

## KENTLERDE SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİ\*

**Katılımcılar :** Adem KIZILKAYA, Alaattin ÜNSAL, Berna MUSAL, Bülent KILIÇ, Cengiz BALABAN, Erhan ESER, Faruk YORULMAZ, Feride SAÇAKLIOĞLU, Gamze CAN, Gönül DİNÇ, Hakan ERENGİN, Hande Gencil HARMANCI, Işıl MARAL, Levent DÖNMEZ, Melda KARAVUŞ, Melikşah ERTEM, Meltem BAKIRCI, Necati DEDEOĞLU, Neşe YAZICI, Nilgün DALDA, Osman BÖLÜKBAŞ, Selma METİNTAŞ, Tuğrul ŞAHBAZ, Vildan MEVSİM.

### KENTLERDE SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİ

Kentlerde Sağlık Örgütlenmesi grup çalışmasının da sistematik bir yaklaşım izlenmiştir.

Önce kent ve gecekondunun tanımı yapılmış, daha sonra bu yapıların neden olduğu/olabileceği sağlıkla ilgili sorunlar ortaya konmuştur. İkinci aşamada çağdaş sağlık hizmetleri ve bunun ilkeleri saptanmıştır. Son aşamada da bu ilkeler ışığında saptanan sorunları çözmeye aday bir sağlık örgütlenmesi modeli, geniş bir çerçeveye ortaya konmaya çalışılmıştır. Çalışma grubu tüm bu aşamalarda herhangi bir sağlık örgütlenmesinin varlığını referans almamış, var olan sağlık sorunlarının çözümünde yeni bir örgütlenme modeli önermeyi hedeflemiştir.

### KENT NEDİR?

Kentin tanımını yaparken, sosyolojik, ekonomik ve siyasal bileşmelerin göz önüne alınmasıyla, çağdaş bir kentin özellikleri şöyle sıralanmıştır:

Yoğun nüfusun bir arada yaşadığı,  
Nüfusun heterojen olduğu,  
İç nüfus hareketliliğinin fazla olduğu,  
Ekonomik açıdan kapalı olmayan,  
Tarım dışı üretimin egemen olduğu,  
İş bölümününü yoğunlaştığı ve  
Kültürel, siyasal ve ekonomik açıdan merkez olma özelliği taşıyan yerleşim birimleri.

\* IV üncü ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ'nde 12-16 Eylül 1994 tarihinde DİDİM'de hazırlanmıştır.

Bu raporda metropol ve küçük kentlerin farklı özellikler taşıdığı sürekli göz önünde tutulmuştur.

### GECEKONDU NEDİR?

Köyden kente göç sonucu ve kent nüfusundaki hızlı artışın yol açtığı, genellikle kentin eteklerinde yer alan, imara açılmamış alanlarda, düzensiz, alt yapısız, çoğunlukla küçük konutlarda kalabalık ailelerin oturduğu yerleşim birimleridir. Sağlıksız konut ve altyapı koşulları, marjinal işlerden elde edilen ekonomik girdi ve kırsal bölgenin tüm özelliklerini koruyan kültürel yapı, gecekonduların sağlığı yansıyan sosyo-ekonomik özellikleridir.

### KENTLERİN ÖNCELİKLİ SAĞLIK ve HİZMET SORUNLARI

Kentlerdeki sağlık sorunlarının temeli, eğitimsizlik, işsizlik, yoksulluk, sosyal güvence eksikliği, kamu hizmetlerine (sağlık da içinde) ulaşmada fırsat eşitliğinin olmayışıdır.

#### A — Öncelikli Sağlık Sorunları

##### i) Gecekonduların Sağlık Sorunları:

##### 1 - Bebek sorunları

Enfeksiyon hastalıkları (ASYE, gastroenteritler, parazitozlar vb.)

