

Ulusal ve Bölgesel Düzeyde Sağlık Planlaması

Dr. Nevzat EREN
Halk Sağlığı Doçenti

A. KONUNUN ÖNEMİ

Toplumların en değerli kaynaklarının bu toplumlara oluşturan kişiler olduğu gerçeği göz önüne alındığında, sağlıklı kişiler ve giderek sağlıklı topluma ulaşmayı amaçlayan çalışmaların önemi kolaylıkla kavranır. Kişilerin ve toplumun sağlığını korumanın, sağlık düzeyini yükseltmenin büyük önemi sağlığın ekonomik değerinde toplanmaktadır. «Her değer temeli ekonomiktir» diyen genel savın sağlık için de geçerli olduğu gösterilebilir. Sağlığın ekonomik değeri iki önemli nedenden ortaya çıkar:

1. Sağlıklı kişiler ve onlardan oluşan toplumlar, her alanda daha üretken olurlar.

2. Sağlık için harcanan kaynakların, insangücü, para ve malzemenin, zamanın, başka herhangi bir iş için de kullanılabilceği gerçeği de sağlığın ekonomik değerini ortaya çıkarır. Gelişmekte olan ülkelerde kaynakların kullanılması konusunda üç noktanın özenle göz önünde tutulması gerekir:

2.1. Kaynakları tam olarak kullanmak gereklidir. (Full employment) Bu konu, genel ekonominin «Millî gelir ve istihdam politikası»nın sağlık alanına uygulanmasından başka bir şey değildir.

2.2. Kaynaklar etkin bir biçimde kullanılmalıdır. (Efficiency) Bu konu ise genel ekonominin «Mikro ekonomi» diye bilinen bölümünün sağlık sorunları ve yönetimine uygulanmasıdır.

2.3. Kaynak miktarını artırmak ve teknolojiyi geliştirmek gereklidir. (Growth) Bu başlık da Makro Ekonomi'nin sağlığa yansımalarıdır.

En gelişmiş ve zengin ülkelerde bile, kaynaklar (insangücü, para, malzeme, zaman) sınırsız değildir. Özellikle geri kalmış ya da gelişmekte olan ülkelerde kaynaklar olabildiğince sınırlıdır. Dolayısı ile kaynakları tam ve etkin kullanmak, kaynak miktarını artırmak ve teknolojiyi geliştirmek, hayati önem kazanmaktadır. Bu işlerin ise plan ve programsız yapılamayacağı ortadadır.

B. SAĞLIK HİZMETLERİ PLANLANABİLİR HİZMETLER MİDİR?

Kişilerin sağlık düzeylerini korumak ve yükseltmek için kamu-
nun ve kişilerin yapabilecekleri işler o kadar çok ve değişik türdedir-
ler ki, ilk bakışta bu işlerin bir plana bağlanabileceği olanaksız gibi
görünür. Bunun nedeni, toplumda olabilecek her türden düzelmelerin
ilk olumlu sonuçlarının sağlık üzerinde etkisini göstermesi ve tersine,
olumsuz gelişmelerin de ilk etkilerini gene sağlık üzerinde gösterme-
leridir. Sağlık için yapılabilecek yatırım alanları da sayılamayacak
kadar çoktur ve bunların önemli bir bölümünün, sağlıkla ne gibi bir
ilişkisi olabileceği ilk bakışta anlaşılabilir. Bir kişinin evine, rad-
yo, televizyon gibi eğlence ve kitle haberleşme araçları alması, doğ-
rudan o kişinin boş zamanlarını doldurması ve eğlenme gereksinimini
karşılması gibi algılanabilir. Oysa, bu tür kitle haberleşme araçları
ile etkili sağlık eğitimlerinin yapılabilindiği bilinen bir gerçektir. Diğer
yandan bir kente geniş caddeler açılıp parklar yapılması da, şehirci-
lik açısından kentin güzelleştirilmesini amaçlayan hizmetler olarak
görülebilir. Ancak, sağlıkla ve sağlık hizmeti ile ilişkisi olmayan ki-
şiler bile, geniş caddelerin trafik kazalarını azaltarak, parkların kirli
havayı temizleyerek sağlığa katkıda bulunacaklarını anlayabilirler.

Sağlığı dolaylı yoldan etkileyeceğinden söz ettiğimiz sayısız hiz-
metlerin tümü, birim olarak ve genel planlama içinde planlanabile-
ceği gibi, sağlık planlaması dendiğinde anlatılan, sağlığı dolaysız yol-
dan, doğrudan etkileyen hizmetlerin planlanmasıdır. O halde, sağ-
lıklı topluma ulaşmanın önemini de göz önüne alarak, sağlık hiz-
metleri kuşkusuz planlanması gereken hizmetlerdir denilebilir.

C. PLANLAMANIN AŞAMALARI NELERDİR?

Günümüzde çokdeğişik planlama yöntemleri kullanılmakla bir-
likte, plancılar bunların üç ana özelliği olduğunun üzerinde anlaş-
maktadırlar. Bu ortak özellikler şunlardır:

1. Hangi alanda planlama yapılacak olursa olsun önce, hiz-
metin nerede, ne durumda olduğu saptanmalıdır. Konu sağlık olun-
ca, sağlık açısından ne durumda olduğunun, ölçütlerle ortaya kon-
ması gerekmektedir.

2. Halkın gereksinimleri, eldeki olanaklar ve sağlık bilimlerin-
deki uluslararası gelişmeler göz önüne alınarak varılmak istenen
amaçlar saptanmalıdır.

3. Bu amaçlar hangi plan ve programların uygulanması ile ula-
şılacağı ortaya konmalıdır.

Pek çok planlama yönteminin ortak yanı olduğundan söz ettiğimiz bu üç aşamayı, yakından incelemekte, sağlıklı bir plan yapma açısından yarar vardır. Bir kez şunu kesin olarak belirtmekte yarar vardır ki, gelişmiş ülkelerle gelişmekte olan ülkelerin sağlık planlamaları birbirlerinden ayrı olmak zorundadırlar. Bu düşünceyi önemle belirtmenin nedeni, ülkemizde yıllarca, başka ülkelerde ve özellikle gelişmiş ülkelerde uygulanmış ve başarılı olmuş örgüt biçimlerinin olduğu gibi uygulanmak istenmesidir.

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık planlarının birbirinden farklı olmasını zorunlu kılan üç önemli neden vardır (1) :

1. Elde edilebilecek insangücü, para, malzeme ve diğer kaynaklar eşit değildir. **Birkaç örnek vermek gerekirse, 1969 yılında İngiltere’de, yılda kişi başına yapılan sağlık harcaması 40 sterlin (1400 T.L.), Amerika Birleşik Devletleri’nde 125 sterlin (4375 T.L.), Etiyopya’da 4 şilin (7. T.L.), 1977 yılında Türkiye’de 127* T.L.’dir ve bu sayılar ulusal bütçelerden ayrılan paralardır.** İngiltere’de toplam sağlık bütçesi ulusal gelirin (Gayrisafi ulusal gelir) yüzde 5’i, Etiyopya’da yüzde 0.6’sı, Türkiye’de ise yüzde 0.8’dir (2). İngiltere’de 860 kişiye, Türkiye’de 1800 kişiye, Hindistan’da 15.000 kişiye ve Nigeria’da 30.000 kişiye bir hekim düşmektedir. Gene İngiltere’de 10.000 kişiye 100 hastane yatağı düşerken, bu sayı Türkiye’de 24, Meksika’da 20’den az, Hindistan’da ise yalnız 4’tür (1).

