KENTLERDE, TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖRGÜTLENMESİ

*Dr. Recep AKDUR**

Türk Toplum Hekimliği II. Sempozyumu (25-28 Haziran 1980 İstanbul), İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, no:128, İstanbul, 1980 s:217 - 222

GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi düşünülürken öncelikle ne tür bir hizmet sunulması gerektiğine karar verilmesinde zorunluluk vardır. Çünkü, sunulması düşünülen hizmet biçimi, daha genel bir deyişle hizmet politikası, örgütlenmeyi şekillendirmede temel öğelerden' biridir. Hizmet politikası biçimlendirildikten ve kararlaştırıldıktan sonra örgütlenme bunun üzerine inşa edilebilir. Sağlık politikası ise, hizmetle neyin anlatılmak istendiği tayin etmektedir. Bundan dolayı Türkiye kentlerinde sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi düşünülürken, sunulmak istenen hizmetten ne anlatılmak istendiğinin tartışılmasında ve karara bağlanmasında zorunluluk vardır.

Günümüz koşullarında böyle bir tartışmaya gerek olmadığı düşünülebilir. Çünkü, çağdaş sağlık hizmeti, sunulması gereken hizmet biçimini ve sağlık politikasının ilkelerini tartışmaya yer vermeyecek açıklıkta belirlenmiştir. Ancak Türkiye'deki sağlık hizmetleri ve örgütlenmesine bakıldığında, gerek yönetim düzeyinde gerekse toplum düzeyinde bu konunun açıklığa kavuştuğunu söylemek oldukça güç. Sosyalleştirme konusunda tüm söylenen ve yazılanlara, hatta bizzat yönetim tarafından benimsenmiş olduğunun söylenmesine karşın, uygulamaların kararsızlığını görebilmekteyiz. Toplum düzeyinde ise talebin çağdaş sağlık hizmeti yönüne kanalize olduğunun belirtilerini pek göremiyoruz.

ÇAĞDAŞ SAĞLIK HİZMETİ

Çağdaş anlamda sağlık hizmeti deyiminden; koruyucu iyileştirici ve sosyal hizmetler bütünü anlaşılmaktadır. Her tür toplumsal yapıda bu üç bölümün birlikte ve tek elden sunulmasında zorunluluk vardır. Ancak bu üç bölümün hizmet içindeki ağırlıkları, toplumun içinde bulunduğu çevreye göre (Sosyal, fizik ve biyolojik çevre kast edilmektedir) değişir, örneğin, çevre sorunlarını halletmiş ve sosyo-ekonomik düzeyi yüksek bir toplumda koruyucu hizmetlerin tüm faaliyetler içindeki ağırlığı aksi bir topluma göre daha az olacaktır.

(*) A.Ü.T.F. Toplum Hekimliği Uzman Asistanı, Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanı

Türkiye'de de sağlık hizmetlerinin, örgütlenmesi düşünülürken, kır-kent yada kentlerin gecekondu bölgeleri ile gelişmiş bölgeleri arasında göz önünde bulundurulması gereken temel fark bu olmalıdır.

Çağdaş sağlık hizmeti sağlama götürülen ve korumaya yönelik bir hizmettir. Hizmeti böyle anlayıp yorumlayınca, sağlık hizmetlerinin temelini periodik izlemeler oluşturacaktır. Bu nedenle gerek ülke düzeyinde gerekse kentlerde örgütlenme düşünülürken periodik izlemeler esas olarak alınmalıdır. Ayrıca kır ve kentler için benzer bir örgütlenmeye gidilmesinde zorunluluk vardır. Bu zorunluluk, ülke düzeyinde hizmeti bütünleyebilme, bölgeler arası eşit hizmet sunabilme, standart eğitim, kayıtlarda standardizasyon ve epidemiyolojik değerlendirmeler yapabilme gereklerinin ortaya çıkardığı bir zorunluluktur. Konuya böyle yaklaşılınca, kentlerdeki sağlık örgütlenmesinin periodik izlemeleri esas alması poliklinik, yataklı tedavi .ve benzeri hizmetlerin ise bu esas üzerine oturtulması gerektiği söylenebilir.