Malnütrisyon, anemi

Doğuma bağlı sorunlar

Kazalar

Doğmalık sorunlar

- 2 - Anne Sorunları  
Kadın hastalıkları  
Anemi, malnütrisyon
- 3 - Erişkinlerin sorunları  
Meslek hastalıkları, iş kazaları,  
Kronik hastalıklar  
Enfeksiyon hastalıkları  
Diş hastalıkları  
Trafik kazaları
- 4 - Sosyal Sorunlar  
Şiddet, ve benzeri yasa dışı davranışlar  
Uyuşturucu kullanımı  
Psikiyatrik sorunlar  
Sokak çocukları ve kimsesizler  
Özürülüler  
Çocuk işçiler

#### ii) Metropol Merkezlerinin Sağlık Sorunları

- 1 - Kronik hastalıklar
- 2 - Ruh hastalıkları
- 3 - Alışkanlıklar (alkolizm vb.)
- 4 - Kazalar
- 5 - Enfeksiyon hastalıkları

#### iii) Diğer Kent Merkezlerinin Sağlık Sorunları

Diğer kent merkezlerinin sağlık sorunları, gecekondu ve metropol merkezlerinin yukarıda sayılanların bir bileşkesidir.

### B — HİZMET SORUNLARI

- i) İletişim Sorunları (dil, kültür)
- ii) Ulaşım Sorunları (coğrafi, sosyal, ekonomik)
- iii) Katılım Sorunu
- iv) Kullananın Alım Gücü Sorunu  
(Sosyal Güvence)

### ÇAĞDAŞ SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİNİN TEMEL İLKELERİ

Kentlerin sağlık sorunları tanımlandıktan sonra, bu sorunları çözmeye yönelik bir sağlık örgütlenmesinin temel ilkeleri sıralanmıştır. Her ne kadar kent merkezinde ve gecekonduarda birbirinden farklı sağlık sorunları bulunsun da kurulacak sağlık örgütlenmesinde tek bir model oluşturulmaya çalışılmış, bu modelin uygulanmasında yerleşim bölgesine göre hizmet önceliklerinde farklılıklar olacağı göz ardı edilmemiştir.

Buna göre önerilen sağlık örgütlenmesinin temel ilkeleri şöyle sıralanabilir:

- 1 - Eşitlik
- 2 - Kapsayıcılık

- 3 - Sosyal, ekonomik ve coğrafi ulaşılabilirlik  
(Temel ilaçların ücretsiz olması)
- 4 - Kabul edilebilirlik
- 5 - Basamaklandırılmış
- 6 - Entegre hizmet
- 7 - Ekip hizmeti
- 8 - Öncelikli hizmet
- 9 - Tek tip örgüt
- 10 - Sektörlerarası işbirliği
- 11 - Uygun teknoloji
- 12 - Toplum katılımı
- 13 - Kendini yenileyebilir olma
- 14 - Çalışanların motive edilmesi, yönetime katılma
- 15 - Nüfusa dayalı olması
- 16 - Yetki devri özelliğine sahip olması
- 17 - Dikey örgütlenmenin olmaması

### KENTSEL SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİNİN ÖZELLİKLERİ:

#### 1 — SAĞLIK BİRİMİ (Sağlık Ocağı)

**Nüfus :** Her 3-5000 nüfusa bir Sağlık Birimi

#### **Ekip Hizmeti:**

Her bir sağlık birimi için;

Hekim, AÇS-AP elemanı (bayan), Sağlık Memuru (erkek), Hemşire, Laboratuvar Teknisyeni, Sekreter, Hizmetli

Personel sözleşmeli olarak ve tam gün çalışacaktır. Personelin toplu sözleşme-grev hakkı bulunan sendikaları vardır. Personel atandığı yerde en az bir yıl çalışma zorunluluğundadır. Hekimler TUS'a en az iki yıl çalışmadan başvuramazlar.

#### **Görevleri :**

**a) Temel Sağlık Hizmetleri (TSH);** (Çevre Sağlığı, İşsağlığı ve Okul Sağlığı Hizmetlerini kapsamayacaktır; bu hizmetler konularında ayrıca eğitim görmüş elemanlarca, ayrı örgütler kanalıyla ve sektörler arası işbirliğiyle yürütülecektir). TSH yatay bir örgütlenme modeli ile verilecek, dikey örgütlenme kullanılmayacaktır. Hizmet ücretsizdir. Her birim kendi inisiyatifini ile harcayabileceği bir bütçeye sahiptir. Tüm sosyal güvenlik kuruluşlarının (SSK, BAĞ-KUR vb.) birinci basamak hizmetleri bu üniteye verilecektir.

