerine yanıt verebilecek bir model oluşumuna katkı sunmaktır.

Çalışma, konuyu iki boyutta ele almayı hedeflemektedir:

1. Sağlık alanı ile ilişkili, dolayısıyla toplum sağlığı alanını etkileyen diğer sektörlerin kentlerde sunulan sağlık hizmetine katkısı,
2. Sağlık hizmetleri başlığı altında olan birinci basamak sağlık hizmetlerinin okul sağlığı, işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri ile entegre olarak sunumu.

Çalışmada temel tartışma alanları doğrultusunda üç grup belirlenmiştir:

**Grup 1:** Sağlık hizmetlerinin entegrasyonu ve multisektöriyel yaklaşımın tartışıldığı ve bir model kurgusunun ana hatlarının oluşturulduğu bir çalışma yürütecektir.

**Grup 2:** Sosyalleştirme Yasa'sının uygulanması sırasında kentlerde yaşanan sorunlar / tikanıklar ve bu sorunlara çözüm önerilerinin tartışıldığı bir çalışma yürütecektir.

**Grup 3:** Aile hekimliği sisteminin Türkiye için neden uygun bir model olmadığını sağlık alanında çalışanlar ve sosyal bilimcilerin katkısı ile genel-ilkesel karşı çıkışı alana özgü ayrıntılarla güçlendirmektir.

Bu çalışmanın sonucunda, çalışma gruplarının çıkaracağı raporlar bir araya getirilerek kentlerde sağlık örgütlenmesine bütüncül bakışın netleştirilmesi; TTB'nin bundan sonraki çalışacağı konuların belirlemesi ve sürecinin nasıl yapılandırılacağına ortaya konması hedeflenmektedir.

Grup çalışmaları öncesinde iki anahtar sunum yapılacaktır;

1. Türkiye'de kentlerin özellikleri ve dinamikleri,
2. Kentlerde Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi Konusunda Birikimimiz: Yapılmış Çalışmalar.

Her grup için bir moderatör ve iki raportör belirlenmiştir. Moderatörler ve HSK Yürütme Kurulu, her grup için 'yanıtı aranan sorular' listesi oluşturmuştur. Hazırlanan sorular ekte sunulmuştur.

Grup çalışmaları bitiminde yapılacak tartışma oturumunda alınan notların da eklenmesi ile raporun ortaklaşması sağlanacaktır. Raporun son şeklinin verilmesi, moderatörler, raportörler ve diğer HSK çalışanlarının sorumluluğundadır.

## ■ KENTSEL BÖLGEDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖRGÜTLENMESİ: ÇOK SEKTÖRLÜ YAKLAŞIM

### PROGRAM

**Tarih** : 13 ve 14 Ocak 2007  
**Yer** : TTB Merkez Konseyi Binası  
**Adres** : GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok. No: 2 Kat: 4,  
06570 Maltepe- ANKARA / TÜRKİYE  
**Telefon** : (0 312) 231 31 79 (pbx)  
**Faks** : (0 312) 231 19 52-53  
**İletişim** : (0 312 231 31 79/121-Sultan Çeçen)  
**e-posta** : [yonetim@ttb.org.tr](mailto:yonetim@ttb.org.tr)

### 13 OCAK 2007 CUMARTESİ

09.30 – 10.15 Sunum-I: Türkiye’de Kentler (Bülent Tanık, Şehir Planlamacı, TMMOB)  
 10.15 – 10.30 Sunum-II: Kentlerde Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi Konusunda Birikimimiz: Yapılmış Çalışmalar (Dr. Hatice Giray, TTB Halk Sağlığı Kolu)  
 10.30-10.45 ARA  
 11.00-12.30 Grup Çalışmaları<sup>1</sup>  
 12.30-13.30 YEMEK ARASI  
 13.30-15.00 Grup Çalışmaları  
 15.00-15.30 ARA  
 15.30-18.00 Grup Çalışmaları

### 14 OCAK 2007 PAZAR

09.30-10.30 Grup raporlarının hazırlanması  
 10.30-10.45 ARA  
 10.45-12.30 Grup sunumları  
 12.30-13.30 YEMEK ARASI  
 13.30-15.00 Ortak tartışma

### 1 GRUPLAR

#### **GRUP-1:**

Kentlerde Sağlık Örgütlenmesinin İlkeleri: Çok sektörlü yaklaşım

Moderatör: Şevkat Bahar Özvarış

Raportörler: Nilay Etiler, Işıl Ergin

#### **GRUP-2:**

Sosyalleştirme

Moderatör: Feride Saçaklıoğlu

Raportörler: Hatice Giray, Hakan Tüzün

#### **GRUP-3:**

Aile Hekimliği Ülkemiz İçin Uygun Bir Model midir?

