

**DERLEME****GEBZE'DEKİ HIZLI KENTLEŞMENİN  
SAĞLIK GÖSTERGELERE OLAN  
ETKİSİ***Hüseyin UKUŞLU\****Özet**

Kocaeli ve İstanbul arasında yer alan Gebze, zengin bir tarihi geçmişe sahip, ekonomisi tarım, hayvancılık ve sanayie dayalı, Türkiye'nin hızla gelişen ve büyüyen ilçesidir. Bugün Gebze kara, deniz, demir ve havayollarının birbirleriyle kesiştiği önemli bir kavşak noktasında bulunmaktadır. 1960'lı yıllara kadar sakin bir belde olan Gebze, Türkiye genelinde yaşanan göçe paralel olarak diğer şehirlerden nüfus almaya başlamış ve sanayiinin de etkisi ile hızla kentleşme yolunda ilerlemeye başlamıştır. Gebze'deki hızlı kentleşme beraberinde çevre sorunları, konut açıklığı, plansız yapılaşma, gecekondular gibi birçok sorun getirmektedir. Sağlık hizmet sunumunda karşılaşılan problemler, özellikle nüfus gibi nicel kriterlere dayanan hızlı kentleşmenin meydana getirdiği problemlerden birisidir. Beş yaş altı çocuk ölüm oranı, bir yaş altı bebek ölüm oranı, 10 000 kişiye düşen yatak sayısı, hekim, hemşire ve ebe başına düşen nüfus, yatak işgal oranı, ortalama kalış süresi gibi Gebze'deki sağlık göstergeleri Türkiye ve gelişmiş ülkelerin ortalamalarına göre çok düşüktür.

Anahtar Kelimeler: Kent, Kentleşme, Hızlı kentleşme, Sağlık, Sağlık Göstergeleri

**Giriş Yerine**

Kentleşme ve sağlık farklı disiplinler altında ele alındığından birbirinden uzak gibi görünse de aslında bir o kadar da birbirleriyle ilişkili alanlardır. Fakat kentleşme ve

sağlık arasındaki ilişkiyi inceleyen Türkçe yazılı eser çok sınırlıdır. Bu alanda Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof.Dr.Necati Dedeoğlu'nun kentleşme ve sağlık etkileşimini ele alan çalışmalarının dışında konuyla doğrudan ilgili yazılı materyal ne yazık ki bulunmamaktadır. Dedeoğlu "Türkiye'de Kentlerde Sağlık Sorunları" başlıklı makalesinde kent merkezleri ile gecekondular alanlarındaki sağlık sorunlarını ve hizmet kullanımını incelemiştir (Dedeoğlu, N.; 1996: 54-56). Bu konuyla ilgili diğer bir çalışma yine Antalya bölgesinde yürütülmüştür. Bu çalışmaya göre, sağlık hizmetlerinden yararlanma dış kuşakta yer alan gecekondular alanlarında yaşayanlarda kent alanlarında yaşayanlara göre daha düşüktür (Aktekin, M. ve Dedeoğlu, N.; 1995: 12-13). Hızlı kentleşmenin sağlık hizmetleri sunumunda meydana getirdiği aksaklıklara geçmeden önce, kent ile kentleşme kavramlarının tanımlarını yaparak hızlı kentleşme kavramının üzerinde durmak konunun daha iyi anlaşılması için faydalı olacaktır. Kenti "insanların daha iyi bir yaşam sürdürmek için toplandıkları yerler" olarak tanımlayan Aristo'dan bu yana kentin birçok düşünür tarafından tanımı yapıla gelmiştir (Öner, Ş.; 1998:67). Nüfus, idari, sosyo-ekonomik veya ekonomik faaliyet ölçütlerine göre farklı şekilde tanımlanan kent, Kemal Kartal tarafından, "tarımsal olmayan üretim yapılan ve tüm üretimin denetlendiği, dağıtımın koordine edildiği; belirli teknolojinin beraberinde getirdiği büyüklük, yoğunluk, heterojenlik ve bütünleşme düzeyine varmış yerler" olarak tanımlamıştır (Kartal, S.K.; 1975: 5). Kıray'a göre kent, "tarımsal olmayan üretimin yapıldığı ve daha önemlisi hem tarımsal hem de tarım dışı üretimin dağıtımının kontrol fonksiyonlarının toplandığı, belirli teknolojik gelişme

\*Gazi Üniversitesi Sosyal ve Siyaset Bilimleri Doktora Öğrencisi

seviyelerine göre büyüklük, heterojenlik ve bütünleşme düzeylerine varmış yerleşme biçimleridir” (Kıray, M.; 1998: 17). Kenti tarihsel ve toplumsal açıdan tanımlayan M.Ali Kılıçbay’a göre kent, “kendi kendini yöneten ve bir arada oturan bir topluluğun işgal ettiği ve bu işgalden ötürü iskan ettiği, buna bağlı olarak örgütlendiği mekan” demektir (Kılıçbay, M.A.; 2000:41). Mevcut tanımlardan yola çıkarak kenti, tarımsal olmayan üretimin göresel bir ağırlık kazandığı, üretim araçlarının ve dolayısıyla nüfusun yoğun olarak toplandığı, bir örnek olmama, örgütlenme, iş bölümü ve uzmanlaşma düzeylerinin yüksek olduğu yerleşme merkezi şeklinde tanımlayabiliriz.

