

HALK SAĞLIĞI GEZİCİ EĞİTİM SEMİNERİ RAPORU

Dr. K. Hakan ERENGİN(*)

1 — GİRİŞ :

Türk Tabipleri Birliği Halk Sağlığı Kolu, T.C. Sağlık Bakanlığı ve ülkemizdeki değişik üniversitelerin tıp fakülteleri halk sağlığı anabilim dalları'nca ortaklaşa düzenlenen gezici eğitim semineri bu yıl 3-11 Temmuz 1993 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Seminerde sekiz üniversiteden 10 halk sağlığı araştırma görevlisi bulunmuştur. Seminere eğitim sorumlusu olarak Türk Tabipleri Birliği Halk Sağlığı Kolu Başkanı Doç. Dr. Özen Aşut ile Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Ahmet Saltık katılmışlardır.

Gezici eğitim seminerlerinde, her yıl Türkiye'nin değişik bir bölgesindeki, başta birinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlar olmak üzere, çeşitli sağlık kurumları ile halk sağlığı yönünden önemi bulunan bazı kuruluşlar gezilmekte ve buralardaki halk sağlığı sorunları ile ülkenin sağlık örgütlenmesi ve işleyişi incelenmeye çalışılmaktadır. Bu yıla dek Marmara, Akdeniz, Karadeniz ve Ege bölgelerine düzenlenen gezici eğitim seminerlerinin beşincisi İç Anadolu bölgesini kapsamıştır. Bölge seçiminde, ilk kez gidilmesinin yanı sıra, T.C. Sağlık Bakanlığı'nca çalışmaları sürdürülen "Sağlık Reformu Projesi"nin pilot uygulamasının bölgede yapılacak olması da göz önüne alınmıştır.

2 — AMAÇ :

Gezici eğitim seminerinin birincil amacı, halk sağlığı uzmanlık eğitimi görmekte olan ve ilerde ülkenin sağlık örgütlenmesinin değişik birimlerinde görev alacak kişilerin il düzeyindeki sağlık hizmetleri ile ilgili bazı gözlemler yaparak ve bu gözlemleri tartışarak bilgilerini ve deneyimlerini arttırmaktır. Bunun yanı sıra, çeşitli fakültelerin halk sağlığı araştırma görevlilerinin tanışmalarını sağlayarak, birimler arasında iletişimi ve işbirliğini artırmak bir diğer amaçtı. Ayrıca, çevre sağlığı, iş sağlığı gibi konularda gözlemlerde bulunabilmek amaçlanmıştır.

(*) Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. Araştırma Görevlisi

3 — YÖNTEM VE UYGULAMA :

Seminer 3 Temmuz günü katılımcıların Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi binasında toplanması ile başlamıştır. Burada, gezici eğitim seminerinin amaçlarının ve yönteminin tartışılmasından sonra, gezinin taslak programı kesinleştirilmiştir.

Seminer boyunca 7 ilde 3 Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 1 Eğitim Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı, 5 İl Sağlık Müdürlüğü, 1 Valilik, 1 Tabip Odası, 6 Sağlık Ocağı, 1 Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesi, 1 Belediye Sağlık İşleri Müdürlüğü, 1 Doğumevi, 1 Devlet Hastanesi, 1 Halk Sağlığı Laboratuvarı, 3 Fabrika, 1 Jeotermal turistik tesis ve 1 antik kent gezilmiştir.

4 — BULGULAR VE TARTIŞMA;

GÖLBAŞI EĞİTİM ARAŞTIRMA SAĞLIK GRUPO BAŞKANLIĞI

Gölbaşı Eğitim Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı (EASGB)'nin tanıtımı Doç. Dr. Remzi Aygün tarafından yapılmıştır.

Ülkemizde halk sağlığı alanında mezuniyet sonrası eğitim, araştırma, yayın ve danışmanlık alanlarında hizmet vermekle görevlendirilen Refik Saydam Merkez Hıfzısıhha Müessesesi Hıfzısıhha Okulu'nun eğitim ve araştırma bölgesi olan Ankara Gölbaşı EASGB bölgesi, 1977'de ülke çapında kurulması planlanan 8 eğitim bölgesinden ilki ve İç Anadolu illerine hizmet vermesi düşünülenidir. Bölge 25 Kasım 1980'de kurulmuş, hizmetin envanter çalışmaları Ocak 1981, saha çalışması ise Ağustos 1981'de başlamıştır. Mayıs 1984 tarihinde Sağlık Bakanlığı ile Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı arasında imzalanan protokolle bölge, adı geçen fakültenin halk sağlığı eğitimi ve araştırmaları açısından uygulama alanı olmuştur.

Gölbaşı EASGB Bölgesi'nde, genel olarak tüm ölçütlerin ülke genelinden daha iyi olduğunu görmekteyiz. Sağlık ocaklarının daha etkin ve verimli

çalışmasını sağlama yönünde sağlık grup başkanlıklarının önemi büyüktür. Hizmet içi eğitim ve denetim işlevini yerine getirecek, istekli, deneyimli ve nitelikli kişilerin başında bulunduğu sağlık grup başkanlıkları; ülkenin sağlık düzeyinin yükseltilmesindeki tıkanıklığı aşabilecek yapılar olduklarını kanıtlamaktadırlar. Öte yandan, üniversiteler ve Sağlık Bakanlığı arasında yapılan protokolle yaşama geçirilen EASGB, ülkemizdeki halk sağlığı eğitimi yönünden çok büyük önem taşımaktadırlar. Yakın geçmişte bu konuda yaşanan olumsuzlukların aşılması yönünde çalışılması gerekmektedir. EASGB'ler, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitiminin yanı sıra, halk sağlığı bakış açısıyla verilecek hizmetin niteliği konusunda da gurur verici örnekler olmaya devam etmelidirler.