ÖRGÜTLENMEDE BAZI ÖLÇÜTLER

Kararlaştırılacak politikadan sonra, örgütlenmeye yön vermede göz önünde bulundurulması gereken başlıca öğeler şöyle sıralanabilir: 1 - Hizmet hacmi, 2 - İnsan gücü, 3 - Finansman.

Hizmet Hacmi - İnsan Gücü

Topluma sunulacak hizmet hacmi ve bunun gerektirdiği insan gücünü hesaplarken dört bölümde değerlendirebiliriz:

A — Periodik izlemeler -
B— Poliklinik Hizmetleri
B-l — Muayene ve ayakta tedavi
B-2 — Yataklı tedavi
B-3 — Laboratuvar hizmetleri
C — Demografik ve vital olayların izlenmesi
D— Diğer hizmetler (Genel idare hizmetleri, çevre sağlığı ve benzeri)

A) PERİODİK İZLEMELER

. İdeal olanı tüm bireylerin periodik izlenmeye alınmasıdır. Ancak günümüzdeki insan gücü ve mevcut diğer olanaklarla bunu yapmaya imkân yoktur. Bu nedenle de' hizmetin öncelikli gruplara (Risk Grubu), yöneltilmesi gerekmektedir. Türkiye'de 0-6 yaş grubu, gebe ve loğusalar önceliğe sahip grupları oluşturmaktadır. Kentlerde de durum aynıdır. Bunlara ek olarak, yörenin özelliğine göre riskli işyeri çalışanları, yaşlı, kronik ve dejeneratif hastalıklı kişi-

lerin kapsama alınabileceği düşünülür ise de bunlar ikinci dereceden öneme sahip gruplardır. Sonuç olarak kentlerde periodik izlemelerin iç hacmi hesaplanırken A,Ç,S hizmetleri temel olarak alınabilir.

Her 1000 nüfus için periodik izlemelerin gerektireceği aylık iş hacmi şöyle olacaktır: Türkiye'de üç metropolde kaba doğum hızı %o24.81, nüfusu 100.000 den fazla olan yerleşim yerlerinde ise %025,97'dir (4). Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Bölgesindeki %o24.4'lük oranda (1) bu veriyle uygunluk göstermektedir. Buna göre; bir yılda her bin nüfusta 25 doğum meydana gelmektedir. Bu doğumların yılın aylarına homojen dağıldığı varsayıldığında ayda yaklaşık 2 doğum olacaktır. Aynı şekilde gebelik olayının yılın aylarına homojen dağıldığı varsayılır ise her bin nüfusta 18 dolayında gebe olacaktır. Her bin nüfus için gebe ve loğusaların gerektirdiği aylık periodik izleme hacmi ise şöyledir:

Haftada	görülmesi	gerekli	2 loğusa	= 8 periodik izleme
»	»	»	2 9. ayında gebe	= 8 periodik izleme
15 günde	»	»	2 8. ayında gebe	= 4 periodik izleme
Ayda bir	»	»	14 gebe	= 14 periodik izleme
			Toplam:	34 periodik izleme

Aynı verilerden hareketle her bin nüfus için ayda bir görülmesi gerekli bebek sayısı 25 olmaktadır. 1-6 yaş grubu çocukların 6 ayda bir görülmesi halinde (Takvime göre daha sık görülmesi gerekir) bu yaş grubunda 5x25 = 125 çocuk bulunacaktır ve bunlardan doğan aylık periodik izleme sayısı ise 20 dolayındadır. Sonuç olarak 0-6 yaş grubundan dolayı aylık izleme sayısı 45 olmaktadır. Toplam AÇS için ise, her bin nüfus için 80 izleme gerekmektedir.

