

## SAĞLIK HİZMETLERİNİN ANA-KENTLERDE SOSYALLEŞTİRİLMESİ VE ÖRGÜTLENME SORUNLARI

Yürük İYRİBOZ/Mustafa KOÇ

Sağlık örgütlerimizin başarısızlığı ve ivedi gereksinimlerimiz geçtiğimiz günlerde sağlık hizmetlerinin üç büyük ana-kentimizde (Ankara, İstanbul, İzmir) sosyalleştirilmesini zorunlu kılmıştır. Sosyalizasyon şimdiye kadar yalnızca ana-kentlerin dışında uygulanmıştır. Bu uygulama alanı ana-kentlere göre nüfus yoğunluğu ve diğer sağlık kuruluşları yönünden çok farklıdır. Nüfus yoğunluğu ana-kentlerde kırsal kesimin altı katına ulaşmış olup ana-kent bütünü içinde de büyük farklar göstermektedir. Ana-kentlerde kırsal kesimde hemen hemen hiç bulunmayan birçok sağlık kuruluşu vardır. İki kesim arasındaki bu ayrıcalıklar yeni bir örgütlenme gereksinimi doğurmaktadır.

Bu çalışmada sosyalizasyon yasası ve başarılı örgütlenme ilkeleri ışığında İzmir ana-kentinde bulunan sağlık kuruluşları gözden geçirilmiş, sağlık hizmetlerinin başarısında toplumun sağlık bilinci, denetimi ve yönetime katkısının en önemli etkenler olduğu ve bu etkenlerin hizmetler ancak tek bir örgüt tarafından yürütüldüğü koşullarda geçerli olacağı vurgulanmıştır. Burada sözü edilen tek örgüt kuşkusuz sosyalizasyondur.

Geçtiğimiz günlerde sağlık hizmetlerinin üç büyük ana-kentimizde İstanbul, Ankara ve İzmir'de sosyalleştirilmesi, nüfus ve sağlık kuruluşlarının dağılımı ve toplumsal yapı yönleri ile ana-kentlerin, sosyalizasyonun şimdiye kadar uygulandığı alanlarda çok farklı olması uygulamada büyük sorunlar yaratacaktır.

Ülkemiz genel nüfus yoğunluğu kilometre kare başına 50 kişidir. Bu yoğunluk sosyalleştirilen üç ana-kentte ise sırası ile, İstanbul'da 682, Ankara'da 82 ve İzmir'de 131'dir. Son iki nüfus sayımı, 1965 ile 1975 yılları arasında ülkemiz nüfusu % 7 artmıştır. Üç ana kentte ise sırası ile İstanbul % 47, Ankara'da % 86 ve İzmir'de % 45 artmıştır (1).

Ana-kentler sağlık hizmeti veren kuruluşlar ve bireyler yönünden de ülke genelinden farklıdır (Tablo 1, 2).

**TABLO 1: Sağlık Kuruluşları ve Sağlık Personelinin Türkiye'de Geneli ve Üç Ana-kente Göre Dağılımı, 1975 (2)**

	Türkiye Geneli	Ana-kentler	%
Nüfus	40.347.719	8.163.847	20
<b>Kuruluşlar</b>			
Hastahane	814	176	22
Yatak sayısı	86.474	37.253	43
Eczane	4.742	1.838	39
<b>Personel</b>			
Uzman Hekim	12.698	8.663	63
Pratisyen Hekim	9.016	6.280	70
Diş Hekimi	5.046	3.261	65
Hemşire	14.806	5.474	37
Sağlık Teknisyeni	11.201	4.393	40
Ebe	12.975	2.118	16
Eczacı	7.002	2.904	41

**TABLO 2: Kişi Başına Düşen Sağlık Kuruluşu ve Personelinin Türkiye Geneli ve Ana-kentlere Göre Dağılımı, 1975 (3)**

	Türkiye Geneli	Ana-kentler
Hastane	49.567	46.385
Yatak sayısı	466	219
Eczane	8.509	4.442
Uzman Hekim	3.177	942
Pratisyen Hekim	4.475	1.300
Diş Hekimi	7.996	2.503
Hemşire	2.725	1.491
Sağlık Teknisyeni	3.661	1.858
Ebe	3.110	3.855
Eczacı	5.762	2.811

Türkiye geneli ile ana-kentler arasında görülen bu farklar ana-kentler bütünü içinde de gözlemlenir. Örneğin nüfus ve sağlık kuruluşları adeta kentin merkezine yığılmış gibidir.

