

GAP BÖLGESİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ NASIL SUNULMALIDIR*

Dr. Ersen İLÇİN**

GAP Bölgesinde sağlık hizmetlerinin nasıl sunulması gerektiğine geçmeden önce, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin örgütleniş biçimine ve sağlık hizmeti anlayışına kısaca bir göz atmak gerekir.

Çünkü GAP bölgesinin sağlık örgütlenmesinden ve genel sağlık sorunlarından soyutlamak olanaksızdır.

Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesine 1961'den itibaren girmek istiyorum. Daha gerilere gitmem konuyu dağıtacaktır. 1961 ANAYASA'sında DEVLET, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla görevlidir" der (Madde 49).

1982 ANAYASA'sı ise, "Herkes dengeli ve sağlıklı bir çevrede yaşama hakkına sahiptir" der (Madde 56).

Her iki Anayasa da Devlet, toplumun sağlığı ile ilgilenmekle görevlendirmektedir. Bu da Sosyal Devlet anlayışına uygundur. Bu anlayışa uygun olarak 1961'de 224 sayılı "SAĞLIK HİZMETLERİNİN SOSYALLEŞTİRİLMESİ" yasası çıkmıştır.

Devletin Sağlık Politikasını "Anayasal zorunluktan ele alırsak" iki temel hareket noktası vardır:

BİRİNCİSİ : Türkiye'de tüm insanların sağlık hizmetlerinden minimum düzeyde eşit olarak yararlanmasını sağlamaktır.

İKİNCİSİ : Bu hedefi gerçekleştirmek üzere finans, örgütlenme, sağlık insan gücünü planlar.

1961 yılında 224 sayılı yasanın kabul edilmesi yani sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile sosyal devlet ilkesine uygun olarak, "TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİNİN" gerçekleştirilmesi amaçlanmıştır. Bu ise, ÇAĞDAŞ HEKİMLİK anlayışına uygun bir sağlık hizmetidir.

224 SAYILI YASANIN TEMEL İLKELERİ:

- HERKESE EŞİT HİZMET,
- HİZMETTE ENTEGRASYON,
- EKİP HİZMETİ,

- KADEMELİ HİZMET,
 - SÜREKLİ HİZMET,
 - KATILIMCI HİZMET,
 - ÖNCELİKLİ HİZMET
- olarak sıralanabilir.

Temel Sağlık Hizmetlerine yönelik öneriler 5'er yıllık kalkınma planlarında da sürekli olarak dile getirilmiştir. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi yasasına uygun olarak gerçekleştirilen "TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ" gerek örgütlenme, gerek hizmetin sunumu açısından çağdaş anlamda idi. Ama uygulamaya konulduğu andan itibaren saldırılara hedef olmuştur. Bugün artık bellidir ki, yataklı tedavi kurumlarına diğer bir deyişle tedavi edici hizmetlere dayandırılmış olan bir sağlık örgütünün başarılı olması hiçbir zaman sözkonusu olamamaktadır. Bunun tersi de doğrudur, II. ve III. basamak sağlık kurumlarından destek almayan Temel Sağlık Hizmetleri örgütünün çalışmaları da başarılı olamaz.

SAĞLIK HİZMETLERİNİN BUGÜNKÜ DURUMU:

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde iki temel özellik vardır:

1. Örgütlenme karmaşık bir yapıya sahiptir. Yani çok sektörlü bir yönetim ve yapılanma vardır.

- Sağlık Bakanlığı
- SSK
- Kamu kurum ve kuruluşları
- Üniversiteler
- Belediyeler
- Sağlık hizmeti sunan bireysel veya tüzel sağlık birimleri (muayenehaneler, özel poliklinikler, özel hastaneler)

2. İkinci özelliği, Merkeziyetçi bir yapıya sahiptir. Yukarıda belirtilen çok sektörlü bir yapılanma yanında aşırı derecede merkeziyetçi katı bir yönetim tarzına da sahiptir.

SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNULMASI

Sağlık hizmetleri, değişik sektörlerin sağlık kuruluşları tarafından sunulmaktadır:

1. SAĞLIK BAKANLIĞINA BAĞLI OLANLAR
 - Sağlık evleri,
 - Sağlık ocakları,

* XXV. Türk Mikrobiyoloji Kongresi'nde (8-11. Eylül 1992/Bursa) sunulmuştur.

** Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Öğretim Üyesi, Prof. Dr.

- AÇS ve AP merkezleri
- Verem savaş
- Sıtma savaş
- Frengi-Lepra
- Trahom savaş dispanserleri
- Hıfzıssıhha laboratuvarları
- Halk sağlığı laboratuvarları
- İlçe hastaneleri
- Devlet hastaneleri

2. SSK HASTANELERİ ve POLİKLİNİKLERİ
3. BELEDİYE HASTANELERİ ve POLİKLİNİKLERİ
4. KAMU KURUM ve KURULUŞLARI HASTANELERİ
5. ÖZEL HASTANELER
6. ÜNİVERSİTE HASTANELERİ
7. MSB HASTANELERİ

TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİNİN İŞLEVLERİ :

Bunu aşağıdaki gibi sıralamak olasıdır:

A. KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ

- Bağışıklama
- AÇS ve AP
- Bulaşıcı hastalıklarla savaş
- Hastalıkların erken tanı ve tedavisi
- Okul sağlığı
- Sağlık eğitimi
- Çevre Sağlığı Hizmetleri

B. TEDAVİ EDİCİ HİZMETLER

- Evde ve ayakta tedavi ve bakım
- İlk yardım
- Hasta sevk

C. ADLİ HEKİMLİK HİZMETLERİ

D. LABORATUAR HİZMETLERİ

BAŞTA TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ OLMAK ÜZERE GENELDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN AKSAMASINA VEYA YETERSİZ OLMASINA NEDEN OLAN SORUNLARI ŞÖYLE SIRALİYABİLİRİZ:

A. YÖNETİMDEN GELEN YANLIŞLIKLAR

a. GEÇERLİ VE KALICI BİR SAĞLIK POLİTİKASINDAN YOKSUNLUK :

Sağlık politikaları siyasal iktidarların kendi siyasal görüşlerine bağlı olarak değişmişlerdir. Ör: Sağlık hizmetlerine yönelik sağlık politikası süreklilik kazansa idi, örgütlenme, yönetim ve hizmet sunumu da buna göre olacaktı.

b. ÖRGÜTLENMEDE ÇOK BAŞLILIK VEYA KARMAŞIK BİR ÖRGÜTLENME YAPISININ BULUNMASI:

Sağlık örgütlenmesinde çok başlılık hakimdir. Sağlık Bakanlığı dışında değişik sektörlerin sağlık kuruluşları vardır (bu sektörlerin listesi daha önce verilmiştir).

SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNULMASINDA GÖRÜLEN ÖNEMLİ SORUNLAR

I - YÖNETİMDEN GELEN YANLIŞLAR

- a. Geçerli bir sağlık politikasından yoksunluk (sık değişmeler)
- b. Karmaşık örgütlenme
- c. Kaynak kullanımında yetersizlikler, aksamalar
 1. Sağlık insangücü kullanımındaki yanlışlıklar
 - Merkeziyetçilik
 - İstihdam dağılım ve atamalarda yanlışlıklar
 - Bütçe kullanımındaki yanlışlıklar
 - Sağlık yöneticilerinin yetersiz eğitimi
 2. Finans yetersizliği
- d. Fizik yapı yetersizliği
- e. Lojistik destek yetersizliği

II - TOPLUMUN SOSYO EKONOMİK SORUNLARI

- a. İletişim sorunu
 - 1 - Dil sorunu
 - 2 - Halkın katılımı
 - 3 - Eğitim yetersizliği
 - 4 - Geleneksel yapı
- b. Hızlı nüfus artışı

III - ALTYAPI SORUNLARI

- a. Temiz içme kullanma suyu yetersizliği
- b. Atıklar suyunu
- c. Sağlıksız kentleşme
- d. Ulaşım sorunu