2. İkinci önemli neden, toplumların yapısı ve yerleşme özelliklerinin gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde tamamen değişik olmasıdır. Gelişmekte olan ülkelerde ve bu arada ülkemizde toplam nüfusun yüzde 30 kadarı 10 yaştan küçüklerden oluşmaktadır. Oysa bu yüzde gelişmiş ülkelerde yüzde 10 ile 15 arasında değişmektedir. Gelişmekte olan ülkelerdeki bu yüksek yüzdenin nedeni nüfus artış hızının çok yüksek olmasıdır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde coğrafik yerleşme biçimi de farklıdır. Gelişmekte olan ülkelerde toplam nüfusun yüzde 60-90’ı kırsal bölgelerde yaşar. Bu yüzde İngiltere’de 5, Amerika Birleşik Devletleri’nde yüzde 10’dur. Gelişmekte olan ülkelerde görülen köyden kente göç de ayrı bir sorun olmaktadır. Bu ülkelerde toplam nüfusun her yıl yüzde 6-8’i köyden kente göçmektedir. Diğer bir anlatıyla her yıl, tüm nüfusun yüzde 6-8’ini kapsayan bir gecekondu sorunu ortaya çıkmaktadır.

3. Son önemli neden, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık sorunlarının da birbirlerinden tamamen ayrı oluşudur. Gelişmiş ülkelerin ana sağlık sorunlarını kronik hastalıklar, motorlu taşıt kazaları, kanserler gibi gelişmişliğe ve yaşlı nüfusun yüzdesinin yüksek oluşuna bağlı sağlık sorunları oluştururken, gelişmekte olan ülkeler-

de bulaşıcı hastalıklar, bebek, çocuk ve ana ölümlerine neden olan hastalıklar ilk sıraları almaktadırlar.

Özet olarak, gelişmekte olan ülkelerde kişi başına yapılan sağlık harcaması pek az olduğundan, hastaneciliğe dayalı bir sağlık organizasyonu gerçekçi değildir. Bu ülkelerde sağlık hizmetlerinde başarılı olmak tıp bilimindeki gelişmelere değil, eldeki olanakları etkin ve tam kullanmaya, ülke düzeyine homojen dağılmaya dayalı olacaktır.

«Bu konularda birkaç çarpıcı örnek verilebilir. Zambia'da merkezde kurulacak bir hastaneye harcanması gereken para ile, tüm ülkeyi kapsayacak 250 sağlık merkezinin yapılabileceği, yılda kişi başına yalnız 10 şilin (17.5 T.L.) harcanarak tüm halkın temel sağlık gereksinimlerinin karşılanabileceği ve bu merkezlerden daha üst düzeydeki sağlık kuruluşlarına tüm hastaların ancak yüzde 1-10'unun gönderilmesi gerekeceği saptanmıştır. Gene Afrika ülkelerinde yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre (1) eğitim hastanelerinin bir yatağının maliyeti 5.000 sterlin (175.000 T.L.), il hastanelerinin bir yatağının maliyeti 2.000 sterlin (70.000 T.L.) ve kırsal bölgede yapılacak hastanelerin bir yatağının maliyeti ise 700 sterlin (24.500 T.L.) dir. Bu hastanelerdeki her yatağın yıllık işletme giderleri de, kuruluş masrafları kadardır (1).

Diğer yandan, çok para yatırılarak yapılan ve gelişmiş ülkeler düzeyinde sağlık hizmeti vermesi planlanan hastanelerin iki önemli sakıncası vardır:

1. Bu hastaneler, ileri uzmanlık yapmış hekimlerle çalışmak zorundadırlar. İleri uzmanlık yapmış hekimlerin hem kendi özel uzmanlık alanlarındaki hastaları azdır, dolayısı ile bu hekimlerin boş geçen - değerlendirilemeyen zamanları çok olur (Doctor's idle Time), hem de bu hekimler her zaman en son tıp teknolojisi düzeyinde çalışmak isterler. Bu isteğin doğal sonucu da, sonu gelmeyen ve son derecede pahalı olan araç-gereç alımıdır. Böyle hastanelerde eğitilen ya da çalışan doktorlar, alıştıkları bu çok gelişmiş koşulları her yerde isterler. Eğer bu olanağı kendi ülkelerinde bulamazlarsa gelişmiş ülkelere doğru bir beyin göçü başlar. 1975 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde 25.000, İngiltere'de 10.000 gelişmekte olan ülkelere göçmüş hekimin çalışmakta oluşunun temel nedenlerinden birisi de budur.

Sudan'ın başkenti Hartum'da Sudan ulusal nüfusunun yüzde 5'i yaşarken, tüm hekimlerin üçte biri Hartum'da çalışmaktadır. Türkiye'de de ülke nüfusunun yüzde yirmisinin yaşadığı üç büyük kentte tüm hekimlerin yüzde 67'si çalışmaktadır (3).

Sağlık planlamasının birinci aşamasının durum saptaması olduğundan yukarda söz edilmişti. Durum saptanması iki ana bölümde ele alınır:

1. Halkın genel sağlık düzeyi nedir, halk neyi, hangi biçimde istemektedir. Halkın sağlık düzeyini saptayabilmek için elde güvenilir kayıtların ve istatistik verilerin olması gereklidir. Bu verilerin hangi tür veriler olması gerektiği ana başlıklar olarak şöyle sıralanabilir (4):

1. Toplumun sağlık gereksinimleri nelerdir?.. Bu soruyu yanıtlayabilmek için toplanması gereken belli başlı bilgiler şunlardır:

1.1. Toplulukların coğrafik yerleşme yerleri ve biçimleri, ulaşım ve haberleşme kolaylıkları konusunda bilgi toplanmalıdır.

1.2. Fizik çevre koşullarına ilişkin bilgiler nelerdir?

1.3. Yerleşme yerlerinin büyüklükleri, toplulukların ve toplumun cinsiyete ve yaş gruplarına göre dağılımları.

1.4. Evlenme ve çocuk yapma alışkanlıkları.

1.5. Toplumun hastalık - sağlık ikili kavramına ilişkin değerleri, adet ve gelenekleri.

1.6. Eldeki kuruluşlardan yararlanma biçimleri ve yüzdeleri, yararlanmayanların yüzdesi ve neden yararlanmadıklarının nedenleri.

1.7. Kişilerin hastalanma durumlarında davranış modelleri.

1.8. Halk ve sağlık personeli ilişkileri, varsa geleneksel hekim türleri ve halkın bunlardan yararlanma biçim ve yolları.