Şimdiye kadar verilen bu gerçeklerin ışığında, sağlık hizmetlerinin ana-kentlerde sosyalleştirilmesi yeni bir örgütlenme gereksinimi

doğuruyor. Sosyalleştirme uygulamasının şu anda birçok sağlık örgütünün bulunduğu ana-kentlerde karşılaşacağı sorunlar daha önce bu örgütlerin çok az sayıda bulunduğu alanlarda karşılaşılan sorunlardan çok farklı olacaktır.

Sosyalleştirme süreci her şeyden önce bir yatırımdır. Ülkemiz koşulları yatırımlarda gerçekçi olma ve bütün olanaklardan yararlanma ilkesini öngörüyor. Bu durumda ana-kentlerin sosyalleştirilmesinde, bu kentlerde şu anda mevcut bulunan diğer sağlık örgütlerinden yararlanabilmemiz gerekmektedir. Gerçekte yasalarında öngördüğü bir şekilde mevcut örgütlerden yararlanma, sosyalizasyonun amaçladığı yatırımları sınırlama yönünden, somut bir yaklaşım olur. Diğer taraftan mevcut örgütlerin en başından beri yetersizliği söz konusu ve sosyalleştirmenin bu yetersizliği ortadan kaldırmak için geldiği de açıktır.

Ana-kentlerin sosyalleştirilmesinde kentler içinde sağlık evi ve sağlık ocağı yeri aramadan önce mevcut sağlık kuruluşların incelenmesi gerekir. Biz bu konuda kaynak olarak İzmir kent bütününe inceledik (Tablo 3).

**TABLO 3: İzmir Kentinde Sağlık Kuruluşları 1978 (5)**

Kuruluş	Adet
Hastane	17
Yatak Sayısı	5318
Ana Çocuk Sağ. Merkezi	9
Hükümet Tabipliği	3
Verem Savaş Dispanseri	4
Sağlık Merkezi	1
S.S.K. Dispanserleri	5

Bu örgütler yakından incelendiğinde ve incelemede sosyalizasyonun amaçları bir ölçüt olarak kullanıldığında bazı önemli ortak nitelikler ortaya çıkmaktadır.

Örgütlerin sorumlu olması gerektiği toplum kesimleri yapay olarak kesin sınırlarla ayrılmışa çalışılmıştır. Buna rağmen herhangi bir birey, herhangi bir kuruluşa başvurabilmektedir.

Örgütler arasında işlev yönünden işbirliği veya iletişim yoktur. Öyle ki ihbarı zorunlu hastalıklar bile hemen hemen işlevden kalkmıştır.

Tedavi edici hizmetlerin düzeyi genellikle çok düşüktür. Örgütler arasında bu yönden büyük farklar vardır. Örgütler tanı ve tedavide düzeyi yükseltecek bilimsel denetim, yönetim ve hizmet içi eğitimden yoksundur. Bazı kuruluşlarda ölen vakaların raporlarını dahi hekim olmayan kişiler doldurmaktadır.

Örgütlerin tanı ve tedavide gördükleri işlemlerin açık olarak yansdığı bir kayıt sistemi veya arşiv yoktur. Bu eksiklik bırakın hastanın takibini, sağlıklı tedavisinin bile yapılmamasına yol açar.

Örgütlerin tümü tedavi edici hizmetlere yönelmiştir.