Kentleşme ise, dar anlamda, kent sayısının ve kentlerde yaşayan nüfusun artmasıdır (Keleş, R.; 2000: 19). Köyün bilinen özelliklerinden farklılaşarak oluşan yeni yerleşim yerlerini kent, kenti oluşturan sürece ya da kent oluşması sırasında ortaya çıkan yapısal değişimlere de kentleşme denilmektedir (Bal, H.; 2002: 51). Kentsel nüfus, bir yandan doğumların ölümlerden fazla olmasıyla artarken, öte yandan köylerden ve kasabalardan gelenlerle, yani göçlerle artar. Oysa kentleşmeyi, salt nüfus hareketi olarak görmek yanlış olur. “Kentleşme”, değişimin, endüstrileşmenin ve demokratikleşme süreçlerinin bir sonucu olarak bir bağımlı değişken olabilirken, bir kez ortaya çıktıktan sonra nüfus artış hızının düşmesi gibi, başka sonuçlar doğuran bir “bağımsız değişken” olmaktadır (Kongar, E.; 2003: 521). Kentleşmenin hem bağımlı hem de bağımsız değişken olarak algılanıp değerlendirilmesi; kentleşmenin sadece, kırsal alanlardan kente yönelik bir nüfus hareketi olmadığını açıkça ortaya koymaktadır. Kentleşmenin demografik boyutunun yanında, siyasal, ekonomik, toplumsal boyutları da bulunmaktadır. Mevcut tanımların ya nüfus eksensiz olması ya da kır-kent karşıtlığına dayanmasının birtakım sakıncalar doğurduğunu ileri süren Oğuz Işık, kırsal kesimin farklılaşmış, homojen yapısının tersine kenti, “farklılaşmış ilişkilerin hüküm sürdüğü, cemaat bağlarının parçalandığı ve atomize bireylerin kendilerini esas olarak kurdukları kişisel olmayan ilişkiler bağlamında tanımladıkları bir yerdir” şeklinde tanımlayarak kenti fiziksel özellikleri ile ya da kırın karşıtı olarak değil de, kültürel bir takım öğeler vasıtasıyla tanımlamaya denemiştir (Işık, O.; 1999: 163). Mevcut tanımlardan yola çıkarak, kısaca, “kentleşme”nin, kent ortaya çıktıktan sonra, kentlerdeki büyümeyi, gelişmeyi, yoğunlaşmayı, farklılaşmayı, bütünleşmeyi, değişmeyi anlatabilmek için kullanılan bir terim olduğunu söyleyebiliriz.

Özellikle az gelişmiş ülkelerin ya da gelişmekte olan ülkelerin kentleşme süreci aşırı, hızlı, sahte, dengesiz, az bütünleşmiş gibi kentleşme terminolojileri ile anlatılmaya çalışılmaktadır. Hızlı kentleşmenin özelliklerinden birisi, kentleşmenin, demografik bir süreç olarak sanayileşmiş ülkelere oranla, hızla artan, hiç olmazsa azalmayan bir yol izlemesidir. Bir diğeri, kentleşme hareketlerinin kimi coğrafi bölgelerdeki kentlere yönelmiş olması sebebiyle kimi bölgelerin kentleşme oranlarının düşük düzeyde kalmasıdır. Hızlı kentleşen ülkelerde, büyük ve çok büyük kentlerin, orta büyüklükteki ve küçük kentlere oranla daha

hızlı büyümekte olduğu görülmektedir. Bunun yanında, kentleşen nüfusun kent ve kamu hizmetleri gereksinmelerinin karşılanmasında yetersizlikler baş göstermektedir. Hızlı kentleşen kentlerin özelliklerinden sonucunu da kentleşen nüfusun çalıştırılmasına olanak verecek temel sanayi yatırımlarının yapılmaması yüzünden iş gücünün marjinal mesleklerde ve türlü hizmet dallarında yığılmasıdır (Erkan, R.; 2002: 21).