SAĞLIK HİZMETLERİNDE
AKSAMA

SAĞLIKSIZ TOPLUM

c. 1. BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ GELENEĞİ TAM OLARAK OTURTULAMAMIŞTIR; Kademeli hizmet anlayışının yerleşmemesi, tedavi edici hekimliğe ağırlık verilmesi, halkın bu basamağı atlayarak II. ve III. basamak sağlık hizmeti sunan sağlık kurumlarından hizmet almaya yönelmesine neden olmuştur (sevk zinciri çalıştırılmamıştır).

d. SAĞLIK YÖNETİMİNDE AŞIRI MERKEZİ-YETÇİLİK:

- Sağlık kurumları ve sektörler arasında gerekli koordinasyon kurulamamıştır.
- Ülke genelinde yetki kargaşası ve hizmette duplikasyonlara yol açmıştır.
- İllerde valilerin ve sağlık müdürlerinin hizmetin bölgesel düzeyde düzenlenmesinde yetkileri sınırlı kalmıştır.
- Sağlık Bakanlığı diğer kurumlar üzerinde etkili olamamıştır; hizmet boşluğu ortaya çıkmış, her kurum ve kuruluş kendi sağlık organizasyonunu kurmuştur.
- Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinde makro planları yapan, sektörü yönlendiren bir yapıdan ziyade günlük işlerle uğraşan bir uygulama bakanlığı şeklinde çalışmıştır.

e. KAYNAK KULLANIMINDA YETERSİZLİKLER, PLANSIZLIKLAR :

1. Sağlık insangücü kullanımındaki yanlışlıklar
 - Sağlık insangücü gereksinimlere göre belirlenmemiştir.
 - Sağlık insangücü merkezi değil, bölgesel düzeyde ele alınması gerekirdi. (Ör: bazı sağlık ocaklarında hekim ve yardımcı sağlık personeli yığılımı varken, bazılarında ya yoktur yada eksiktir).
 - Uzmanlaşma ön plana çıkarılmıştır.
 - Sağlık yöneticileri bu konuda eğitim görmüş, deneyimli kişilerden seçilmemiştir (Ör: Halk Sağlığı uzmanları sağlık yöneticileri olarak da yetiştirilmektedirler).
 - Sağlık personeli, hizmet sunumunda yeterince teşvik edilmemiştir (özlük, sosyal haklar gibi).
 - Sağlık personeli atamalarında politik kaygılar, dost-ahbab ilişkileri ön plana çıkmıştır.
 - Hizmetiçi eğitime ağırlık verilmemiştir.

2. Finansman sorunu

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı karmaşıktır. Sağlık harcamalarının miktarı konusunda net bir bilgi yoktur. Toplam sağlık harcamalarının GSMH'ya oranı % 4 dolayında olduğu varsayılmaktadır. Sağlık harcamalarını aşağıdaki gibi gruplandırabiliriz:

- Sağlık Bakanlığı bütçesinden yapılan harcamalar,
- Kamu kurum ve kuruluşlarının yaptığı sağlık harcamaları,
- Özel kuruluşların yaptığı sağlık harcamaları (bankalar, şirketler v.b.),
- SSK'nın yaptığı sağlık harcamaları,
- Kişilerin yaptığı sağlık harcamaları, Sağlık Bakanlığının toplam bütçe içindeki payı son yirmi yıl içinde en fazla % 5 olmuştur. Sağlık Bakanlığının bütçesindeki toplam sağlık harcamalarının % 2 si ise Temel Sağlık Hizmetlerine gitmektedir.

f. FİZİK YAPI YETERSİZLİĞİ

Sağlık ocakları bazında ele alacak olursak, GAP Bölgesinde toplam 278 sağlık ocağı bulunmaktadır. 5. beş yıllık plana göre 576 sağlık ocağı kurulmuş olması gerekirdi. Bu da gösteriyorki bölgede, Temel Sağlık Hizmetlerinin sunulduğu sağlık ocağı sayısı yetersizdir. Bugün Diyarbakır il merkezinde 16 ile 20 arasında sağlık ocağı bulunması gerekirken 6 tane sağlık ocağı bulunmaktadır.

g. LOJİSTİK DESTEK

Temel Sağlık Hizmetlerinin verildiği en uç sağlık birimleri araç-gereç, tıbbi malzeme yönünden desteklenmezken, daima yüksek teknolojiye dayanan sağlık yatırımları ön plana çıkmıştır. (Ör: malzeme yetersizliği nedeni ile bir çok sağlık ocağında laboratuvar hizmeti verilememektedir.