SAĞLIK BAKANLIĞI REFORM PAKETİ (Dr. DERMAN BOZTOK)

Sağlık Bakanlığı'nca çalışmaları sürdürülen Sağlık Reformu Projesi hakkında Halk Sağlığı Uzmanı Dr. Derman Boztok bilgi verdi ve reform paketi katılımcılarca tartışıldı.

Verilen bilgiye göre "proje" 4 temel yasa tasarımasına dayanmaktadır: Yeni Sağlık Yasası, Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yasası, Genel Sağlık Sigortası Yasası ve Bölge Sağlık İdareleri Yasası, Sağlık Bakanlığı'nın Şubat 1993'te yayınladığı taslağa göre, "proje"nin ana temaları "aile hekimliği", "genel sağlık sigortası" ve "sağlık alanında özelleştirme"dir.

Aile hekimliği modelinde; en az standartları saptanmış ofislerinde, birbirleriyle rekabet halinde çalışacak aile hekimleri öngörülmektedir. Kişiler istedikleri aile hekimini seçebilecek, beğenmedikleri aile hekimini belli sürelerde değiştirebileceklerdir. Aile hekiminin kendisine kayıtlı kişilere sunacağı hizmet tedavi edici ağırlıklı olacaktır. Bir aile hekiminin kendisine kaydedebileceği kişi sayısı sınırlı olacaktır. (Taslağa göre 3000 kişi) Sistem yerleşene dek, sağlık ocakları aile hekimlerine destek sağlayacaktır. Daha sonra ise, sağlık ocakları yalnızca koruyucu hekimlik hizmetinin verildiği yerler olacaktır. Hasta ile aile hekimi arasında para alışverişi olmayacak, aile hekimi ücretini genel sağlık sigortasından alacaktır.

Yapılan tartışmalarda, aile hekimliği sistemine değişik eleştirilerde bulunuldu. Eleştirilerin başında, aile hekiminin diğer ülkelerde özel eğitimden geçmiş bir uzman hekim olduğu, ülkemizde ise bu niteliklere sahip aile hekimi sayısının çok az olduğu, üstelik bunların eğitiminde de bir standart olmadığı geliyordu. Ayrıca, rekabet ortamında özel hekimlik uygulaması yapacak olan aile hekimlerinin ister is-

temez bazı hekimlik ilkeleriyle çelişebilecekleri şeklinde görüşler belirdi. Aile hekimliği uygulamasının tedavi edici hekimliği ön plana çıkarmasının koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin entegrasyonunu öngören çağdaş hekimlik yaklaşımından uzak olduğu vurgulandı. Ofisinin sınırları içinde yalnızca kendisine başvuran kişiye sağlık hizmeti sunacak aile hekiminin; insanı, çevresinin tüm boyutlarıyla algılayamayacağı üzerinde duruldu. Bir ekip hizmeti olarak gördüğümüz sağlık hizmetinin bireysel hizmet konumuna çekildiği eleştirisi yapıldı. Aile hekimlerinin ofislerinin çeşitli tıbbi cihaz ve araçlarla donatılmasının ülkenin kaynaklarının israfı demek olduğu ve bunları üreten ve pazarlayan kuruluşlar için ülkemizin çekici bir pazar olması anlamına geldiği belirtildi.

Genel sağlık sigortası (GSS) kurumunun sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayacağı, bunu da kişilerden prim toplayarak gerçekleştireceği anlatıldı. Ülkenin 21 bölgeye ayrılarak "Bölge Sağlık İdareleri" oluşturulacağı, var olan hastanelerin "sağlık işletmeleri"ne dönüştürüleceği ve GSS kurumunun bu işletmelerden ve aile hekimlerinden sağlık hizmeti satın alacağı belirtildi. Sağlık primini ödeyecek gücü olmayan kişilerin saptanıp primlerinin genel bütçeden devletçe karşılanacağı, geliri belli bir düzeyde olan kişilerin (taslağa göre asgari ücretin 2.5 katı aylık geliri olanların) tüm primi kendilerinin ödeyeceği, ara durumdakilerin de basamaklı olarak bir kısmını kendilerinin, bir kısmını genel bütçenin ödeyeceğine dikkat çekildi.

Katılımcıların GSS konusundaki ortak fikirlerinden ilki, kurumun primleri toplamakta güçlük çekeceği idi. SSK ve Bağ-Kur'un içinde bulunduğu durum bunun bir kanıtı olarak gösterildi. Ülkemizde kişilerin gerçek gelirlerinin saptanmasında ve vergi toplanmasındaki sorunlar, sağlık primi açısından da yaşanacaktır, denildi. Ayrıca, primin tamamını ödeyecekler için belirtilen asgari ücretin 2.5 katı kadar aylık gelir sınırının sosyal adalet ilkesi ile bağdaşmayacağı; aylık geliri on milyonlarla ölçülen kişi ile yaklaşık 3 milyon olan kişinin primin tamamını ödeyecekler arasında yer almasının, görünüşte gelirlerinin % 12'sini ödemelerine rağmen, eşitsizlik yaratacağı eleştirisi getirildi. Gelir dağılımının son derece bozuk olduğu ülkemizde, buna ek olarak gayri safi milli hasılanın toplam olarak düşük olması da, havuzun yeterince dolmamasına yol açacaktır, denildi. Bunlara ek olarak, prim ve sigorta sisteminin her tür sağlık hizmetini sağlamayacağı; teminat paketinin, havuzun yeterince dolmaması ile, ilerleyen süreçte daraltılmasının kaçınılmaz olacağı; ek hizmet için ek prim gerekeceği, bunun da, toplumun

tüm kesimlerince karşılanmasının olanaksızlığı nedeniyle, olayın giderek "paran kadar sağlık" şekline döneceği endişesi seslendirildi. Benzer sistemlerin uygulandığı ülkelerde, ilaç ve tıbbi teknoloji kullanımının, sistemin doğası gereği irrasyonel duruma döndüğü belirtildi. Ayrıca, primin ek bir vergi anlamında olduğu üzerinde duruldu. Bölge Sağlık İdarelerinin bir kaç ili birden kapsayacağı, bunun ülkemizdeki mülki bölümlenmeye uygun olmaması nedeniyle, uygulamada bazı sorunlara yol açacağı düşünüldü.