2. Toplumun o andaki sağlık durumu ve kullanılmakta olan sağlık kuruluşlarının sayıları, nitelikleri nelerdir, nasıldır?

2.1. Toplumda en sık görülen, en çok ölüme neden olan ve en çok işgücü yitirilmesine yol açan hastalıklar nelerdir? Bu soruya yanıt aranırken genellikle, hastanelerin ve çok az durumda da kırsal bölgede çalışan kuruluşların kayıtları göz önüne alınmaktadır. Oysa Türkiye'de kişi başına yılda hekime başvurma sayısı, ortalama 0.5'tir. Bir araştırmada bunun en az 6katı başvurmanın olması gerektiği saptanmıştır (5). Bu durumlarda, hasta olduğu halde sağlık kuruluşlarına başvurmayan kişilerin de hastalıklarının bilinmesi zorunludur. Alan araştırmaları ve taramalar yaparak bu bilgi açığı kapatılmalıdır.

2.3. En çok hastalanmaya neden olan ilk 10 hastalıklar nelerdir?.. Bunların yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımları nasıldır?..

2.4. En çok ölüme neden olan ilk 10 hastalıklar nelerdir?.. Bunların da yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımları nasıldır?

2.5. Bazı demokratik konulara ilişkin güvenilir hız ve oranlar elde etmeğe çalışılmalıdır. Bunların bazıları şunlardır:

- Kaba doğum hızı,
- Kaba ölüm hızı,
- Bebek ölüm hızı,

- 0-4 yaş bebek ölüm oranı,
- Elde edilebilirse yaşa özel doğurganlık hızı,
- Perinatal ölüm hızı, ana ölüm hızı.

Toplumun sağlık durumuna ilişkin bu bilgilerin yanında, çalışmakta olan sağlık kuruluşlarına ilişkin bilgi toplanması da önemlidir. Bu bilgilerin de önemli olanları şöyle sıralanabilir (6).

2.6. Ülkede ya da bölgede genel sağlık örgütlenmesi biçimi nasıldır?.. Yetki ve sorumluluklar, görev tanımlamaları yapılmış mıdır? Aşağıdan yukarıya (Feed-back) ve yukardan aşağıya haberleşme nasıl olmaktadır? Bu örgütün birimlerinden yararlananların yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımları nasıldır ve bu kişiler bu örgüt modelinden memnun mudurlar?.. Bu sorunun yanıtı evet ise nedenleri nelerdir?.. Örgüt birimlerinden kimler yararlanmamaktadırlar, bunların yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımları nasıldır ve yararlanma nedenleri nelerdir?..

2.7. Bu örgütlerde görev alan kişiler hangi işleri, hangi nitelik ve nicelikte yapmak üzere eğitilmişlerdir ve bu eğitim ve örgütün amaçlarına uygun mudur?.. Bu personelin ve giderek örgütlenmenin ülke düzeyine dağılışı homojen midir? Örgütün birimleri arasında hasta sevk işlemleri nasıl olmaktadır?

2.8. Örgütün diğer kamu kuruluşları ile ilişkileri nasıldır, bir eşgüdüm sağlanabilmiş midir? Halkla ilişkileri nasıldır?

2.9. Örgütün hastalarla parasal ilişkileri nasıldır, bu ilişkiler halkın genel sosyo-ekonomik düzeyi ile bağdaşabilecek bir durumda mıdır?

Planlamanın bu birinci aşamasında topluma, toplumun sağlık durumuna ve eldeki sağlık kuruluşuna ilişkin bilgilerin toplanması işleri yapılmış olur (7). Özel durumlara göre, yukarda sıralanan sorulara yenileri eklenebilir, bazıları çıkarılabilir. Plancı bu aşamada veri toplar ve sorular sorarken şu kuralı aklından çıkarmamalıdır (8) :

«Bu soru ya da bu bilgi, planlama işinde bana gerçekten gerekli midir?.. Eğer bu sorunun yanıtı evet ise, toplanan bu bilginin nerede ve nasıl kullanılacağı, hangi karar ya da kararların alınmasını etkileyip katkıda bulunacağı da kesinlikle ortaya konmalıdır.»

Bu sorulara yanıtlar ararken başvurulabilecek kaynaklar pek çoktur. Ancak bu kaynaklar iki ana başlık altında toplanabilirler (9), (10).

1. Yazılı kaynaklar. Bunlar sağlık ocakları, hastaneler ve benzeri sağlık kuruluşlarının kayıtları olabilecekleri gibi, özel muayenehane kayıtları ve nüfus dairelerinin kayıtları da olabilir. Kaynak kavramının insangücü, para ve malzemeyi kapsadığı akılda tutulmalıdır.

2. Bazan da örneklerle toplumu temsil edecek kişilere araştırmalar uygulayarak elde bulunmayan bilgilerin sağlanmasına çalışılır.

Ancak her iki durumda da plancı, elde ettiği bilgiyi, bilimsel bir eleştiri ile değerlendirmeli, güvenilirlikleri konusunda emin olmalıdır.

Planlamanın bu aşamasında halkın gereksinimleri ve sağlık durumu ile çalışmakta olan örgüte ilişkin yeterli bilgi elde edilmiş olur. Bu bilginin değerlendirilmesi ile, çalışmakta olan örgütün hangi nedenlerle aksadığı, halkın hangi gereksinimini karşılayamadığı da saptanmış olur (11).

SAĞLIK PLANLAMASININ İKİNCİ AŞAMASI

Sağlık planlamanın ikinci aşamasının halkın gereksinimleri, eldeki olanaklar ve sağlık bilimlerindeki uluslararası gelişmeler göz önüne alınarak amaçların saptanması olduğundan söz edilmişti. Amaçların, varılmak istenen başarının saptanmasında da, bazı etkenlerin etkileri göz önüne alınmalıdır:

1. Halkın neyi istediği ile bilimsel olan örgütlenme biçimi arasında bir denge kurulmalıdır. Çok bilimsel olan bir örgüt, işleyişi açısından, halkın dışına düşebilir, halkın bu örgütten yararlanması çok sınırlı kalabilir. Diğer yandan örgütü tüm olarak halkın istediği biçimde kurmak da sakıncalıdır. Çünkü topluluklar, genel olarak sağlık konusunda tutucudurlar ve başlıca istekleri şu üç başlık altında toplanabilir:

1.1. Bir yerleri ağrıdığına bu ağrının dindirilmesini isterler.

1.2. Hastalandıklarında iyileştirilmelerini isterler.

1.3. Biraz da ana ve çocuk bakımı isterler. Ancak bu son isteğin fazla olduğu da sanılmamalıdır.

Dolayısı ile, tümüyle halkın isteklerine uygun olarak kurulacak bir örgüt, sağlık bilimlerinin çağdaş gelişmişlik düzeyinin çok gerisinde kalmış olur. Halkın en çok kullanacağı örgüt birimlerinde daha çok halkın istediği özelliklere, eğitim ve özel uzmanlık hastanelerinde de çağdaş teknik ve uygulamalara ağırlık vermek daha tutarlı bir ortalamadır.