Sağlık ocakları ulaşım aracı yönünden desteklenmemektedir. Türkiye'de 3415 sağlık ocağında 1765 motorlu araç bulunmaktadır. Sağlık kurumlarındaki bütün araçların % 70-80'i 15 yaşın üzerindedir. Bu demektir ki sağlık ocaklarının kırsal alanda, kendine bağlı köylere sağlık hizmeti götürmesi olanaksızdır.

B. TOPLUMUN SOSYO-EKONOMİK SORUNLARI

- a. İletişim sorunu; Sağlık hizmeti veren sağlık personelinin, bireylerle iletişim kurabilmesi önemlidir. Hizmetin sağlıklı ve nitelikli olması için gerekli bir faktördür. İletişim karşılıklı güven ortamının doğmasına neden olur. Bunun için iki tarafın da aynı dili konuşması gerekir.
 - Dil sorunu; Hizmetin sunulmasında dil önemli bir etkidir. Çünkü aynı dili konuşan kişiler arasında iletişim kurulabilir. Sunulan hizmet sağlıklı ise bu daha da önem kazanır. Dil, hizmetin sunumu kadar, alanların hizmetten yeterince yararlanmasını kolaylaştırır. Toplumun katılımını sağlar.

Diyarbakır merkez sağlık ocaklarında çalışan Hekim, Ebe ve Hemşirelere yönelik bir anket çalışmasında bu konuda verdikleri yanıtlar ilgi çekicidir. Hekimler genellikle hastaların çoğunluğu Türkçe bilmediğinden, kendilerinin de Kürtçe bilmediklerinden daha çok yararlı olmadıklarına inanmaktadırlar.

Ebe ve Hemşireler ise, dil sorunu nedeni ile aşılama hizmetlerinde, aile planlaması hizmetlerinde, ana-çocuk sağlığı hizmetlerinde, sağlık eğitimi hizmetlerinde güçlüklerle karşılaştıklarını yeterince yararlı olmadıklarını belirtmişlerdir. Kürtçe bilen ebe ve hemşireler hizmeti sunmada daha başarılı olduklarını belirtmişlerdir.

Tablo : 2. DİYARBAKIR MERKEZ SAĞLIK OCAKLARINDA ÇALIŞAN HEKİMLERİN HASTA İLE İLETİŞİM KURMADAKİ SORUNLARI:

- Hekimlerin yarısından fazlası hasta ile iletişim kurarken üçüncü bir kişiye ihtiyaç duymaktadır.
- Üçüncü kişi kullanan hekimlerin çoğunluğu ise hasta ile iletişim kuramamaktadır.
- Hekimlerin yarısından fazlası iletişim sorunu nedeniyle hastalarına yeterli düzeyde yararlı olmadığını inanmaktadır.

Tablo : 3. İLETİŞİM KONUSUNDA HEKİMLERİN ÖNERİLERİ

- Hekimler hastanın sosyo-kültürel ve ekonomik durumunu iyi bilmeli iletişim kuracak kadar hastanın konuştuğu dili ve terimleri öğrenmeli.
- Halkın eğitim düzeyi yükseltilmeli.
- Hekim başına düşen hasta sayısı azaltılmalı.
- Hasta ile iletişim için üçüncü kişiler kullanılmalı.