Kısacası ana-kentlerin bütünü içinde sıraladığımız ve ortak niteliklerini gösterdiğimiz bu örgütler ancak hastalanınca başvuru birer kuruluş haline gelmiştir.

Söz konusu nitelikler bırakın her safhasında planlama gerektiren sosyalizasyonu, idarî ilimlerin bile kurallarına ters düşer. Bu kurallara göre söz konusu örgütler söz konusu nitelikleri ile, hizmetleri ile ilgili bilgi toplayamaz, biriktiremez, planlama, işbirliği ve iletişim yapamaz, gereksinimlerini saptayamaz, gittikçe artan hasta yükünü kaldıramaz ve kısacası sağlık sorunlarımıza hiçbir çözüm getiremez.

Bu örgütlerin en büyük toplum kesimlerinden birinde işlev gören kuruluşlardan biri S.S.K.'dir. Bu kurumun şimdiki yetersiz işlevini bir an için bir yana bıraksak dahi kısa bir süre sonra bu kurumun işçi nüfusunun İzmir kent bütünü içinde erişeceği sayı karşılayamayacağı açıktır. İzmir kent bütününde şu anda çalışan nüfus 398.243'tür. Bu rakamın 1985'te en az sanılara göre 595.204'e varacağı kolaylıkla saptanabilir. S.S.K.'nin kapsamına alınması düşünülen yeni kesimler ve marjinal sektör kesimlerini de bir an için unutalım S.S.K.'nin şimdiki işlevine şimdiki sigortalı işçi sayısı üzerinden 1985 yılına bakalım. 1975'de İzmir'de sigortalı işçi sayısı 153.827, yatak sayısı 1342'dir. İzmir'de sigortalı işçi sayısı en az sanılara göre 1985 yılında 190.034 olacaktır. Bu sayı % 42 bir artışı gösterir. Şimdiki, aynı ölçüt 100 işçiye bir yatak düşmesi istenirse bu kurumun 1985 yılına kadar en az 558 yataklı bir hastane daha yapması gerekmektedir (Tablo 4). Bu hastane şimdi yapılmaya başlansa ülkemiz koşullarında ne zaman biter.

**TABLO 4: İzmir Kent Bütünü Çalışan Nüfus, Sigortalı İşçi ve Sigorta Yatak Sayısı 1975, 1985 Sılı Sanıları (6, 7)**

	1975	1985
İzmir Kent Bütünü Nüfus	956.165	1.466.019
» » » Çalışan Nüfus	398.243	595.204
Sigortalı işçi sayısı	133.827	190.034
Sigorta yatak sayısı	1.342	1.900

Kıscacası S.S.K.'nın İzmir kentinde kısa bir süre sonra sağlık sorunlarını çözümlenmekle yükümlü bulunduğu işçi kesimi ile başede-meyeceği gün gibi ortadadır.

Ana-kentleri sosyalleştirirken, ana-kentlerde mevcut diğer sağ-lık örgütlerinin incelenmesinin yanısıra, sosyalizasyonun şimdiye ka-dar başaramadıklarını da incelemek gerekir. Herhangi bir sağlık prog-ramının başarısı, her şeyden önce programın uygulandığı toplumun katkısına bağlıdır. Şimdiye kadar sosyalizasyona toplumun katkısının ne olduğu araştırmağa değer bir konudur. Ülkemizde sosyalizasyo-nun başarısızlığı gerçekte toplum katkısından yoksun oluşundandır. Toplum yararına kurulan herhangi bir örgütün toplumun denetim ve yönetimi olmadan başarıya ulaşması olanaksızdır. Bu görünümüleri ister sosyalizasyon, ister diğer sağlık örgütleri olsun, bu kuruluşlar top-lumdan tamamen kopukturlar ve başarısızlıklarında bu özellik büyük önem taşımaktadır.