Bu izlemelerin gerektirdiği insan gücü: Bir sağlık evi görevlisi, günlük 8 saatlik mesaisinin ancak 5 saatinde izleme çalışmaları yapabilmektedir (sabah 8-10 arası aileler için erken olduğundan ocak içi çalışmaya ayrılması, 12.00- 13.00 arası öğle yemeği, sahaya gidiş geliş için gerekli zaman gibi nedenlerle) Her periodik izleme için 30 dakikalık süre gerektiği varsayılır ise, günde toplam 10 izleme yapılabilmektedir. 1980 yılı tatil ve iş günleri dağılımı ile senelik izinler göz önüne alındığında ay başına düşen fiili çalışma günü 19 iş günüdür. Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde sahaya ayrılan aylık iş günü sayısı, ortalama 16-18 arasında değişmektedir. (Ayda 4 iş günü ocak içi nöbet tutmaktadır.) Bu sonuçlara göre, bir sağlık evi görevlisi ayda ancak 160-180 izleme yapabilir. Her 1000 nüfus için 80 periodik izleme gerektiği bulunmuştu. Bu iki veriden hareketle,.bir sağlık evi nüfusunun en fazla 2000 olması gerektiği sonucuna varılır.

Türkiye ölçeğinde düşünüldüğünde, nüfusun %37'si nüfusu 10.000 üzerindeki yerleşim yerlerinde oturmaktadır (2) ve yaklaşık 16 milyon kadar nüfusu oluşturur. Bu hususta 2000 kişiye bir sağlık evi örgütlenmesinin gerektirdiği hemşire sayısı 8000 olmaktadır. (Kentlerdeki sağlık evlerinde hemşire istihdam edilmesi düşünülmektedir. Buna karşılık 1979 yılında kamu kurumlarında çalı-

şan 16.364 hemşire, 9.939 yardımcı hemşire olmak üzere toplam 24.303 insan gücü vardır (3). Bunlardan 8000 hemşire çıkarıldığı takdirde aynı yıl içinde bulunan resmi kurumlardaki 107.938 yatak için (3) 6.62 yatak başına 1 hemşire veya hemşire yardımcısı kalmaktadır. İyi bir istihdam politikası ile yeter sayıya ulaşıncaya dek eldeki sayıyla bile daha üst düzeyde hizmet verme imkânları vardır.

B) POLİKLİNİK HİZMETLERİ

B-l — Evde ve ayakta tedavi: Türkiye'de değişik verilere göre, toplumda günlük polikliniğe başvuru oranı %02-3 arasında değişmektedir. Bu oran ‰3 olarak varsayılır ise; 1000 nüfusta 'günlük 3 polikliniğe çıkacaktır. Hasta başına ayrılan zamanı 15 dk. ve hekimin günlük hasta bakmak için harcadığı zamanı 6 saat olarak var sayalım. Bir hekim günde 24 hasta bakabilecektir. Buna göre 7000 kişiye ya da 3 sağlık evine 1 hekim istihdam edilmesi gerekmektedir. Bu takdirde Türkiye düzeyinde kentlerde 2500 dolayında hekim gerekecektir.

B-2 — Yataklı tedavi: Yine değişik verilere göre ilk başvurudan yataklı tedavi kurumlarına sevk oranı en fazla %10 dolayında olmaktadır. Böylece bir uzman hekimin günde 10 hasta görmesi halinde 24.000 kişiye 1 uzman hekim gereksinim olmaktadır (4 hekime, 12 sağlık evine 1 uzman hekim).

1978 verilerine göre yataklı tedavi kurumlarca müracaat eden hastalarda yatırarak tedavi oranı %10.08 dir (3). Hasta başına yatak işgal süresi ise on gün kadardır. Bu verilerden hareketle yaklaşık 10.000 nüfusa 20 yatak gerekmektedir. Böylece 100.000 kişiye 200 yataklı bir grup hastanesi yeterli olabilir.

B-3 — Laboratuvar hizmetleri: Kentlerde kurulacak sağlık ocaklarındaki hizmetlerin etkinliğinde ve toplum talebinin ocaklara kanalize olmasında laboratuvar hizmetlerinin büyük bir önemi vardır. Bu nedenle, ocak bünyesinde rnlin tetkiklerin yapılmasında zorunluluk vardır. Bu hizmet orta dereceli okul mezunu kurs görmüş bir teknisyen ile yürütülebilmektedir. İlk başvuruda laboratuvar gereksiniminin 1/2 olduğu varsayılır ise 2 hekime (6 sağlık evi, 12 bin nüfusa) bir laboratuvar teknisyeni istihdamı gerekli olacaktır.