2. Sağlık plancı ve yöneticileri boşlukta yaşamadıklarına göre, saptanacak amaçlar ve bulunacak çözüm yolları tüm toplumun toplumsal, ekonomik ve politik durumunu yansıtmalıdır. Geri kalmış ya da gelişmekte olan toplumlarda, politikacıların güncel olmayan istekleri, özenle göz önünde tutulmalıdır. Çünkü karar verici ve uygulatıcı kişiler politikacıların içinden çıkmaktadır. Daha çok ülke yararına diyerek, politikacının desteklemeyeceği planlar yapılabilir. Ancak bu tür planlar doğmadan ölmüş planlardır. Ya hiç uygulanmazlar, ya da

zorunlu olarak uygulanmaya konduklarında gerektiği gibi işletilmezler. Planlanan örgüt işletilmeyince de, politikacının ne söyleyeceği baştan bellidir. «İşte, gördünüz, ülke gerçeklerine uymayan plan ve programlar işlememektedir.» diyeceklerdir. Ülkemizde, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi örgütlenmesinin başına gelen de budur. Tutarlı çözüm, bilimsel ve ülke yararına olan örgütlenme biçimine politikacıyı inandırmak, ya da onun istekleri ile olması gereken arasında, orta yerde bir denge kurmaktır. Gerçek plancı, politikacıların isteklerine göre, ülke yararını da göz önüne alarak seçenekler öne sürebilen kişidir.

3. Amaçların saptanmasında planlılar, sağlık yöneticilerinden bilgi almalı ve plan yönetimin tamamlayıcı bir parçası olmalıdır. Yalnız sağlık yöneticisinden bilgi almakta da kalmamalı, genel ve yerel yöneticilerin ve halkın düşünce ve önerilerinden de yararlanılmalıdır. Çünkü sağlık örgütü, tüm ülke yönetimi içinde bir birimdir. Birimin bütünle eşgüdüm içinde olması ve çatışmaması gereklidir. Sağlık yöneticilerinin hemen hepsinin genel yöneticilere bağlı, onların yönetimi altında çalıştıkları gerçeği de göz önünde tutulmalıdır. Sağlık yöneticisine belli konularda özerklik verilmeli, desantralizasyon sağlanmalıdır. Ancak son aşamada, sağlık yönetimi ülkenin genel yönetiminin bir parçası olmak ve onunla çatışmamak durumundadır. Bunun tersi, yönetime anarşiyi getirecektir. Eğer, yöneticilerin amaçların saptanmasına katılmaları sağlanırsa, bunun doğal sonucu, planlamanın her aşamasının bir «yönetim planlaması» olmasıdır ve özlenen - uygun olan plan da budur (11).

4. Eğer ulusal düzeyde amaçlar saptanıyorsa politik ve stratejik amaçlar koymak gereklidir. Eğer bölgesel düzeyde amaçlar saptanıyorsa, amaçlara varmanın taktik ve uygulama olanaklı göz önüne alınmalıdır. Bu durum şekil 1'de gösterilmiştir. Örnek olarak alınan «Kırsal Nüfusun Sağlığını Düzeltmek» amacının, politik düzeyde üç kararın alınıp uygulanmasına bağlı olduğu görülmektedir:

4.1. Kırsal nüfusun gelirini artırmak,

4.2. Kırsal nüfusun eğitim düzeyini yükseltmek,

4.3. Kırsal nüfusun sağlık sorunlarını azaltmak. Aynı zamanda

bir «Ara Amaç» da sayılabilecek olan bu kararların, hangi stratejiler uygulanarak gerçekleştirilebileceği de üst düzeyde yapılacak bir planlama aşamasıdır. Şekil 1'de, derinliğe inilmeden bu stratejik amaçların önemli olanları gösterilmiştir.

Bölgesel planlamada yönetsel ve uygulamaya ilişkin amaçlara önem ve öncelik verilmesi gerektiğinden söz edilmişti. Gene şekil 1'de, örnek olarak, 5 yönetsel amaç getirilmiştir. Bu 5 yönetsel amacın uygulanabilir-ulaşılabilir amaçlar olmasına da çaba gösteril-

POLİTİK
AMAÇLAR

KIRSAL NÜFUSUN SAĞLIĞINI DÜZELTMEK

KIRSAL NÜFUSUN
GELİRİNİ ARTIRMAKKIRSAL NÜFUSUN EĞİTİM
DÜZEYİNİ YÜKSELTMEKKIRSAL NÜFUSUN SAĞLIK
SORUNLARINI AZALTMAKMAYVANCILIK
GELİRLERİNİ
ARTIRMAKTOPRAK
REFORMU
YAPMAKTARIM
GELİRLERİNİ
ARTIRMAKKIRSAL NÜFU-
SUN BESLENME
DÜZEYİNİ
YÜKSELTMEKKIRSAL ALANDA
ÇEVRE
KOŞULLARINI
DÜZELTMEKMORBİDİTE
VE MORTALİTE
HIZLARINI
DÜŞÜRMEKSTRATEJİK
AMAÇLAREt ve Süt
Üretimini 5
Yılda % 60
Oranında
ArtırmakTarım Ürün-
lerini 5Yıl-
da Yüzde 25
Oranında
ArtırmakYetişkin
Eğitimine
Önem ve
Öncelik
Vermekİlkokulları
ve
Okullaşmayı
YaymakProtein Ener-
ji Malnütris-
yon hızını
5 Yıl İçinde
% 10'un
altına
düşürmekEnterik Enfek-
siyonların
Hızını 5 Yıl
içinde % 10'
un altına
düşürmek5 Yıl İçinde
İ.Ö.Hızını
% 080'in
Ana Ölüm Hızı-
nı Onbende
5'in altına
düşürmekYÖNETİMSEL
(TAKTİK)
AMAÇLARTahıl, et ve
Süt Pazarlama
Kooperatifleri
Kurmak5Yıl içinde
Kırsal Böl-
gede Her eve
Sağlıklı bir
Helâ ve Çöp-
lük Yaptırmak5 Yıl İçinde
Köylerin %100
üne Sağlıklı
İçme Suyu
Saglamak5Yıl İçinde
Ana ve Ço-
cuk Bakımını
İki Katına
Çıkarmak5 Yıl İçinde
Doğumların %
50'sinin Ebe-
yardımı ile
Yapılmasını
Fertil Kadın-
ların %50'sinin
Yöntem kullan-
masını Sağlamak0-6 Yaş
Grubunu
% 100
BağışıklamakUYGULAMA -
TOPLUMSAL
GELİŞME
AMAÇLARIKırsal Nüfusu
Çağdaş Tarım
Yöntemlerine
AlıştırmakAna ve Baba-
ları A.Ç.S.
ve Planlama
Yöntemleri
Yönünden
EğitmekHer Köyde 1
Kadın ve 1
Erkeği Sağ-
lık Eğitimi
ye İlk Yardım
Konusunda
Eğitmek

miş, diğer bir anlatıyla gerçekçi amaçlar saptanmıştır. Şekil 1'den de izlenebileceği gibi, bu 5 yönetimsel amaç şunlardır:

4.4. Yönetimsel Amaçlar:

4.4.1. Beş yıl içinde kırsal bölgede her eve sağlıklı bir hela, sağlıklı bir çöplük yaptırmak.

4.4.2. Gene 5 yıl içinde köylerin yüzde 100'üne yeterli ve sağlıklı içme suyu sağlamak.

4.4.3. Belirlenen bu zaman içinde ana ve çocuk bakımını iki katına çıkarmak.

4.4.4. Doğumların en az yüzde 50'sinin sağlık personeli yardımı ile evde, ya da bir sağlık kuruluşunda yaptırılmasını sağlamak, doğurganlık yaşındaki tüm kadınların en az yüzde 50'sinin etkili gebeliği önleyici yöntem kullanmasını sağlamak,

4.4.5. 0-6 yaş grubu bebek ve çocukların yüzde 100'ünü etkili aşısı bulunan hastalıklara karşı bağışıklamak.