Proje'nin temel felsefesinin sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi olduğu, bunun da sağlığın satılacak bir mal olarak görülmesi anlamına geldiği, oysa sağlığın özellikleri olan bir hizmet olduğu, tüketicinin bilgi düzeyinin kendisini korumasına yetmesinin söz konusu olamayacağı, dolayısıyla piyasa kurallarının işleminin olanaksızlığı vurgulandı. Ayrıca, sözleşmeli personel uygulamasının sağlık çalışanlarının iş güvenmesini ortadan kaldıracığı anlatıldı.

BİLECİK İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Sağlık Bakanlığı'nca projenin pilot uygulamasının yapılacağı il olarak seçilen Bilecik'te Sağlık Müdürünün yeni bir göreve atanması nedeniyle bu görevdeki son günüydü. Pratisyen hekim olan Sağlık Müdürü, daha önce Sivas'ta aynı görevde bulunması nedeniyle deneyim sahibiydi. Ayrıca, tıp öğreniminden önce ekonomi öğrenimi yapmış olması pilot uygulama açısından kendisine bazı avantajlar sağlıyordu. Kendisinden, yaklaşık 13 aydır görev yapmakta olduğu Bilecik İli hakkında çeşitli bilgiler aldık. Ülkenin batısında yer almasına rağmen yeterli gelişmişlik düzeyine ulaşamamış olan ilin toplam nüfusu 163.000 idi. İl merkezi yaklaşık 25.000 nüfusu barındırıyordu ve bunun 6.000 kadarını askerler oluşturuyordu. Toplam 8 ilçesi olan ilin en büyük ilçesi Bozüyük, il merkezinden daha fazla nüfusa sahip ve daha gelişmiş bir yerleşim yeri. Bilecik İli'nin bir diğer özelliği de, ülkemizin en küçük alanlı yönetim bölümlerinden biri olması idi.

İl genelinde sağlık kuruluşlarıyla ilgili olarak aldığımız bilgilere göre; 22 sağlık ocağı (17'si kendi binasında), 51 sağlık evi (30'u kendi binasında), biri Bilecik (100 yataklı), diğeri Bozüyük'te (50 yataklı) olmak üzere 2 Devlet Hastanesi bulunmakta. Bunlara ek olarak Gölpaazarı, Söğüt ve Osmaneli ilçelerinde 50'şer yataklı 3 yeni hastane, ayrıca Bozüyük Devlet Hastanesi'nde 50 yataklı ek yapılacağı öğrenildi. Bilecik Devlet Hastanesi ise yeterli verimlilikte çalışmaması nedeniyle modernize edilerek 75 yatağa indirilmekte, binanın onarımı sürmekteydi. İl genelinde 22 uzman hekim ve 86 pratisyen hekim görev yapmaktaydı. İlde 4 Sağlık Meslek Lisesi vardı ve 2

tane daha açılması planlanmıştı. Ancak, doğumevi olmaması nedeniyle ebe yetiştiremiyorlardı. Bilecik'teki lisenin de yüksek okula dönüştürülmesi planlanmıştı.

Sağlık Müdürü'nün verdiği bilgilere göre, pilot uygulama nedeniyle bütçelerinde artış olmuş ve bununla sağlık ocaklarının ve evlerinin temel gereksinimleri karşılanmış. 12 sağlık ocağında diş ünitesi ve röntgen cihazı kurulması kararlaştırılmış. Tüm sağlık ocaklarına yorumlu EKG cihazı ve her ilçedeki bir sağlık ocağına bilgisayar alınarak personel kursa yollanmış. İl merkezindeki bir sağlık ocağı da "Eğitim Sağlık Ocağı"na dönüştürülmüş. Aylık düzenli hizmet içi eğitim çalışmaları başlatılmış. Pilot uygulamanın tanıtımı amacıyla iki toplantı yapılmış ve proje ana hatlarıyla anlatılmış. Pratisyen hekimlere anket uygulanarak "halk sağlığı", "sağlık yönetimi", "aile hekimliği" dallarından hangisini seçmek istedikleri sorulmuş. Ek olarak, uygulanan ankette hekimlere proje hakkındaki düşünceleri sorulmuş ve 24 olumlu, 17 olumsuz yanıt alınmış. Aile hekimliği uygulamasının yalnızca Bilecik ve Bozüyük'te yapılması düşünülüyor. Henüz ilde görevli aile hekimi bulunmamaktaydı.

Proje ile ilgili kişisel düşüncelerini, bölge sağlık idarelerinin politik baskılar nedeniyle çalışamayacağı, aile hekimi uygulamasının bu koşullarda gereksiz olduğu ve duplikasyona yol açacağı, projenin Bilecik'te ancak yatırım yapılması koşuluyla işleyebileceği şeklinde özetleyen Sağlık Müdürü, ayrıca projede çalışan kişilerin deneyimsiz ve sahayı tanımayan kişiler olduğunu belirtiyor; pilot uygulamanın, daha önce müdürlük yaptığı Sivas'ta uygulanmasının olanaksız olduğunu söylüyor ve Bilecik'teki yoğun işsizlik ve yatırım yokluğundan yakınıyor.