C) DEMOGRAFİK VE VİTAL OLAYLARIN İZLENMESİ

Sahadan demografik ve vital veriler sağlık evi görevlilerince toplanmaktadır. Bu da şöyle yapılabilir; 2000 nüfuslu sağlık evi bölgesi (yaklaşık 400 aile) 6 eşit parçaya bölünmelidir. Bu bölgelerde kendi içinde 6 eşit birime bölünmek suretiyle her birim bölge içindeki periodik izlemeler yapılırken taranacaktır. Böylece tüm bölgedeki her aileye altı ayda bir sıra gelecek şekilde izlenerek gerekli bilgiler toplanacaktır. Ayrıca her yılın Haziran ayında ve yıl sonunda bölge ve ETF'ler tekrar gözden geçirilmek suretiyle ilave bir iş gücüne gerek kalmaksızın vital ve demografik veriler toplanabilecektir.

D) DİĞER HİZMETLER

D-l — Sağlık personeli gerektiren hizmetler: Çevre sağlığı ve okul dönemi aşıları gibi hizmetleri yürütmek üzere her' 10.000 kişiye 1 sağlık memuru (5 sağlık evi için) yine 10.000 kişiye denetici-eğitici hemşire (yüksek hemşire tercih edilmelidir) bu örgütlenmenin gerektirdiği diğer sağlık personeli olmakladır. Ayrıca her 6.000 kişiye bir diş hekimi diğer ihtiyaç duyulacak personel olmaktadır. Bunlara ilaveten yörenin özelliğine gör çeşitli dallarda kurs görmüş örneğin; işyeri sağlığı gibi sağlık personeli istihdamı da düşünülmelidir.

D-2 — Genel idare hizmetleri : 10.000 kişiye 1 tıbbi sekreter, hekim başına bir hizmetli,. 30.000 kişiye 1 şoför, 2 gece bekçisi istihdamı gerekli olan başlıca genel idare hizmetleri personel olmaktadır.

FİNANSMAN

Örgütlenmede finansman faktörü düşünülürken iki nokta üzerinde durmalıdır. Bunlar da gerekli kaynakların bulunma ile en az harcamayla en üst verinin elde edilmesi olayıdır. Bu yazıda kaynakların bulunması tartışmasına girilmeyecektir. Ancak az harcama ile en üst verimi elde etme üzerinde durulacak ve bu olay genel olarak tasarruf deyimiyle ifade edilecektir.

Sağlık hizmetlerinin gerektirdiği harcamaları iki temel grupta toplayabiliriz: 1 - İnsan gücünün gerektirdiği özlük harcamaları, 2 - Bina araç gereç ve demirbaş harcamaları. Bu iki bölüm harcamadan, özlük harcamaları bölümünde tasarrufa gidilmesi insan gücünün kısılması ile eş anlama gelmektedir. Bu ise hizmetin önceliklerinin saptanması ve tali derecede olanların iş hacminden çıkarılması ile mümkündür. Yukarıda verilen hizmet hacmi-insan gücü ölçülerinde bu durum göz önüne alınmış ve asgari ölçüler üzerinden hesaplama yapılmıştır. Bu ölçüler ötesinde tasarrufa gitmek ya da mevcut insan gücü yetersizliği nedeniyle ilkelerden vazgeçilmesi düşünülemez. Sonuç olarak özlük harcamalarında veriler ölçeklerin ötesinde tasarrufa gidilmesi mümkün değildir. Bu konuda çözüm ise ilkelerden vazgeçmek değil kısa sürede, var olduğu söylenen, personel açığını kapamak yönünde olmalıdır.

Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinin gerektirdiği harcamalarda tasarrufa gitme; bina araç gereç ve benzeri harcamalarda düşünülmelidir. Bu konuda, sosyalleştirmede mevcut ünitelerin (sağlık evi, sağlık ocağı) birkaçını tek binada toplamak, merkezi halk sağlığı laboratuvarları kurmak gibi girişimler ilk akla *gelen* çözüm olmaktadır. Bu dizeden olmak üzere kentlerde 30.000 kişiye hitap edecek bir ocak binası önerilebilir.