Bu yönetimsel amaçların uygulamasının nasıl olacağına aşağıda geniş olarak değinilecektir. Şekil 1'de örnek olarak «5 yıl içinde ana ve çocuk bakımını iki katıda çıkarmak» yönetimsel amacının «Ana ve babaları ana ve çocuk sağlığı ile nüfus planlaması yöntemleri yönünden eğitmek» ve «Her köyde 1 kadın ve 1 erkeğin sağlık eğitimi ve ilkyardım konusunda eğiterek görevlendirmek» uygulamaları ile gerçekleştirileceği gösterilmiştir.

5. Plancıların amaçları saptamalarında önemli bir etken de, sağlık ve hastalık durumlarında, kişilerin sağlık kuruluşlarını nasıl kullandıkları, bu kullanışı etkileyen etkenlerin neler olduğu sorunudur. Şekil 2 ve Şekil 3'de bu sorunun yanıtı özetlenmiştir.

Şekil 2, sağlık hizmetlerindeki «Arz ve Talep» ilişkisini özetlemektedir. Plancı, günü-birlik plan değil, geleceği de kapsayacak plan yapmak durumunda olduğundan sağlık kuruluşlarının kullanımına ilişkin şu 3 bilgiyi bilmek durumundadır:

5.1. Sağlık hizmeti istemesi gereken kitle, nitelik olarak ne kadardır ve ne tür hizmet istemeleri beklenmektedir. Bu, «Bilinmeyen İstekler»dir. Alan araştırmaları ile bu sorunun yanıtı bulunmalıdır.

5.2. Sağlık hizmeti isteyen kitle ne kadardır, ne tür hizmet istemektedirler ve bunların sağlık sorunları nelerdir. Bu da «Bilinen İstekler»dir. Ancak, yukarda da değinildiği gibi, bilinen istekleri hastane kayıtlarına dayandırmak yanlıştır. Kırsal bölge kayıtları, ordu ve okul kayıtları, özel muayenehane kayıtları ve benzerlerini de göz önüne alarak gerçek sorunlar ortaya konmalıdır.

5.3. Sağlık hizmeti verme kapasitesi ne kadardır. Bu soru aslında, elde var olan kaynakların neler olduğunu ortaya koyan bir ANAHTAR sorudur. Kaynak terimi planlamada şunları kapsar:

5.3.1. Eldeki insangücü ne kadardır?.. Insangücü dendiğinde de, yöneticisinden, hekimden başlamak üzere, şoföre ve hizmetliye kadar, kuruluştaki göre alacak tüm kişiler anlatılmak istenmektedir. Bu kişilerin nitelik ve nicelikleri, olabildiğince doğru olarak saptanmalıdır.

ŞEKİL: 2

SAĞLIK HİZMETLERİ ARZ-TALEP İLİŞKİSİ



5.3.2. Eldeki malzeme ne kadardır?.. Bina, yatak sayısı, hekimlik uygulamalarında kullanılan her tür tüketim ve demirbaş malzemenin de nitelik ve nicelik açısından sayılıp-saptanması gereklidir.

5.3.3. Bu işlerin yapılabilmesi için ayrılacak paranın da, personel giderleri, yatırım ve tüketim malları giderleri olarak ne kadar olacağı önceden bilinmelidir.

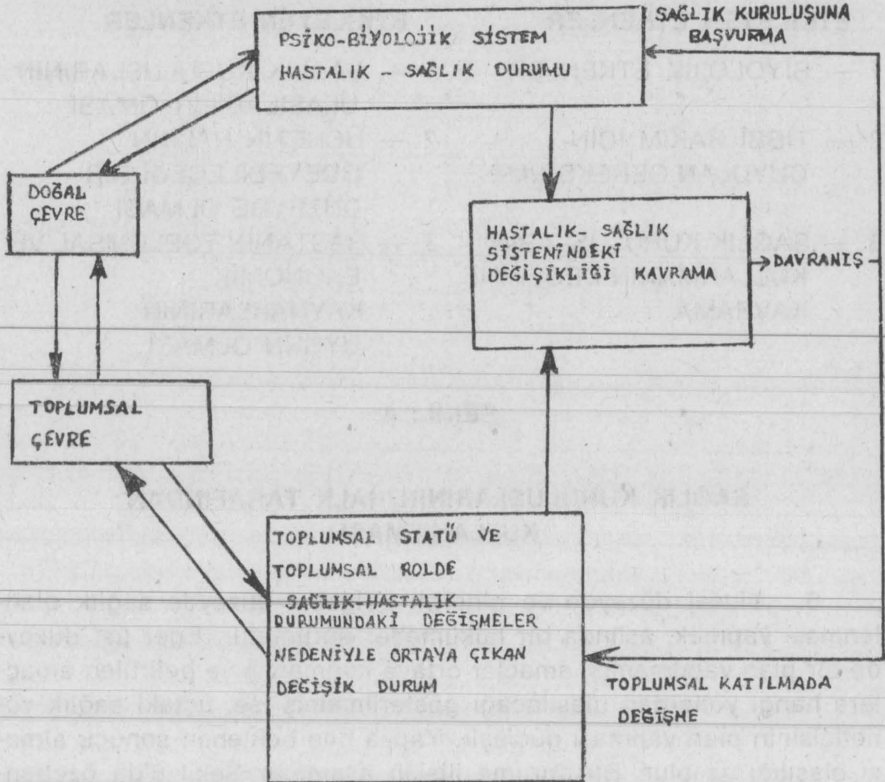
5.3.4. Sağlık hizmeti verme kapasitesi açısından son önemli nokta ZAMAN'dır. Zaman kavramını da «Planlanan işlerin ne kadar sürede bitirileceği» ile «Bu işlerde çalışacak personelin zamanlarının

ne kadarını, günde kaç saatını bu işe ayıracakları» biçiminde, iki yönden ele almak gereklidir. Personelin zamanını etkili ve tam olarak nasıl kullanmak gerektiğini, bunun yollarını saptamayı planlamak, planlamanın en önemli bölümlerinden birisidir.