İlde yaşayanların sosyal güvenlik durumu dağılımına ait rakamlar şöyle:

| | | |
|------------------------|---------|----------|
| SSK..... | 55.024 | (% 33.7) |
| Bağ-Kur | 26.117 | (% 16.0) |
| Emekli Sandığı..... | 24.508 | (% 15.0) |
| Sosyal güvencesiz..... | 57.513 | (% 35.3) |
| TOPLAM..... | 163.162 | (%100.0) |

Sosyal güvencesi olmayanlardan şu ana kadar yaklaşık 5 bin tanesine yeşil kart verilmiş. İlin sosyal güvenlik durumunun genel olarak Türkiye geneline yakın bir tabloyu yansıttığını söyleyebiliriz. Sosyal güvenlik kuruluşlarının il genelindeki tedavi giderleri rakamları ise şöyle:

| | |
|----------------------------|---------------|
| 1991 yılı tedavi giderleri | |
| Emekli Sandığı..... | 4.134 milyar |
| SSK | 4.570 milyar |
| Bağ-Kur | 1.453 milyar |
| TOPLAM..... | 10.157 milyar |

| | | |
|--------------------------------------------|-------|--------|
| 1992 yılı tedavi giderleri (ilk 6 ay için) | | |
| Emekli Sandığı | 2.9 | milyar |
| SSK | 2.9 | milyar |
| Bağ-Kur | 467 | milyon |
| TOPLAM | 6.267 | milyar |

Bu rakamlara göre, sosyal güvenlik kuruluşu bazında kişi başına düşen tedavi giderini 1991 yılı için hesapladığımızda, elde edilen rakamlar şöyledir:

| | | |
|---------------------|---------|----|
| Emekli Sandığı..... | 168.680 | TL |
| SSK..... | 83.054 | TL |
| Bağ-Kur..... | 59.286 | TL |
| ORTALAMA..... | 103.673 | TL |

Bilecik ilinin sağlık düzeyi göstergelerinden bir kısmı tabloda gösterilmiştir:

| Yıl | Kaba Doğum Hızı (binde) | Bebek Ölüm Hızı (binde) | Kaba Ölüm Hızı (binde) | Ölü Doğum Hızı (binde) |
|------|-------------------------|-------------------------|------------------------|------------------------|
| 1988 | 16.1 | 32.1 | 4.8 | 16.9 |
| 1989 | 15.3 | 44.8 | 5.0 | 22.2 |
| 1990 | 14.9 | 26.3 | 4.6 | 18.2 |
| 1991 | 13.8 | 30.6 | 4.6 | 16.8 |
| 1992 | 13.7 | 33.4 | 5.0 | 25.8 |

| Yıl | Ana Ölüm Hızı (onbinde) | Doğal Nüfus Artış Hızı |
|------|-------------------------|------------------------|
| 1988 | 4.0 (1)* | 11.3 |
| 1989 | 8.4 (2)* | 10.3 |
| 1990 | 4.2 (1)* | 10.3 |
| 1991 | 19.0 (4)* | 9.2 |
| 1992 | 4.0 (1)* | 8.8 |

(*) : ana ölümü sayıları

Bilecik Devlet Hastanesi yatak işgal oranı % 36, Bozüyük Devlet Hastanesi yatak işgal oranı ise % 13 olarak bildirildi.

Sağlık Müdürü, karşılaştığı sorunları genel olarak değerlendirmesini istediğimizde, personel sirkülasyonunun çok fazla olduğunu, bunun da hizmetin sürekliliğini etkilediğini, başta siyasal yapılanmalar olmak üzere çeşitli grupların sürekli müdahalesiyle karşılaştığını ve "bakanlığın olaylara bakış açısının değişmesi" gerektiğini ve 224 Sayılı Yasa'nın sağlık sorunlarının çözümü için uygun olduğunu söyledi. Sağlık ocaklarının daha nitelikli hizmet vermesinin sağlanması gerektiğine inanması, olumlu bir görüştü.

Pilot uygulama açısından Bilecik'teki durumu değerlendirirsek, buranın seçilmesinde üstte değinilen bazı özelliklerinin rolü olduğunu söyleyebiliriz. (Nüfus, yüzölçümü, sağlık kuruluşlarının dağılımı, sosyal güvenlik durumu gibi). Ancak beklediğimden daha az çalışma ile karşılaştım. İldeki sağlık personeli proje hakkında doyurucu bilgiye sahip değildi ve bazıları bundan yakınmaktaydı. Bilecik'in ülke genelini yansıtacak bir il olmadığını; proje uygulama-

sının burada başarılı olmasının, ülkede de başarılı olacağı anlamına gelmeyeceğini; üstelik, aktarılan kaynakların ülkenin diğer bölümlerindeki uygulamada sağlanamayacağını, dolayısıyla bunun da bias anlamına geleceğini düşünüyorum.

BİLECİK 2 NO'LU İSTASYON SAĞLIK OCAĞI

Bilecik il merkezindeki 2 sağlık ocağından biri olan bu sağlık ocağı 9.300 nüfusa hizmet veriyor. 4 pratisyen hekimin yanı sıra 1 hemşire, 2 ebe-hemşire, 1 sağlık memuru ve 1 hizmetlinin görev yaptığı ocak bölgesinin en önemli sorununun, aşırı doğurganlık olduğu belirtildi. Haftada 50 hastanın polikliniğe başvurduğu, eczane yokluğunun sıkıntı yarattığı söylendi. 17 bağlı köye, 5 sağlık evi ile hizmet götürülüyor. 3 dükkanın birleştirilmesiyle oluşturulmuş sağlık ocağı mekan olarak çok uygun olmasa da yeterli denilebilir. Laboratuvarı olmayan ocakta, kan grubu, açlık kan şekeri ve idrar tetkiki stik kullanılarak yapılabiliyor.

Ocak hekimleri tıpta uzmanlık sınavına hazırlanacaklarını belirttiler. Proje yönünden sağlık ocağına yansıyan herhangi bir şey yok. Ankara'dan gelen ekiplerin projeyi tanıttıklarını, ancak bilgilerinin yetersiz olduğunu, sorularını yanıtlayacak kimseyi bulamadıklarını belirtiyorlar. Yine de projenin Bilecik'te uygulanabileceğini, ama ülkede uygulanmasının zor olduğunu düşünüyorlar. Aile hekimi-sağlık ocağı arasında işbirliği sağlanmasının zor olduğunu söylüyorlar ve ülkemizdeki tıp eğitiminden yakınıyorlar.