Tablo : 4. EBE VE HEMŞİRELERİN DİL SORUNU NEDENİYLE AŞILAMA HİZMETLERİNDE GÜÇLÜKLERLE KARŞILAŞMA DURUMU

	Sayı	%
Dil sorunu nedeniyle aşılama hizmetlerinde güçlüklerle karşılaşıyorum	53	67
Karşılaşmıyorum	26	33
TOPLAM	79	100

Tablo : 5. EBE VE HEMŞİRELERE GÖRE DOĞUMA ÇAĞRILIRKEN HALKIN DİL BİLEN EBEYİ TERCİH DURUMU

	Sayı	%
Dil bilen ebe tercih ediliyor	48	52.7
Tercih edilmiyor (fark yok)	43	47.3

Tablo : 6. KÜRTÇE BİLEN SAĞLIK PEROSENİLİN HİZMETİ SUNMADA DAHA BAŞARILI OLUP OLMADIĞI KONUSUNDA EBE VE HEMŞİRELERİN GÖRÜŞÜ

	K. BİLEN		K. BİLMİYEN		TOPLAM	
	sayı	%	sayı	%	sayı	%
Kürtçe bilenler daha başarılı	27	90	48	77	75	81.5
Fark yok	3	10	14	23	17	19.5
Toplam	30	100	62	100	92	100.0

Tablo : 7. EBE VE HEMŞİRELERE GÖRE DİL SORUNU İLE AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİNDE KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLERİN SIKLIK SIRALAMASI

1. Dil bilmediği için isteklerini açıklayamaz	40	%	35.39
2. Bu konuyu ayıp sayarlar	32	%	28.31
3. Öğrendiklerini yanlış uygularlar	11	%	9.73
4. Teknikleri anlatmamıza rağmen anlamazlar	10	%	8.84
5. Dil bilmediğimiz için bize güvenmezler	9	%	7.96
6. Diğer	8	%	7.07

Tablo : 8. EBE VE HEMŞİRELERİN TOPLUMLA SAĞLIKLI İLETİŞİM KURABİLMEK İÇİN SAĞLIK PERSONELİNE YÖNELİK ÖNERİLERİ

1. Sağlık personelinin dil sorunu olmamalı, iletişim kurabilmeli, anlayışlı olmalı	64	%	54.7
2. Güvenilir olmalı	21	%	17.9
3. Bölgeyi ve toplumu iyi tanımalı	19	%	16.2
4. İyi eğitim görmüş ve bilgili olmalı	13	%	11.1

Tablo : 9. EBE VE HEMŞİRELERİN DİL SORUNU NEDENİYLE ANA SAĞLIĞI HİZMETLERİNDE GÜÇLÜKLERLE KARŞILAŞMA DURUMU

	K. BİLİYOR		K. BİLMİYOR		TOPLAM	
	sayı	%	sayı	%	sayı	%
Karşılaşıyorum	6	30	40	74	46	62
Karşılaşmıyorum	14	70	14	26	28	38
TOPLAM	20	100	54	100	74	100

b. Eğitim yetersizliği

Bölge kadınlarının % 60'ı, erkeklerin % 30'u okuma yazma bilmemekte. Bu durumda güçlük, hem dil sorununda hem de eğitim düzeyinin düşüklüğünde yatmaktadır. Halkın sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanmasını düşürmektedir.

Tablo : 11. GAP BÖLGESİNDE OKUMA-YAZMA BİLMİYEN NÜFUS (%)

	KADIN	ERKEK	ORTALAMA
ADİYAMAN	52	24	38
DİYARBAKIR	66	30	48
GAZİANTEP	41	16	29
MARDİN	71	34	52
SİİRT	65	32	48
ŞANLIURFA	71	35	52

c. Halkın katılımdaki yetersizliği

Bu madde katılım olduğu gibi, sunulan sağlık hizmetine ve hizmeti sunanlara yardımcı olma yönünden açıklanabilir. Bu da sağlık hizmeti sunanların işini daha çok sevk yaparak yapmasına yararlı olacaktır.

d. Hızlı nüfus artışı

GAP Bölgesinin nüfus artış hızı 1990 nüfus sayımına göre % 3.6 dır. Türkiye ortalaması ise, % 2.4'dür. GAP bölgesindeki kentleşmede daha hızlı bir artış söz konusudur.