Diğer yandan planlanan örgüt ne kadar iyi çalışırsa çalışsın, kişinin bu örgütten yararlanmasını etkileyen ve sağlık personelinin doğrudan etkili olmayacağı durumlar da vardır. Kişinin sağlık kuruluşunu kullanmasını etkileyen doğal ve toplumsal çevrenin etkileri Şekil 3'te gösterilmiştir. Şekilden, doğal ve toplumsal çevrenin kişinin psiko-biyolojik sistemini ve toplumsal statüsünü etkilediği, psiko-biyolojik sistem ve toplumsal statünün ise kişinin hastalık-sağlık kavramını oluşturduğu, bu kavramın da davranışı ortaya çıkardığı gözlenmektedir. Gene Şekil 3'den, bu davranışın her zaman olumlu di-

ŞEKİL 3

SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞVURMADA DOĞAL VE TOPLUMSAL ÇEVRENİN
Kişiyi Etkisi



ğer bir anlatışla sağlık kuruluşunu kullanma biçiminde olmadığını da anlamaktayız. Plancının bu aşamada, toplumbilimcilere ve psikologlara gereksinimi olacağı ortadadır. Şekil 4'de ise hastanın karar vermesini ve sağlık kuruluşunu kullanmasını etkileyen etkenler gösterilmiştir. Kişinin Biyolojik, Psikolojik durumu, tıbbi bakım için gereksinme duyması ve sağlık kuruluşlarını kullanmanın değerini kavraması karar vermesini etkileyen etkenlerdir. Diğer yandan sağlık kuruluşlarının ulaşılabilir ve ücretin halkın ödiyebileceği bir düzeyde olması, hastanın toplumsal ve ekonomik kaynaklarının da uygun olması, kişinin kuruluşları kullanmasını etkileyen etkenlerdir. Plancının bu konularda da güvenilir bilgilere gereksinimi vardır. Kişinin sağlık kuruluşlarını aşırı kullanmasını da göz önüne alarak, durum şekil 5'de bir kez daha gösterilmiştir. Çünkü, sağlık kuruluşlarını gereği gibi ve yeterli düzeyde kullanmak kadar, aşırı kullanmak da önemli bir sorundur.

SAĞLIK KURULUŞLARININ KULLANILMASI

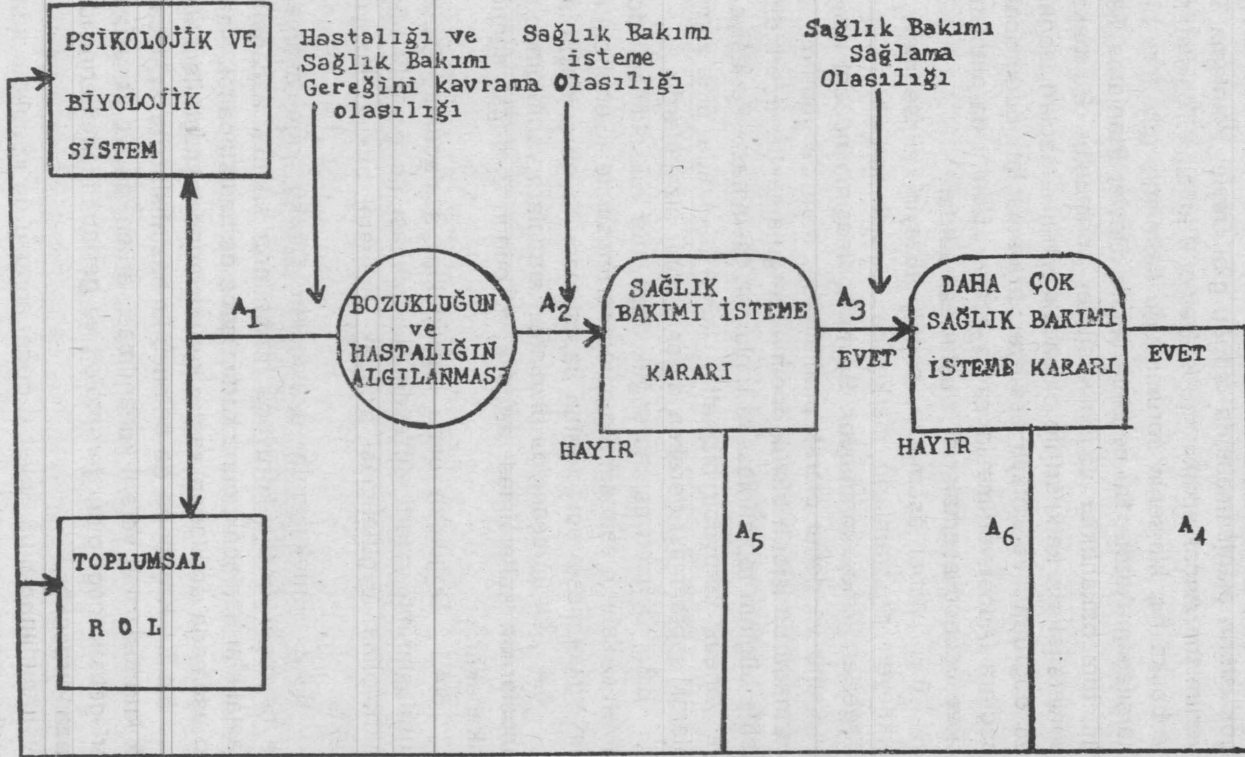
HASTANIN KARAR VERMESİNİ ETKİLEYEN ETKENLER	HASTANIN BAŞVURMASINI ETKİLEYEN ETKENLER
1 — BİYOLOJİK ETKENLER	1 — SAĞLIK KURULUŞLARININ ULAŞILABİLİR OMASI
2 — TIBBİ BAKIM İÇİN DUYULAN GEREKSİNME	2 — ÜCRETİN HALKIN ÖDEYEBİLECEĞİ BİR DÜZEYDE OLMASI
3 — SAĞLIK KURULUŞLARINI KULLANMANIN DEĞERİNİ KAVRAMA	3 — HASTANIN TOPLUMSAL VE EKONOMİK KAYNAKLARININ UYGUN OLMASI

ŞEKİL: 4

SAĞLIK KURULUŞLARININ HALK TARAFINDAN KULLANILMASI

6. Ulusal düzeyde ve giderek bölgesel düzeyde sağlık planlanması yapmak, aslında bir hükümetler sorunudur. Eğer üst düzeyde bir plan yapılmamış, amaçlar ortaya konmamış ve belirtilen amaçlara hangi yollardan ulaşılacağı gösterilmemiş ise, uçtaki sağlık yöneticisinin plan yapması güçleşir. Yapsa bile beklenen sonucu alması olasılığı az olur. Bu duruma ilişkin aşamalar Şekil 6'da özetlen-

ŞEKİL: 5
SAĞLIK BAKIMI İŞLEMİNİN AŞAMALARI



miştir. Amaç olarak saptanan «Sağlıklı Kişi ve Topluma Varma»nın başlıca 4 planlama aşamasında gerçekleştirilebileceği şekilde gözlenmektedir. Bu aşamalar şunlardır:

6.1. Sağlık planlaması yapması gereken sorumlu bakanlıklar ve kuruluşlar birinci basamağı oluştururlar. Ülkemizde bu görev, birçok işlerin planlanmasında olduğu gibi Devlet Planlama Teşkilâtı'na verilmiştir. Ancak sıklıkla, bu işi Devlet Planlama Teşkilâtı'na vermekle başka hiç kimsenin sorumluluğu kalmamış gibi ters bir yargı ile karşılaşılmaktadır. Bu nedenle şekile, Devlet Planlama Teşkilâtı değil, tüm bakanlıklar ve üniversiteler konmuştur. Bu bakanlıklar ve üniversitelerin katkıları ile oluşacak planın amaçları, sağlık durumunu doğrudan ve dolaylı etkileyen ara-amaçları doğuracak, ara sonuçlara (Aims) verilmesini sağlayacaktır. Bunlar da planlamanın ikinci ve üçüncü aşamalarını oluşturmaktadırlar.