BİLECİK DEVLET HASTANESİ

Asıl hastane binasının onarımı dolayısıyla geçici olarak Sağlık Meslek Lisesi binasında hizmet vermekte olan Bilecik Devlet Hastanesi'nde önce başhekim ile, daha sonra da hekimlerin bir kısmı ile görüşüldü. 4 ana dal dışında KBB, Cildiye, Göz, Ortopedi, Üroloji ve Biokimya uzmanları da bulunan hastanede 12 uzman, 8 pratisyen hekim görev yapmaktaydı. Hastane Başhekimisi projenin Bilecik'te uygulanabileceğini, ancak bu haliyle özellikle büyük kent hastanelerinde uygulanmasının zor olacağını belirtti. Başhekimin verdiği bilgiye göre, hastane proje nedeniyle tıbbi donanım yönünden desteklenecekmiş. (Kendilerine "dileyin ne derseniz" dendiğini söylüyor.) Bu çerçevede jeneratör, ultrasonografi, sterilizasyon üniteleri, mutfak ve çamaşırhane donanımı, 3 kanallı yorumlu EKG, küvöz, fototerapi, kolonoskop, Bird cihazı, ortopedi traksiyon masası, diş röntgen ünitesi ve dolgu seti, TUR cihazları, laparoskopik cerrahi seti sağlanacağını anlatıyor. Donanım konusunda bir standart olup olmadığını sor-

duğumuzda, olmadığını, ancak vaat edilen donanım için verimlilik ve insan gücü değerlendirmesi yapıldığını söylüyor.

Hastanede görevli 7 uzman ve 2 pratisyen hekimle toplu olarak yapılan görüşmede ise başhekimin "hastane genel direktörü"ne bağlı olarak çalışmasının pratikte zor olacağı, yerel temsilcilerin katılacağı yönetim kurulunun olumsuz müdahalelere yol açacağı seslendirildi. Hekimler, hastane yönetiminin kârlılık adına "10 gram eksik pamuğu" düşünemeyeceğini, prim toplamanın çok güç olacağını, projeyi hazırlayanların bu konuya çok iyimser baktıklarını, ayrıca yöreyi tanımadıklarını, masa başındaki bazı düşüncelerin havada kalacağını dile getirdiler. Hekimin sözleşmeli olarak çalışacak olmasını, iş güvencesi açısından olumsuz bulduklarını belirttiler.

Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçebilmek için ülkenin gelir dağılımı tablosunun düzeltilmesi gerektiği, buna ek olarak sağlık hizmetlerinin ülke genelinde eşit dağılımının sağlanmasının koşul olduğu belirtilen tartışmada, şimdilik ilde yeşil kart ödemelerinde hastanenin bir sorunla karşılaşmadığı anlatıldı.

BİLECİK VALİLİĞİ

Projenin uygulanacağı ilde mülki yöneticilerin konu hakkındaki görüşlerini ve çalışmalar hakkında bilgi almak amacıyla ziyaret edilen valilikte, Vali, Vali Yardımcısı ve bir İl Genel Meclisi üyesi ile görüşme olanağı bulduk. Üçünün de ortak görüşü, yıllardır yatırımdan yoksun kalmış Bilecik ilinin, bu nedenle uzanacak devlet elinden yararlanacağı şeklindeydi. Vali, proje ile ilgili dökümanın kendisine yeni ulaşması nedeniyle ayrıntılı bilgi sahibi değildi. Ancak konunun önemini farkındaydı. Sürekli vurguladığı nokta, projenin konunun uzmanlarıncı tartışılarak hazırlanmış olması, olası aksaklıkların bir tartışma ortamında düzeltilmesinin mümkün olduğu idi. Finansman konusunda, SSK ve Bağ-Kur örneklerini vererek güçlükler olabileceğini, yönetime katılım ilkesini olumlu bulduğunu, genel olarak yerel yönetimlerden yana bir hava olduğunu ve sağlığın da bundan payına düşeni alması gerektiğini söyledi. Birkaç ili kapsayan "Bölge Sağlık İdareleri"ne karşı olmadığını söylemesi ilginç bir noktaydı. Bu görüşü Vali Yardımcısı paylaşmıyordu. Bölge örgütlerinin valilikler üstü olmasının eşgüdüm sorunları yaratacağını ve bölge merkezi olan ilin hizmetten ve yatırımdan daha çok yararlanacağını belirtiyordu.

İl Genel Meclis üyesi genel olarak Bilecik ilinin seçilmesinden mutlu olduğunu, ancak, politikacı yaklaşımı ile yeşil kart dağıtımından memnun olma-

dığını söylüyor ve sağlık hizmeti sırasında tatlıdil, gülyüz bekleediklerini vurguluyordu.

ESKİŞEHİR SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İl Sağlık Müdürü aynı zamanda Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olması nedeniyle makamında değildi. Sağlık Müdür Yardımcısı ve aynı zamanda Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi ile görüşüldü. Kendisi Eskişehir'deki tüm ziyaretlerimiz boyunca bize eşlik etme nezaketini gösterdi.

Aldığımız bilgilere göre şehir merkezi 430.000 nüfusa sahipti. İlin genel nüfusu 625.000 idi. 8'i il merkezinde toplam 31 sağlık ocağı vardı. Ayrıca 4 VSD, 4 sağlık merkezi, 1 AÇSAP ve 1 Halk Sağlığı Laboratuvarı bulunuyordu. İl merkezi hastane sayısı açısından zengindi: Devlet ve SSK hastanelerinin yanı sıra, Tıp Fakültesi, Hava Hastanesi, DDY Hastanesi, Medikososyal ve özel hastane olarak toplam 7 hastane vardı. İl merkezinde böylece 61.500 kişiye bir hastane düşmesi ilginçti. İl nüfusunun % 47'si SSK'lı, % 27'si Emekli Sandığı'na bağlı, % 14'ü Bağ-Kur'luydu. % 12'lik kesimin sosyal güvencesi yoktu.