Moderatör: Muzaffer Eskiocak

Raportörler: Ashı Davas, Evin Aras

# KATILIMCI LİSTESİ

## Grup-1: Kentlerde Sağlık Örgütlenmesinin İlkeleri: Çok sektörlü yaklaşım

- Prof.Dr. Şevkat Bahar Özvarış (Moderatör), *TTB HSK, Hacettepe Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*
- Doç.Dr. Nilay Etiler (Raportör), *TTB HSK, Kocaeli Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*
- Uzm.Dr. Işıl Ergin(Raportör), *TTB HSK, Ege Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*
- Prof.Dr.Necatı Dedeoğlu, *Akdeniz Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD (Yazılı katkı)*
- Prof. Dr. Ayşe Akın, *Hacettepe Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*
- Doç.Dr. Songül Vaizoğlu, *Hacettepe Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*
- Dr. Aytuğ Balcıoğlu, *Hacettepe Üniversitesi Medikososyal Merkezi*
- Öğr.Gör.Dr. Ahmet Soysal, *Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*
- Doç. Dr. Ali Ceylan, *Dicle Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*
- Bülent Tanık, *TMMOB*
- Yrd.Doç.Dr. Alpaslan Türkkkan, *Uludağ Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*
- Prof. Dr. Ümit Seviğ , *Erciyes Üniv. Atatürk Sağlık Yüksek Okulu*
- Hüseyin Çağatay, *TC İçişleri Bakanlığı*
- İpek Özkal, *Ankara Üniversitesi, SBF Yönetim Bilimleri AD*
- Zerrin Aksaylı, *Hasta Hakları Derneği*
- Uzm.Dr. İsmail Sancak, *Denizli İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Uzmanı*
- Yrd.Doç.Dr. Mehtap Türkay, *Akdeniz Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*
- Dyt. Recı Meseri, *Dokuz Eylül Halk Sağlığı, AD, Doktora Öğrencisi*
- Doç. Dr. Burhanettin Kaya , *Gazi Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri AD*
- Dr. Köksal Aydın, *Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası*
- Uzm.Dr. Esin Kulaç, *Kastamonu Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Uzmanı*
- Uzm.Dr. Umut Özcan, *Yalova Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Uzmanı*
- Uzm.Dr. Eriş Bilaloğlu, *Ankara Tabip Odası Sağlık Politikaları Komisyonu Üyesi*
- Dr. Levent Koşar , *TTB-İSİG*
- Dr. Necdet İpekyüz, *TTB MK*
- Dr. Erkan Kapaklı, *TTB MK*
- Yrd. Doç. Dr. Şafak Taner Gürsoy, *Ege Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*
- Öğr.Gör.Dr.Zeliha Öcek, *Ege Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*
- Ethem Torunoğlu , *Çankaya Belediyesi Sağlıkli Şehirler Proje Koordinatörü*
- Dr. Esen Özakbaş, *Ege Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Arş.Gör.*
- Uzm.Dr. Binali Çatak, *TTB-HSK, Pamukkale Üniv.Tıp Fak.Halk Sağlığı AD*
- Dr. Banu Döner, *Ege Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Arş.Gör.*
- Yrd. Doç. Dr. Yücel Demirel , *Kocaeli Üniv. İktisadi İdari Bil. Fak. (Yazılı katkı)*
- Dr.Süheyla Ağkoç, *TTB-HSK, İstanbul Üniv.Tıp Fak.Halk Sağlığı AD, Arş.Gör.*

## Grup-2: Sosyalleştirme

- Prof.Dr.Feride Aksu (Moderatör), *Ege Üniv.Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*
- Dr.Hatice Giray (Raportör), *TTB-HSK, Dokuz Eylül Üniv.Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Doktora Öğrencisi*
- Uzm.Dr.Hakan Tüzün (Raportör), *TTB-HSK Gazi Üniv.Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*
- Prof.Dr.Gazanfer Aksakoğlu, *Dokuz Eylül Üniv.Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*
- Prof.Dr.Zafer Öztekin, *Hacettepe Üniv.Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*
- Prof.Dr.Gülseren Ağrıdağ, *Çukurova Üniv.Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*
- Uzm.Dr.İsmail Hakkı Timur, *Muğla İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Uzmanı*
- Doç.Dr.Dr.Mehmet Zencir, *TTB-HSK, Pamukkale Üniv.Tıp Fak.Halk Sağlığı AD*
- Doç.Dr.Dr.Meltem Çiçeklioğlu, *Ege Üniv.Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*