6.2. İkinci aşamanın, sağlık düzeyini yükseltmeyi doğrudan etkileyen programların merkezine «Araştırma-Eğitim-Denetleme ve Değerlendirme» konmuştur. Böyle konmasının nedeni hem amaçları saptama ve genel olarak planlamada, hem de yönetme ve sonuca varmada bu işlerin büyük önemini vurgulamaktır. «Morbidite ve mortalite bilginin toplanması ve toplumun tanınması» ile kişiye ve çevreye yönelik koruyucu hizmetler, ikinci aşamada planlanması, amaç olarak saptanması gereken diğer önemli hizmetlerdir.

6.3. Üçüncü aşama sağlık düzeyinin yükselmesini dolaylı etkileyen «Ailelerin satınalma gücünün artması» ile «Genel eğitim düzeyinin yükselmesi» amaçlarının saptanması ve gerçekleştirilmeleridir.

6.4. İlk üç aşamada planlanan amaçlara varıldığında sağlık kuruluşlarının kullanılması artacak ve bunun 3 doğal sonucu ortaya çıkacaktır:

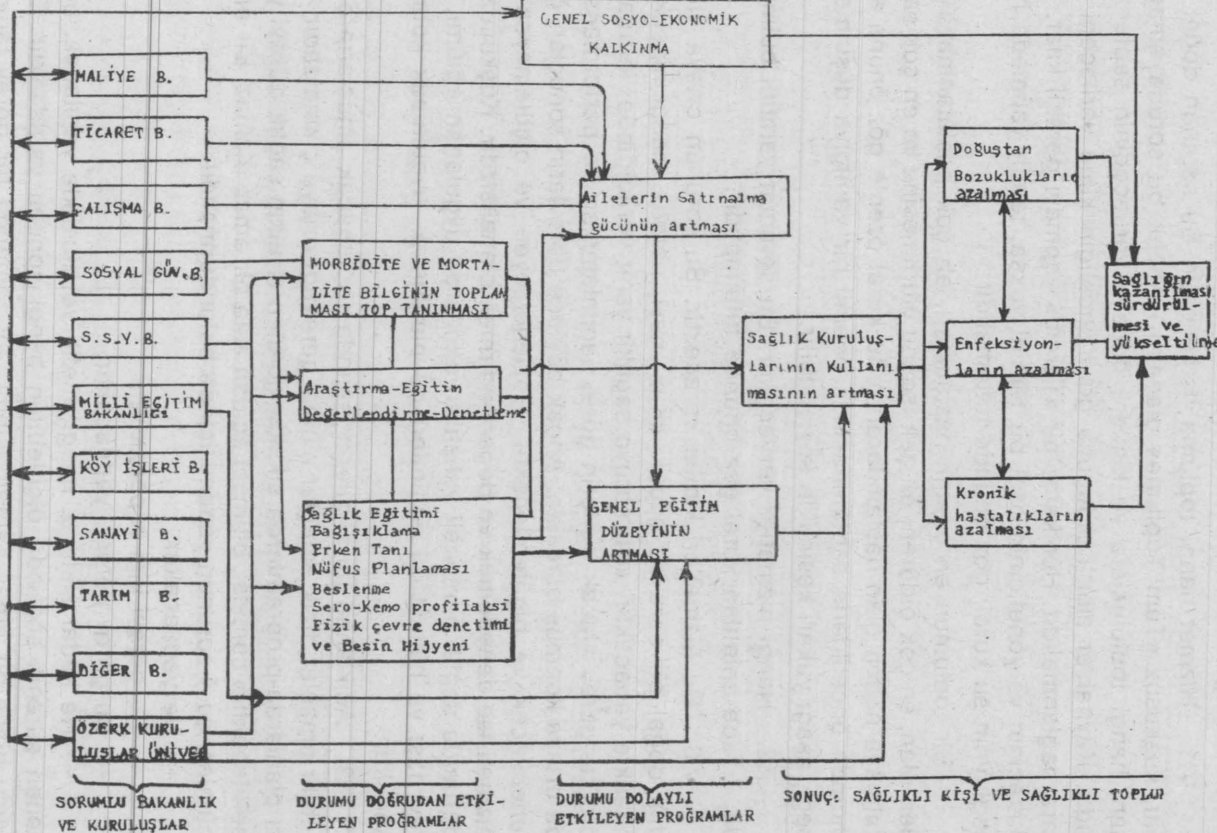
6.4.1. Doğuştan olma bozukluklar azalacaktır. Çünkü, sağlık kuruluşlarının yeterli düzeyde kullanılması ile genetik bilgi-genetik teknolojinin uygulanması artacak, prenatal bakım düzeyi yükselecektir.

6.4.2. Enfeksiyonlar azalacaktır. Çünkü ikinci aşamada kişiye ve çevreye yönelik koruyucu hizmetlerin etkinlik kazanması ile bu hastalıklar azalacak, buna karşın gene de hastalanacak olanlar üçüncü aşamada açıklanan sağlık kuruluşlarında iyileştirileceklerdir.

6.4.3. Kronik ya da önlenemez hastalıklar da azalacaktır. Sağlık kuruluşlarının yeterli kullanılması, erken tanı ve koruyucu hizmetleri geliştireceği gibi, gerontoloji ve geriatri hizmetlerine de etkinlik kazandıracaktır.

Açıklanan bu 3 önlemin doğal sonucu da «Sağlığın kazanılması, sürdürülmesi ve sağlık düzeyinin yükseltilmesi» sonucunu verecektir.

SAGLIKLI KİŞİ VE TOPLUMA VARMA AÇAMALARI



(Şekil 1 ile Şekil 6'nın karşılaştırılması bu konuda okuyucuya daha açık bilgiler verebilecektir.)

7. Amaç saptanmasında pek çok önemli olan bir nokta da, halkın gereksinimleri, eldeki kaynaklar ve sağlık bilimlerindeki çağdaş gelişmeleri göz önüne alarak aşağıdaki sorulara yanıt bulmaktır:

7.1. Hizmet hangi topluma iletilecektir. Bu sorunun doğal yanıtı, kuşkusuz «Tüm Topluma» olacaktır. Ancak bu soruda amaçlanan, hangi topluluklara ve kimlere öncelik verileceğinin saptanmasıdır. Kaynaklar sınırlı olduğuna göre önceliğin kime verileceği karara bağlanmalıdır. Her karar bir «Tercih» yapmayı gerekli kılar. Politikacının ve yöneticinin özel bir tercihi yoksa, tercih yapmada halk sağlığının şu kuralı göz önünde tutulmalıdır:

«Bir toplumun en önemli hastalıkları, en çok hastalanmaya neden olan, en çok öldüren, en çok işgünü yitirilmesine ve en çok sakat kalmaya neden olan hastalıklardır. «Bu kural özenle göz önüne alındığında önceliklerin saptanmasında önemli bir yanıtıya düşülmeyeceği, aşağı yukarı kesinlikle söylenebilir.