İl genelinde 339 uzman hekim, 404 pratisyen hekim, 111 diş hekimi, 244 eczacı, 806 hemşire, 385 sağlık memuru, 417 ebe görev yapıyordu. Buna göre 1832 kişiye 1 uzman, 1538 kişiye 1 pratisyen hekim, 5598 kişiye 1 diş hekimi, 2546 kişiye 1 eczacı, 771 kişiye 1 hemşire, 1490 kişiye 1 ebe ve 1613 kişiye 1 sağlık memuru düşüyordu.

İlin sağlık düzeyi göstergelerinden bazıları tabloda gösterilmiştir:

| | il merkezi | ilçeler | il geneli |
|----------------------------|------------|---------|-----------|
| Kaba Doğ. Hızı (binde) | 18.13 | 10.59 | 16.00 |
| Bebek Ölüm Hızı (binde) | 55.7 | 54.9 | 56.0 |
| Ana Ölüm Hızı (yüzbinde) | 80.0 | — | 67.0 |
| Doğ. Nüf. Ar. Hızı (binde) | 10.46 | 6.9 | 9.0 |
| Ölü Doğ. Hızı (binde) | 19.3 | 18.5 | 18.7 |
| Kaba Düşük Hızı (binde) | 1.8 | 2.2 | 1.9 |

İlin 1985 yılında sosyalleştirme kapsamına girmediği, ancak 1987 yılına dek hiç bir yatırım yapılmadığı belirtildi. Eskişehir'in bakanlığın "9 İl Projesi"ne alındığı, daha sonra ise çıkarıldığından sitemle bahsedildi.

Eskişehir'de projeye yönelik herhangi bir çalışmanın olmadığı, yalnız bir tanıtım toplantısı yapıldığını öğrendik. Müdür yardımcısının, sosyalizasyonun kentte işleminin olanaksız olduğu, bu nedenle yeni yasanın olumlu olacağı şeklinde düşünceleri vardı.

ESKİŞEHİR MERKEZ 4 NOLU SAĞLIK OCAĞI

"Eğitim Sağlık Ocağı görevi" yapan bu ocak, standart projeye göre kent tipi olarak 4 katlı inşa edilmişti. 64.052 nüfusa 6 hekim, 8 hemşire, 3 sağlık memuru, 2 çevre sağlığı teknisyeni, 16 ebe, birer sekreter, şoför ve 4 hizmetli ile hizmet veriyordu. Ayda ortalama 1250 muayene yapılan ocağa, 4 mahalle ile 13 köyün bağlı olduğu bildirildi. Laboratuvarında açlık kan şekeri, bilirubin, üre tayini, kan sayımı ve kan grubu tayini yapılabiliyordu. Tüm gebelere kan grubu ve hemoglobin düzeyi tayini yapılıyordu.

Ocak bölgesinde Mayıs 1993 itibarıyla bebek ölüm hızı binde 22.8, kaba ölüm hızı binde 46.0, kaba doğum hızı binde 15.9, sevk oranı % 11.5, gebe başına ortalama izlem 4.7, bebek başına ortalama izlem 6.2 olarak bildirildi. 1992 yılında ana ölümü olmadığı, 1993'te bölgede 1 ana ölümü olduğu açıklandı. 1992 yılı bağışıklama hızlarına baktığımızda DBT 1 ve 2 için % 93.0, DBT 3 için % 89.0, kızamık için % 90.0, BCG için % 93.0, gebe tetanozu 1 ve 2 için sırasıyla % 76.0 ve % 58.0 olduğu belirtildi.

Sağlık ocağı hekimleri proje konusunda çok ümitli değildiler. Sağlık ocağının çalışmadığı bazı yerlerde, aile hekimliğinin de çalışmayacağını belirttiler. Kent sağlık ocaklarının, donanım yönünden desteklenirse halka ulaşmasının kolaylaşacağını, önemli olanın halkın güvenini kazanmak olduğunu düşünüyorlardı.

ESKİŞEHİR-BİLECİK TABİP ODASI

Genel olarak sağlık alanında yaşanan sorunları ele almak ve özelde de bölgelerinde uygulanacak proje hakkında hekim örgütünün görüşlerini almak amacıyla konuk olduğumuz Odada, yönetim kurulu üyeleri, diğer üyeler ve sağlık alanında örgütlenmiş kamu çalışanları sendikalarının temsilcilerinden oluşan kalabalık bir grupla görüştü. Çoğunluk, proje hakkında yeterli düzeyde bilgi sahibiydi ve genellikle bizim de katıldığımız bazı eleştirileri seslendirdiler. Oda'nın Eskişehir'de olması Bilecik ile iletişimde zorluk yaratıyordu. Bunu temsilcilik kanalı ile gidermeye çalışıyorlardı. Projenin uygulanmaya başlaması ile izleme komitesi kuracaklarını anlattılar, bunun yanı sıra bir bülten çıkarma hazırlığındaydılar.

Tabip odasında gördüğümüz canlı, düşünen ve tartışan topluluk memnuniyet vericiydi. Taşrada olmanın getirdiği duyarsızlığı aşmışlardı.

KÜTAHYA SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İl genelinde 63 sağlık ocağı, 135 sağlık evi olduğunu, il merkezinde 7 sağlık ocağı olduğunu bildir-

di. 560.000 nüfuslu ilde 6 Devlet hastanesi, toplam 624 yatak ile hizmet vermekteydi. Hastane bazında yıllık poliklinik sayısının 759.000, yatırılarak tedavi edilen kişi sayısının 38.630 olduğu belirtildi. Ortalama hastanede yatış süresi 6.2 gün, yatak işgal oranı da % 53.1 olarak açıklandı.

Müdür Yardımcısı ilin sağlık düzeyi konusunda yeterince bilgili değildi. İle ait bazı verileri, Müdür'ün yanında götürdüğü gerekçesiyle alamadık ve bunu inandırıcı bulmadık.