**b) Acil Sağlık Hizmetleri :** Bu birim günde 16 saat çalışarak mesai saati dışında da acil bakım, enjeksiyon ve pansuman, gebe takibi gibi hizmetleri sunacaktır.

**c) Gezici hizmet, evde hizmet :** Birim gerek AÇS gerek bulaşıcı hastalık sürveyansı ve sağlık eğitimi

gibi hizmetler için gerekse evde hasta görülmesi, tedavisi, bakımı gibi hizmetler için evlerde ve sahada da görev yapacaktır.

**d) Katılım :** Her bir sağlık birimi hizmet aşamasında halk meclisleri ile koordinasyonu sürdürecektir, tüketicinin hizmetin planlanmasına, yürütülmesine ve değerlendirilmesine katılımını sağlayacaktır.

Ünitede kayıtlar bilgisayar ortamında saklanacak ünitelerarası ve üst birimlerle veri alış verişi için bir enformasyon ağı kurulacaktır.

## 2 — SAĞLIK MERKEZİ

2-4 Sağlık Birimi'nin fizik olarak biraraya gelmesiyle oluşmuş Sağlık Ünitesidir. Amaç daha ekonomik bir yapılanma gerçekleştirmektir. Her bir Sağlık Birimi diğer Sağlık Birimleri'nden bağımsız ayrı bir hizmet verecektir. Laboratuvar birleştirildiği için daha iyi donanımlı olacaktır. Bu merkezde ayrıca koruyucu ve tedavi edici hizmet vermek üzere bir diğ hekimi bulunacaktır. Bu merkezler, hizmet ve planlamanın her aşamasında semt halk meclisleri ile yakın ilişkide bulunacaklardır. Bu ilişkiyi kurmak ve bölge halkının sorunlarını saptayıp çözümleyebilmek için sağlık merkezlerinde birer sosyal hizmet uzmanı bulunacaktır.

## 3 — ÜST SAĞLIK BİRİMİ (SAĞLIK GRUP BAŞKANLIĞI)

**Nüfus :** 5-6 Sağlık Merkezi'ni kapsayacak şekildedir.

**Ekip :** Halk Sağlığı Uzmanları, Denetçi ebe-hemşire, Sağlık Eğitimcisi, Diyetisyen, Sekreteryası

**Görevleri:** Bu birimler;

**a) Yönetim :** Sağlık Merkezi personelinin de katılım ile ve maliyet yarar analizi, kalite kontrolu gibi çağdaş yönetim teknikleri kullanılarak yönetilecektir, başarılılar ödüllendirilecek, başarısızlar cezalandırılacaktır.

**b) Denetim :** İşbaşında eğitimi de içeren klinik denetim için gerektiğinde hastane uzmanlarından yararlanılan ve personel performans kriterleri gibi objektif değerlendirme teknikleri kullanan yöntemler uygulanacaktır.

**c) Eğitim :** Kendi bölgelerindeki halkın eğitimi ve davranışlarının değiştirilmesi çabalarının yanısıra, personelinin sürekli eğitimini de kredilendirme yöntemleri gibi özendirici yöntemler kullanarak gerçekleştirecektir.

**d) Araştırma :** Gerek sorunlardaki öncelikleri gerek hizmetteki değişiklik gereksinimlerini üniversitelerin de katkısıyla araştıracaktır.

**e) İlçe Halk Meclisi ile koordinasyonu sağlayacaktır.**

**Yetkileri :** Personel hareketleri, hizmet önceliklerinin belirlenmesi, ayrı bütçe.

## 4 — DEVLET HASTANESİ

**Nüfus :** 2-4 Sağlık Grup Başkanlığı bölgesine hizmet verir.

**Ekip :** Tüm uzmanlık dallarında hizmet verecek şekilde, yeteri kadar uzman hekim, hemşire, teknik personel ve yardımcı personel.

### Görevleri :

a) Birinci basamaktan sevk edilen hastaların ayakta tanı ve ted

b) Yataklı tedavi hizmeti

c) Rehabilitasyon hizmeti

d) Acil ve Ambulans hizmetleri

e) Birinci basamak sağlık personelinin hizmet içi eğitimi

f) Hastane ve İl halk meclisi ile koordinasyon

Sevk edilmeyen yapılan başvurulardan çok yüksek ücret alınacaktır.