7.2. Hangi hizmetler verilecektir. Bu sorunun yanıtını bulmada da, 7.1.'de anlatılan kural göz önünde tutulmalıdır.

7.3. Bu hizmetleri kimler verecektir. Bu sorunun ortaya çıkardığı doğal bir soru da şudur: «Kim, neyi, nerede, hangi nicelik ve nitelikte yapacaktır. «Bu soruya sağlıklı yanıt verildiğinde, kurulacak örgütte görev alacak kişilerin görev tanımlamaları ve performansları da ortaya konmuş olacaktır. Ancak böylece görevlerin sonuçları gözlenebilecek ve ölçülebilecektir. Gözlenemeyen ve ölçülemeyen bir hizmeti ise denetlemek ve değerlendirmek olanaksızdır. Kuşkusuz bu durumda sağlık personeli yetiştiren okullarda uygulanan eğitimi, görev başı ve hizmet içi eğitimleri de planlamak, uygulamak kolaylaşacaktır.

8. Açıklanan bu bilgilerin ışığında saptanacak amaçların ölçülebilir amaçlar, fizik amaçlar olması gerektiği ortaya çıkmaktadır. Bazı planlarda-programlarda sıklıkla görülen «Halkın sağlık düzeyi yükseltilecektir» cümlesi, bilimsel açıdan asla bir amaç olamaz. Bir amaç cümlesi şu 4 sorunun yanıtını içinde bulundurmalıdır:

- Ne yapılacaktır.
- Bu görevi kim yapacaktır.
- Bu görev nerede yapılacaktır.
- Ne kadar sıklıkla, hangi nitelik ve nicelikle yapılacak, belirlenen sürenin sonunda ölçülebilen hangi sonucu varılacaktır.

Okuyucu böyle bir amaç saptanmasının aynı zamanda bir görev tanımlaması olduğunu göz önüne almalıdır. (13, 14, 15, 16).

8'inci bölümde açıklanan bilgileri bir örnekle açıklamak yararlı görülmüştür:

Önce bilimsel olmayan amacı ortaya koyalım. «Gebe kadınlar gebe kaldıklarından başlamak üzere doğum yapmalarına dek izleneceklerdir.»

Bu amaç, bilimsel açıdan aşağıdaki gibi olmalıdır:

— Sağlık evi ebesi ya da köy grubu ebesi,

— Görev alanlarındaki tüm gebeleri gebeliğin başlamasından doğuma dek izleyeceklerdir.

— Bu görev gebe kadının evine ziyaret yapılarak yerine getirilecektir.

— Ziyaretler normal gebeliklerde 6'ncı aya kadar ayda bir 7-8'inci aylarda ayda iki, 9'uncu aydan sonra ise haftada bir kez yapılacaktır. Komplikasyonlu gebeliklerde bu ziyaretler doktorun uygun göreceği sayılarda artırılabilecektir.

— Her ziyarette ebe, gebe kadını gebelik, doğum ve çocuk bakımı, aile planlaması yönlerinden eğitecektir. (Bu konularda ebeler için eğitim el kitapları hazırlanmış olmalıdır.)

Ebe gebe kadının tansiyonunu ölçecek, ödemi olup olmadığına bakacak, idrarda protein arayacak ve gebe kadını tartacak, hemoglobinin yüzdesine ve yüzeysel venlerde genişleme olup olmadığına bakacaktır. Ayrıca, gebe kadına bir şikâyeti olup olmadığını soracaktır. Kendi yaptığı muayenelerde olağan dışı bir durum saptarsa, ya da gebenin kendi (Ebenin) çözemeyeceği bir sorunu varsa, gebeyi hekimin muayene etmesini sağlayacaktır. Hekimin muayenesini sağlama gebe kadına «Senin hekime görünmen gerekir» demekle kalmayacak, ne edip yapıp, hekimin bu kadını muayene etmesini gerçekleştirecektir.

KAYNAKLAR

- 1 — Oscar, Gich.: Health Planning In Developing Countries. Unpublished Cours Document. School of Hygien and Tropical Medicine, London.
- 2 — Yıllık Ekonomik Rapor, T.C. Maliye Bakanlığı, 1976, Sayfa 6.
- 3 — Dördüncü 5 Yıllık Kalkınma Raporu Sağlık Özel Sektör Komisyon Ön Çalışma Raporu. D.P.T. (Basılmamış)
- 4 — Ekonomik Rapor, CEN-UNCLASSIFIED/EC/26/H/D3, September 1977, İsfahan, p. 5-11.
- 5 — Eren, Nevzat.: Kentlerde Sağlık Sorunları. Tabip Odaları Bülteni, Nisan 1977, Sayı 19, Sayfa 2-10.
- 6 — Eren, Nevzat.: Türkiye'de Sağlık Örgütlenmesi. Tabip Odaları Bülteni. Mart 1977, Sayı: 18. Sayfa 2-11.
- 7 — The Place of Health Education In Health Administration. W.H.O. Report On A Working Group. Copenhagen, 1976. p. 12-19.

- 8 — Rapor Sistemi. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilâtı. Yayın No: DPT: 1333-KD: 9, Sayfa 5-27, Başbakanlık Basımevi-Ankara, 1975.
- 9 — Gülesen, Özdemir.: Tıbbî ve Hayatî İstatistik. A.Ü. Tıp Fakültesi, Yayın No: 195. A.Ü. Basımevi, 1969. Sayfa 17-35.
- 10 — Sümbüloğlu, Kadir.: Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri. H.Ü. Tıp Fakültesi, Toplum Hekimliği Bilim Dalı, Ankara, 1976, s. 4-45.
- 11 — White, K. L., Anderson, D.O., Kalimo, E., Kleczkowski, B. M., Purolo, T., Vukmonovic, C.: Health Services: Concepts and Information For National Planning and Management. W.H.O. Public Health Papers, No: 67. Geneva, 1977, pp. 9-28.
- 12 — Eren, Nevzat.: Ankara İli Yenimahalle İlçesine Bağlı Sincan Bucağında Kültür Bütünü İle Halk Hekimliği İlişkileri Konusunda Araştırma Raporu, Temmuz, 1970. (Çoğaltılmış Uzmanlık Tezi), S. 2-4.
- 13 — Fendall, N.R.E., Tiwari, I.C. Trends In Primary Health Care. W.H.O. Geneva, 1977. Unpublished Working Document, p. 13-16.
- 14 — Öztekin, Zafer.: Hekim Dışı Sağlık Personeli İçinde Köy Ebelerinin Eğitim Sorunları. Tabip Odaları Bülteni. Haziran-Temmuz 1976. Sayı 9-10. Sayfa 91-95.
- 15 — Dirican, M.R.: Kalkınma ve Sağlık. Tabip Odaları Bülteni. Şubat 1976, Sayı 5. Sayfa 25-27.
- 16 — Fişek, Nusret.: Halkımıza Sağlık Hizmetlerini Nasıl Götürebiliriz. Tabip Odaları Bülteni, Ekim 1975, sayı 1, sayfa 17-21.
- 17 — Eren, Nevzat.: Genel Sağlık Sigortası.

Türk Tabipleri Birliği ve Karikatürcüler Derneği'nin
Hazırlamış Olduğu

**HALK SAĞLIĞI KARİKATÜR
KİTABI 78**

«Halk Sağlığı 78 Karikatür Yarışması Karikatürleri»
I. ve III. Hamur Baskı

Ofset

Bristol Kapak

112 Sayfa

Ödemeli isteyiniz.

Adres: Dr. Şükrü Güner — Türk Tabipleri Birliği Merkez
Konseyi, Türkocağı Cd. 19 Cağaloğlu - İstanbul.