Ülkemizde sağlık sorunları diğer sorunlardan soyutlanmakta, sağlık hizmetleri yukarıda sıraladığımız kuruluşlar tarafından veril-mekte ve sorunlar bir tüketim ekonomisi anlayışı içinde çözülmeye çalışılmaktadır. Bu koşullar içinde devlet hastalıkları önlemek için değil hastalıkların en iyi şekilde tedavi edilmesini sağlamağa çalış-maktadır. Böyle bir yaklaşımla sağlık sorunlarının çözümünü hiçbir devletin gücü yetmemiştir. Bu anlayış örgütlenmiş ve bilinçli toplum kesimlerinde, örneğin işçi sendikalarında bile söz konusudur. Eli ko-pan işçi, elinin kopmasına yolaçan koşulların değişmesi yerine en iyi takma elin peşinde koşmaktadır. Sağlık sorunlarımızın çözümünde, tüketim ekonomisi anlayışı koruyucu değil tedavi edici hekimliği ön-görmektedir. Yalnızca tedavi edici hekimlik epidemiyolojik ilkeler ve sorunların parasal yönleri hiçbir ülkede toplum sağlık sorunlarına çö-züm getirmemiştir ve tüm sağlık kuruluşlarını toplumun katkısından yoksun bırakmıştır. Bu anlayış işlevleri birbiri içine girmiş, çağdaş ör-

gütleşme ilke ve kurallarından yoksun birçok sağlık örgütü kurar ve sonuçta başarısızlığı doğurur. Bu başarısızlık herhangi bir ticarî örgütün başarısızlığı ile kıyaslanmamalı ve küçüksenmemelidir. Çünkü bu anlayış her gün yüzlerce hayata mal olmaktadır.

Sağlık sorunlarımızın çözümden sorumlu birden fazla örgüt hemen ilk planda yapay bir iletişim ve işbirliği gereksinimi doğurur. Bir toplumun sağlık sorunları, için yalnızca bir tek örgüte başvuruluyorsa bu örgüt yetersizliklere girse bile doğal olarak toplumun dikkatini çok daha büyük bir olasılıkla çekecektir. Herhangi bir hizmet yetersizliği karşısında, hizmeti veren başka bir kuruluş olmadığı için, toplum bu yetersizliğin bilincine çok daha çabuk varabilecek, hizmeti denetleyecek, yönetecek ve seve seve katkıda bulunacaktır.

Burada önemli bir noktada toplumumuzun sosyo-ekonomik düzeyi ne olursa olsun sağlıklı yaşamın bir hak olduğunun bilincine varabilmesidir. Bu bilinçe varılmasında tüm örgütlerin yardımcı olması gerekir. Toplum, sağlık kuruluşlarından hastalanınca en iyi tedaviyi değil, hastalanmamak için gerekenleri istemeyi öğrenmelidir.

Şimdiye kadar belirttiğimiz önemli gerçekler, sağlık hizmeti veren tüm kuruluşların hızla uygulanan bir plan içinde sosyalizasyon kapsamına alınmasını öngörüyor. Bu plan en azından ilk günlerinde bile yatırım ve yönetim ilkeleri açısından sağlıklı hizmet verme olasılığı sağlayacaktır.

#### KAYNAKLAR

1. DİE İstatistik Yıllığı 1971 s. 31.
2. DİE İstatistik Yıllığı 1977 s. 78, 80, 86, 88, 89, 93.
3. İbid.
4. Rauf Beyru, İzmir Şehri Üzerinde Bir İnceleme, âehir Nüfusları, Gerçekler ve İstatistikler, ODTÜ Mimarlık Fakültesi, Ankara 1969 «İzmir Büyük âehrinde İdarî Sınırlar» adlı haritadan yararlanılmıştır.
5. İzmir Sağlık Müdürlüğü İstatistik Şubesi 1978 yılı verilerinden çıkarılmıştır.
6. İzmir Metropolitan Alan Nazım Planı, İmar ve İskân Bakanlığı Planlama ve İmar Genel Müdürlüğü s. 105.
7. SSK 1975 Yılı Çalışma Raporu Bilançosu, Gelir-Gider Tablosu ve 1976 Yılı İş Programı s. 208.