Böyle bir örgütlenme biçiminde 30 bin nüfusa bir ocak binası, büyük yerleşim yerlerinde 2.000.000 kişiye bir grup başkanlığı (7 sağlık ocağı için) ve 400 yataklı bir grup hastanesi düşünülmelidir. Grup hastanesi laboratuvarları aynı zamanda halk sağlığı laboratuvarı işlerini de görmelidir. Daha küçük yerleşim yerlerinde ise her 40 bin ve daha küçük yerler için bir ocak birimi 100.000 kişiye bir grup başkanlığı ve 200 yataklı grup hastanesi düşünülmüştür. Bu ne-

denle söz konusu edilen ocaklar mevcut ocak sistemi içinde çalışacaklar. Tek farklılık, hizmet açısından her üç sağlık evi bölgesinden bir hekimin sorumlu olması olacaktır. Ayrıca her ocakta (30 bin kişilik) bir idareci hekim (tercihan halk sağlığı uzmanı) ve grup başkanlığında bir halk sağlığı uzman bulunacaktır. Bu durum birçok yerleşme yerinde yeni bina yatırımları yapılmaksızın varolan sağlık merkezi, devlet hastanesi gibi binalardan yararlanmak suretiyle gerçekleştirilebileceğinden, diğer, bir tasarruf olanağını da birlikte getirebilir.

HİZMET OLANAKLARININ ARTTIRILMASI

Günümüze kadar süregelen sağlık hizmet politikalarının bir sonucu olarak toplum talebi tamamen tedavi edici, yöne kanalize olmuş durumdadır, özellikle kentlerde bu talebin tekrar rayına oturtulması önemli sorunlardan biridir. Bu nedenle böyle bir örgütlenmenin toplumda etkinlik kazanması ya da talebin bu yönde geliştirilebilmesi için; söz konusu sağlık ocaklarının teşhis olanaklarının arttırılması, hasta sevk ve yataklı tedavi işlemlerinin iyi işlemesi gerekmektedir. Ayrıca küçük yerleşim yerleri ile grup hastanesinin bulunduğu merkezler arasında iyi bir hasta sevk olanağını yaratılması, hizmetin etkinliğini arttıracak başlıca önlemler olarak düşünülmelidir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

1 — Kentlerde sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi düşünülürken çağdaş ilkelerden yola çıkılmalı ve periodik izlemeler örgütlenmenin esasını oluşturmalıdır.

2 — Kent ve kır örgütlenmesi benzer olmalıdır.

3 — Var olan sorunlar (insan gücü - finansman vb.) ilkelerden vazgeçmeyi düşündürmemelidir. Ayrıca buna gerek de yoktur, hazırlanacak planlar, çerçeve sinde sorunların çözümüne gidilmesi daha' akılcı bir yol olacaktır.

4 — Kent örgütlenmesinde, sosyalleştirme sistemi esas alınmak suretiyle, en az harcama ile ocak sisteminin nasıl geliştirileceği düşünülmelidir. Bu dize den olmak üzere; 2000 kişiye bir sağlık evi görevlisi, 6000 kişiye bir hekimin ölçü olarak alındığı 30.000 kişilik sağlık ocakları düşünülebilir.

5 — Hizmet etkinliği ve de toplum istemlerinin yönlendirilmesi açısından kent sağlık ocaklarının teşhis ve tedavi olanakları arttırılmalıdır.

KAYNAKLAR

1) Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Bölgesi 1980 çalışma raporu, çoğaltılmış teksir.
2) PEKER, M.: Türkiye'de insan gücünün bazı özellikleri, Türkiye'de nüfus yapısı ve sorunları 1973 araştırması, H.Ü. yayınları D. 25, s. 13-47. Ankara, 1978.
3) SSYB, 1980 Mali Yılı Bütçe Raporu.
4) TOROS, A.: 1973 araştırmasında doğurganlık, Türkiye'de nüfus yapısı ve sorunları, 1973 araştırması, H.Ü. Yayınlan D. 25, s. 69-78, Ankara, 1978.