İl nüfusunun % 65'i sosyal güvenlik kapsamındaydı, (% 37 SSK, % 19 Bağ-Kur ve % 9 Emekli Sandığı).

Çevre sağlığı açısından belediye ile ilişkilerinin iyi olduğunu, iki çevre sağlığı teknisyeninin belediyede geçici görevlendirildiğini öğrendik. Ancak "bazı konular bizi aşılıyor" şeklindeki yaklaşımı doğru bulmadım. İlde kış aylarında yaşanan hava kirliliği konusunda ayrıntılı bilgi verildi. Bu konuda, kentin yerleşim planındaki yanlışlık ve kente yakından geçmesine rağmen doğalgazdan yararlanılmaması, aşılamayacak sorunlardı.

Aralıklı olarak hizmet içi eğitim çalışmaları yapıldığı, periferde çalışan personelin hedef alındığı anlatıldı. Fakat "merkezdekiler zaten gözümüzün önünde, onların ihtiyacı yok" değerlendirmesi, yapılan hizmet içi eğitimin niteliği ve amacı konusunda bazı kuşkular yarattı.

Kütahya Sağlık Müdürlüğü, genel olarak olumsuz düşüncelerle ayrıldığı bir yerdi. Yaklaşımındaki yanlışlıklara, gözlenen demotivasyonun ve bilgi açığının da eklenmesi, bu durumun nedeni olabilir düşüncesindeyim.

KÜTAHYA GÜBRE FABRİKASI (TÜGSAŞ)

1500 işçinin çalıştığı fabrikada 2 işyeri hekimi görevli idi. Görüştüğümüz işyeri hekimi 6 yıldır bu görevdeydi. Eski teknolojiye sahip fabrika, tam kapasiteyle çalışmıyordu. Fabrikanın atıklarının amonyak-asit karışımı, kömür yıkama suyu ve nitrat içeren atıklar olduğu, yeraltı atık deposunda nötralizasyona tabi tutulduğu anlatıldı. Ayrıca filtresi olmayan bacadan çıkan dumanda 2000 ppm civarında azotoksit bulunuyormuş. Bu haliyle çevreye zararlı bir işletmeydi. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurulu'nun olduğu, fakat iyi çalışmadığı öğrenildi. Fabrikanın bazı bölümlerinde gürültü sorunu vardı. İşçiler kulaklık verilmesine rağmen kullanmıyorlardı. Fabrikanın çeşitli yerlerinde su buharı sızıntısı vardı, bazen fabrika içinde asit yağmuru olduğu anlatıldı. Asit için işçiler başlık ve gözlük kullanmaktaydılar. Fabrikanın 5 yataklı bir reviri vardı.

Burada gaz zehirlenmesine karşı oksijen çadırı ve mobil oksijen cihazları bulunmaktaydı. İşyeri hekimi, meslek hastalığı tanısı koymadıklarını belirtti. Ağır ve tehlikeli işlerde çalışacaklara ait sağlık raporlarının tam ve düzenli olarak doldurulduğu gözlemlendi. Her yıl periyodik muayenelerin yapıldığı ve akciğer grafilerinin çekirildiği anlatıldı.

AFYON SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

650.000 nüfuslu ilde, 105 sağlık ocağı ve 11 hastanede (SSK hariç 154 pratisyen, 73 uzman hekimin görev yaptığı bildirildi. Yeni ve modern bir binada hizmet vermekte olan müdürlükte ayrıca hekimevi, restoran, kreş, konferans ve okuma salonları inşaatı sürmekteydi. İle ait bazı göstergeler şöyleydi:

| | | | |
|-------------------------------|---|----------|-------|
| Bebek ölüm hızı | : | binde | 57.95 |
| Kaba ölüm hızı | : | binde | 4.93 |
| Kaba doğum hızı | : | binde | 16.92 |
| Ana ölüm hızı | : | yüzbinde | 9.1 |
| Ölüm doğum hızı | : | binde | 23.63 |
| Doğal nüfus artış hızı | : | binde | 11.99 |
| Yatak işgal oranı (il geneli) | : | yüzde | 45.9 |

Bağışıklama hızları ise 1992 için BCG % 77, DBT - 1 % 91, DBT - 2 % 90, DBT - 3 % 89, kızamık % 91, gebe tetanozu 1 ve 2 olarak sırayla % 56 ve % 38 olarak bildirildi.

1992 yılında sağlık ocaklarına başvuran kişi sayısının 363.140 olduğunu ve bunların 51.895'inin sevk edildiğini, sevk zincirinin memurlar ve yeşil kartlılar dışında çalışmadığını anlattılar.

Düzenli hizmet içi eğitim toplantıları yapıldığını, ele alınan konuların sağlıkla ilgili yasalar, sosyalizasyon, ana-çocuk sağlığı, aile planlaması, çevre sağlığı, sağlık istatistikleri olduğunu öğrendik. Kent merkezinde 2 ocak eğitim sağlık ocağı olarak belirlenmiş.

Halktan gelen taleple ihtiyaç fazlası sağlık ocağı kurulduğunu, oysa ulaşımın kolay olduğu yerlerde mobil hizmetin yeterli olabileceğini düşünen müdüre göre, pratisyen hekimler isteksiz ve toplumla diyalog kuramıyorlar. Uzman hekimlerin ise muayenehanelerini daha çok önemsediklerini ve onlardan yeterli verimi alamadıklarını anlatıyor. Merkezden başlayarak sağlık ocaklarında bilgisayara geçeceklerini, eğer kaynak ayrılırsa sosyalizasyonun işleyeceğini düşünüyor. Proje konusunda olumsuz düşünceleri var. Görevdeki en büyük zorluğunun politik baskılar olduğunu söylüyor.