- Uzm.Dr.Orhan Odabaşı, *TTB-MK, Aile Hekimi Uzmanı*
- Prof.Dr.Nimet Karataş, *Erciyes Üniv.Hemşirelik Yüksek Okulu*
- Hemş.Raziye Özdemir, *Ege Üniv.Tıp Fak. Halk Sağlığı AD Doktora Öğrencisi*
- Dr.Mustafa Sülkü, *Genel Pratisyenlik Enstitüsü, Sağlık Ocağı Tabibi*
- Dr.Metin Güran, *Adana Tabip Odası Genel Sekreteri*
- Prof.Dr.Hamdi Aytekin, *Uludağ Üniv.Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*
- Dr.Muharrem Baytemur, *TTB-MK*
- Prof.Dr.Reyhan Uçku, *Dokuz Eylül Üniv.Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*
- Ebe Edibe Uyan, *Güzelbahçe-İzmir*
- Dr.Altan Koltan, *TTB-İSİG- İşyeri hekimisi-İzmir*
- Uzm.Dr.Raika Durusoy, *Ege Üniv.Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*
- Dr.Sevinç Arslan, *Gürçeşme Sağlık Ocağı, İzmir, Kamu Yönetimi Yüksek Lisans mezunu*
- Dr.Ferit Koçoğlu, *Cumhuriyet Üniv.Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*
- Dr.Nasır Nesanır, *Celal Bayar Üniv.Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Arş.Gör.*

### Grup-3: Aile Hekimliği Ülkemiz İçin Uygun Bir Hizmet Sunumu Sistemi Midir?

- Doç.Dr. Muzaffer Eskiocak (Moderatör), *Trakya Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*
- Dr.Evin Aras (Raportör), *Gazi Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Arş.Gör.*
- Uzm.Dr. Aslı Davas (Raportör), *Ege Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*
- Mümtaz Peker, *Demograf, Emekli*
- Yrd.Doç.Dr. İnci User , *Marmara Üniv. Sosyoloji Bölümü*
- Yrd.Doç.Dr. Seval Alkoy, *Abant İzzet Baysal Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*
- Yrd.Doç.Dr. Murat Civaner, *Uludağ Üniv. Tıp Fak.Deontoloji ve Tıp Tarihi AD*
- Uzm.Dr. Hasan Akpınar, *AÇS-AP Merkezi, Muğla, Aile Hekimliği Uzmanı*
- Uzm.Dr. Nazmi Algan , *AÇS-AP Merkezi, İstanbul, Aile Hekimliği Uzmanı*
- Dr. Hakan Pehlivan , *Toplum Sağlığı Merkezi Hekimi, Düzce*
- Yrd.Doç.Dr. Öner Kurt, *Mersin Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*
- Doç.Dr. Dilek Aslan, *Hacettepe Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*
- Hacer Nalbant , *İstanbul Üniv., İstanbul Tıp Fak., Kadın ve Çocuk Sağlığı Araştırma Birimi, Sosyolog*
- Uzm.Dr. Handan Yüksel , *Gazi Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Arş.Gör. Aile Hekimliği Uzmanı*
- Prof.Dr. Ali Osman Karababa, *Ege Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*
- Uzm.Dr. Oya Z. Afşar , *Halk Sağlığı Uzmanı, Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre*
- Dr. Naciye Demirel, *Genel Pratisyenlik Enstitüsü, Sağlık Ocağı Tabibi*
- Prof.Dr. Meltem Çöl, *Ankara Üniv. Tıp Fak.Halk Sağlığı AD*
- Yrd.Doç.Dr. Aysun Özşahin, *Pamukkale Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*
- Uzm.Dr. Haluk Başçıl, *TTB MK Eski Üyesi , İşçi Sağlığı Uzmanı, İşyeri Hekimi, Ankara*
- Dr. Atilla Saraçoğlu, *Cezaevi Hekimi, Edirne*
- Dr. Cavit Olgun, *Çukurova Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji ve Tıp Tarihi AD, Doktora Öğrencisi*
- Dr. Metin Bakkalcı, *Türkiye İnsan Hakları Vakfı, TTB MK Eski Üyesi*
- Uzm.Dr. Gamze Varol Saraçoğlu, *Hasta Hakları İl Koordinatörü, Tabip Odası Genel Sekreteri, Edirne, Halk Sağlığı Uzmanı,*
- Yrd.Doç.Dr. Cavit Işık Yavuz , *Kocaeli Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*
- Yrd.Doç.Dr. Kevser Vatansver, *Ege Üniv. Tıp Fak. Tıp Eğitimi AD*
- Dr. Figen Şahpaz, *Gazi Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Doktora Öğrencisi*