## 5 — SEMT POLİKLİNİĞİ

Hastanelerin semtlerdeki uzantıları olup ayakta tanı ve tedavi hizmeti verirler.

**Nüfus :** Her bir sağlık grup başkanlığı bölgesi (30-100 bin).

**Ekip :** Dört ana dal uzmanlığı, Radyolojik, ileri biyokimyasal, bakteriyolojik ve serolojik incelemeler için uzman hekim ve teknik personel.

### Görevleri :

a) Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinden sevk edilen hastaların ayakta tanı ve tedavisi,

b) Sağlık merkezlerinde çalışan hekimlerin klinik bilimlerini açısından denetim ve işbaşı eğitimleri,

### Yetkisi :

Bu aşamada sorunu çözülemeyen hastaları, tanı ve tedavi amacıyla bağlı bulunduğu devlet hastanesine sevk.

## 6 — ÜNİVERSİTE HASTANESİ

**Nüfus :** İçinde bulunduğu coğrafi bölge nüfusu

**Ekip :** Klinik ve Temel Bilimler ile ilgili tüm hekim ve hekim dışı personel.

Özel araştırma birimleri ve personeli

Yönetim ve işletme ile ilgili personel.

**Görevleri :**

a) Üçüncü basamak tanı ve ayaktan ve yataklı tedavi hizmetleri

b) Akademik araştırmalar

c) Ülkenin sağlık sorunlarına ve sağlık örgütlenme biçimine uygun yetkin hekimler yetiştirilmesi

d) Tüm sağlık örgütünün hizmet içi eğitimine danışmanlık ve eğitici desteği

e) Birinci basamakta yürütülen hizmet araştırmaları ve uygulamalarında proje ve uygulama aşamalarında danışmanlık desteği

f) İl Sağlık müdürlüğü ile il düzeyinde sağlık hizmetleri planlaması, epidemiyolojik araştırmalarda koordinasyon.

**7 — İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ**

Üniversiteler dışında, İl düzeyindeki tüm Sağlık Grup Başkanlıkları ve sağlık kuruluşları, idari açıdan bu kuruma bağlı olarak çalışacaklardır. Sağlık Müdürleri başarılı Sağlık Grup Başkanları arasından atanacaktır. Yönetimde müdürlüğe bağlı sağlık grup başkanlıkları, ildeki personel temsilcileri ve toplum temsilcileri söz sahibi olacaklardır. Toplum temsilcileri olan belediyeler, meslek odaları, dernekler, sendikalar ve siyasi partilerle işbirliği yapılacaktır.

**Görevleri :**

a) Tüm basamaklardaki hizmet birimlerinin, Sağlık Bakanlığı ve Yüksek Sağlık Planlama Kurulunun öngördüğü dönemsel hizmet hedeflerine ulaşım ulaşılmadıklarını denetlemek,

b) Sözü edilen dönemsel hizmet hedeflerine ulaşmak için il bazında planlar geliştirmek,

c) Tıp fakülteleri ile işbirliği içinde epidemiyolojik veri toplamak ve araştırmalar yürütmek,

d) İl düzeyinde çalışan tüm sağlık personelinin hizmet içi ve mezuniyet sonrası eğitimini planlamak ve denetlemek, il düzeyinde personel atama ve hareketlerini düzenlemek,

e) Sektörler arası işbirliğini yürütmek, bunun için ildeki Milli Eğitim, Sosyal Hizmetler ve Çevre İl Müdürlükleri gibi dairelerle ortak komisyonlar oluşturmak,

f) İl düzeyindeki hizmeti ve planlama aşamalarından il sağlık meclisini sürekli haberdar edip, meclisin kararlara katılımını sağlamak,

g) İl düzeyindeki sağlık personelinin özlük hakları ve kararlara katılımında sağlık işkolundaki sendikalar ile ilişkiyi yürütmek,

h) Hizmetin yürütülmesi için gerekenleri yapmaktır.

## KENTSEL SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİ MODELİ