1985'te kentlerin kırsal nüfusa oranı % 49.9 iken, yıllık ortalama nüfus artış hızı kentlerde % 5 dolayındadır, bu bize kırsal alandan kentlere hızlı bir göçün varlığını da göstermektedir.

GAP bölgesinde hızlı nüfus artışı, yüksek bir işsizlik beslenme, eğitim, sağlık gibi majör sorunları beraberinde getirmektedir.

C. ALT YAPI SORUNLARI

a. Temiz içme ve kullanma suyu yetersizliği

GAP bölgesinde yerleşim birimlerinin en önemli sorunu temiz içme ve kullanma suyu yetersizliğidir. Köylerimizin aşağı yukarı % 40'ında temiz içme ve kullanma suyu yoktur. Kentlerimizin temiz içme ve kullanma suyundan yararlanma oranı % 70 dolayındadır. Eğer bunu tek tek il merkezi ve ilçe merkezleri bazında ele al-

sak durum daha karamsar olmaktadır (Temiz içme ve kullanma suyundan yararlanmada suyun konutun içine kadar gitmiş olması gerekir). Nitekim GAP Belediye Başkanlıklarına göre en önemli sağlık sorunları önem sırasına göre;

- Temiz içme suyu yetersizliği
- Kanalizasyon yetersizliği
- Katı atık sorunu
- Sağlık ekibi yetersizliği gibi sorunları sıralayabiliriz

b. Ulaşım sorunu

Sağlık evleri açısından ele alacak olursak; GAP bölgesinde sağlık evlerinin bulunduğu köylerin % 41.6'sında yollar stabilize ve ham yollarıdır. Bu sağlık evlerinin ilçeye uzaklığı 3 km ile 25 km arasında değişmektedir.

GAP BÖLGESİNDE NE YAPMALI?

Politik düzeyde karar vermek gerekir, herşeyden önce; "Herkes, beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmek için eşit olarak ve gücü ölçüsünde katılımda bulunmak" suretiyle sağlık hizmetlerinden koruyucu ve birinci basamak tedavi edici hizmetlerinden yararlanacak mı yoksa bu sözde mi kalacak?

Yanıt evet ise;

- Yönetimde ve örgüt yapısında yeni düzenlemelere gidilmelidir.
- Bölgesel olarak sağlık yönetimi daha bağımsız hareket edebilecek duruma getirilmelidir.
- Bir GAP bölgesi Sağlık Başkanlığı kurulabilir.
- Buna bağlı olarak GAP bölgesi Sağlık Koordinasyon kuruluşu oluşturulmalıdır.
- Bu bölgesel yönetim, sağlık kaynaklarını daha rasyonel kullanmada planlamalar yapar. Diğer sektörlerle bölgesel düzeyde koordinasyonu sağlar.
- İl düzeyinde İl Sağlık Koordinasyon Kurulu oluşturulabilir.
- Sağlık yöneticileri antidemokratik ve diğer dostahap kaygılarından uzak, bu konuda deneyimli, eğitim görmüş elemanlardan olması gerekir.
- Sağlık personelinin düzenlemelere gidilmelidir (Özlük haklar, sosyal haklar).
- Hizmet içi eğitim yaptırılmalıdır.
- Temel sağlık hizmetlerine ağırlık verilmelidir. Bunun için de; sağlık altyapısı tamamlanmalıdır. Kentlerde 20.000, kırsal alanda 10.000 nüfusa kadar ve nüfus artışına paralel olarak bu artan sayıda sağlık ocağı yapmak gerekir.
- Topluma yönelik olduğu gibi örgün eğitimde de mutlaka sağlık eğitimi derslerinin konulması gerekir.
- Eğer temel sağlık hizmetlerine önem verilmezse, II. ve III. basamak sağlık kuruluşları ile koordineli bir hizmet sunumuna gidilmezse, II. ve III. basamak tedavi hizmetlerine yüksek teknolojiye yönelik ne kadar yatırım yapılırsa yapılsın bölgede KDH, KÖH, BÖH, AOH ve GDH ları düşmeyecektir.