AFYON SSK HASTANESİ

Başhekim ile görüştüğümüz bu hastanede, 12 uzman, 7 pratisyen görev yapıyordu. Fiili yatak sayısı

128 olan hastaneye 100 yataklı ek bina yapılıyordu. İl genelinde yaklaşık 175.000 kişiye hizmet vermekte olan kurumdan günde ortalama 1000 reçete çıkmaktaymış. Hekim sayısının yetersiz olduğu bildiren başhekim, sevk zinciri yokluğu nedeniyle süzülmeden gelen çok sayıdaki hastadan yakındı. 1992 yılında 184.000 poliklinik olduğunu, 5411 kişinin yatarak tedavi gördüğünü açıkladı. Hastanenin yatak işgal oranını % 65 olarak verdi. SSK başhekimlerinin daha uzun süre görevde kalmalarını deneyim gerekliliğine ve SSK'nın politik yapının biraz daha dışında kalmasına bağladı. İl genelinde 3 sağlık istasyonu olduğunu belirtti.

Ülkenin en önemli sağlık sorununun koruyucu hekimliğe önem verilmemesi olduğunu söylemesine rağmen, kendisi de SSK'nın koruyucu hekimlik görevi olmadığını düşünüyordu.

AFYON GAZLIGÖL KIZILAY MADEN SUYU İŞLETMESİ

Yılda 60 milyon şişe kapasitesi olan tesiste artezden kuyu ile çıkarılan maden suyu işleniyor. Teknolojik olarak geri bir tesisti. Günde 3 kez bakteriyolojik ve kimyasal örnek alındığını öğrendik. Çalışanlar gürültüden yakınıyorlardı ve poliklinik ağırlıklı görev yapan işyeri hekiminin konu ile ilgilenmediğini belirtiyorlardı. Bu durum, hem işyeri hekiminin, hem de işçilerin işvereninin aynı olmasının sakıncalarını gösteren bir örnek oluşturuyordu.

KONYA SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Burada ortopedi uzmanı olan ve 1.5 yıldır bu görevde olan Sağlık Müdürü ile görüştük. Kendisinden, 154 sağlık ocağı, 703 sağlık evi, 17 devlet hastanesi, 10 VSD'inde 187 uzman, 472 pratisyen, 39 diş hekimi, 708 hemşire, 318 sağlık memuru, 886 ebe, 116 laboratuvar teknisyeni ile hizmet verdiklerini öğrendik. İl merkezinde 14'ü bakanlığın, 2'si belediyenin (bunların personeli müdürlükçe karşılanmış) olmak üzere, 16 sağlık ocağı varmış. 154 sağlık ocağının 10 tanesinin hekimsiz olduğunu ve ildeki hekim dağılımının bozukluğunu ve bunu çözemediğini anlattı.

İlin sağlık verilerini alamadık. Yalnızca kızamık için bağışıklama hızının % 70 olduğunu öğrendik ve bunun da düşüklüğünü vurguladık.

Sağlık Müdürü Konya'nın en önemli sağlık sorununun polikliniklerin yetersizliği olduğunu anlattı. Bu konuda yatırım yapacaklarını, fakültede olan ama devlet hastanesinde olmayan bilgisayarlı tomografinin ve NMR'ın alınacağını belirtti.

Uzman hekimliği bırakarak yönetici olmasının gerekçesini bu görevin kendisinden önce "ehil"

ellerde olmadığı ve deneyimsiz, genç, pratisyen hekimlerin görev yaptığı, bunu kırmak gerektiği şeklinde ifade etti. Sağlıkla ilgili yasalardan habersizdi.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Gezici eğitim seminerinde hedeflenen amaçlara ulaşılmıştır ve seminer bir çok açıdan yararlı olmuştur. Beş yıllık bu deneyimin ışığında, seçilmiş konulara özel, katılımın daha fazla ve değişik düzeylerden olduğu ve biraz daha uzun süreli seminerlerin düzenlenebileceği, bunun halk sağlığı çevreleri açısından çok yararlı olacağı düşüncesi oluşmuştur. Başka alanlarda görmeye alışık olmadığımız, üniversiteler, bakanlık ve TTB işbirliğinin bu etkinlikten yola çıkarak gerçekleşebilir olduğunu görmek umut vericidir.

Bakanlıkça hazırlanan projeye karşı, sağlık örgütünde yaygın kuşku olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda, projenin uygulayıcıları olacak kişilerdeki bu kuşku bizce de paylaşılmaktadır. Ülkenin sağlık sistemini tamamen değiştirecek bu projenin eleştiriler göz önüne alınarak, yeniden değerlendirilmesi gerekmektedir.

Sağlık müdürlüklerinde ve diğer birimlerde görev yapan yöneticilerde, değişik düzeylerde bilgi ve

deneyim eksiklikleri olduğu görülmüştür. Yönetimlerin farklı birimlerinde, halk sağlığı uzmanlarının görevlendirilmesi gerekmektedir.

Sağlık ocaklarında çalışan pratisyen hekimlerde, motivasyon ve hizmet içi eğitim eksikliği olduğu gözlenmiştir. Konunun öneminin bilincinde yöneticiler, denetim ve destek ile aşılabilecek bu durum için çaba harcanmalıdır. Özellikle kentlerde sağlık ocaklarının, donanım açısından desteklenerek ve çoğunlukla işlemediğini, gördüğümüz sevk sistemini kurarak, daha yüksek verimde çalışmalarının sağlanması gereklidir. bazı illerde örneklerini gördüğümüz, vital verilerdeki eksiklikler ve hataların giderilmesi için çalışılmalıdır.

Bakanlık ve üniversiteler arasında oluşturulan protokolle kurulmuş olan "Eğitim-Araştırma Sağlık Grup Başkanlıkları" yeniden yaşama geçirilmelidir.

"Halk Sağlığı Ana Bilim Dalları"nın olanaklarının artırılması ve desteklenmesi için çaba harcanmalıdır.

Çevre sağlığı konularında sağlık örgütleri kendilerini yeterince yetkili ve sorumlu hissetmemektedir. Bu da, bu alanda bir boşluk oluşmasına neden olmaktadır. Bu sorunun sektörlerarası işbirliği ile aşılması gereklidir.