Kentleşmenin anormal oluşunu betimleyen hızlı, anormal, çarpık, sahte gibi sıfatlar değer yargısı ihtiva etse de Gebze’deki kentleşme olgusunu açıklamada yardımcı olabilecek kavramlardır. 1960’lı yıllardan itibaren göç almaya başlayan Gebze, özellikle 1970’li yılların sonlarına doğru ve 1980’li yılların başlarından itibaren yoğun bir göç akınına uğramıştır. Türkiye’deki kentleşme sürecine paralel olarak, Gebze, 2000’li yıllara kadar demografik bir süreç olarak sanayileşmiş ülkelere oranla, hızla artan, hiç olmazsa azalmayan kentleşme olgusunu yaşamıştır. Bugün de bu süreci hala yaşamaktadır. Gebze, bugün orta büyüklükteki ve küçük kentlere oranla daha hızlı büyümektedir. Nitekim bugün Gebze, 2000 yılındaki genel nüfus sayımına göre 51 il merkez nüfusundan daha fazla bir nüfusa sahip bulunmaktadır. Hızlı kentleşmenin göstergelerinden biri de kentleşme hareketlerinin kimi coğrafi bölgelerdeki kentlere yönelmiş olması sebebiyle kimi bölgelerin kentleşme oranları düşük düzeyde olmuştur. Doğal olarak Marmara bölgesinde yaşanan hızlı kentleşme olgusundan Gebze de nasibini almıştır. Gebze’nin, plan doğrultusunda değil de kendiliğinden bir gelişme çizgisi göstermiş olması kamu ve özel binaların, şehir içi ulaşım, görünüm ve fonksiyonelliğin dikkate alınmadığı bir şekilde kurulumlarına yol açmıştır. Plansız ve çarpık yapılaşma ekonomik problemler ortamında sağlıklı bir toplumsal hayatın devamına imkan veren sosyal tesislerden yoksun bir kent yapısı ortaya çıkarmıştır. Gebze’nin hızlı kentleşme sürecine maruz kalması, nüfusun kent ve kamu hizmetleri gereksinmelerinin karşılanmasında yetersizliklerin görülmesine neden olmaktadır. Kısacası, bugün Gebze’de konut, sağlık, altyapı alanlarında yoğun bir şekilde karşılaşılan gereksinimlerin arkasında 1975 yılından itibaren yaşanan hızlı bir kentleşme yatmaktadır.

Sağlık hizmetleri bir toplumun sağlık statüsünü etkileyen öğelerden sadece biridir. Sağlık politikaları belirlenirken diğer sektörlerin sağlık üzerindeki etkisini göz önüne alan bir anlayışın gelişmesi gerekmektedir. Türkiye’de özellikle demografik temele dayanan hızlı kentleşmenin meydana getirdiği sorunlardan biri de sağlık hizmetleri sunumundaki aksaklıklardır. Türkiye’nin en zengin 100 ilçesi arasında İstanbul Şişli, Bakırköy ve Ankara Çankaya’dan sonra dördüncü sırada bulunan (Gebze Belediyesi; 2003: 120) Gebze, Türkiye’nin her tarafından göç almakta ve hareketli olan nüfus yapısı genelde alt gelir gruplarından oluşmaktadır. Mevcut nüfus yapısı itibarıyla kamunun vereceği sağlık hizmetlerine, özellikle koruyucu sağlık hizmetlerine çok daha fazla ihtiyaç duyulmaktadır. Ancak giderek artan sağlık ihtiyaçlarına mevcut yapı (personel ve alt yapı) ile cevap vermek gün

geçtikçe zorlaşmaktadır. Mevcut sağlık kurumları Gebze nüfusunun ihtiyacını karşılayamamaktadır.

Gebze'nin temel sağlık sorunları arasında hava kirliliği, çevre kirliliği, sosyoekonomik yapıdaki yetersizlik, alt yapı eksikliği yer almaktadır. Ayrıca sağlık kurumlarında yeterli personelin bulunmaması, sağlık hizmetlerinin sunulmasında eksikler oluşturmaktadır. Gebze'nin karşı karşıya olduğu sağlık sorunlarını daha iyi görebilmek için Temel Sağlık Hizmeti(TSH) birimlerindeki Sağlık ocağı başına düşen nüfus, Sağlık ocakları ve Sağlık Evleri Doluluk Oranları, Erişkin ölüm risk oranı, 5 yaş altı çocuk ölüm oranı, 1 yaş altı bebek ölüm oranı, bağışıklama oranı ile Yataklı Tedavi Hizmeti(YTH) birimlerindeki Sağlık insangücü oranı, Hekim Başına Düşen Poliklinik Sayıları, Yatak Başına Düşen Nüfus, Yatak İşgal Oranı, Ortalama Kalış Süresi gibi bazı temel sağlık göstergelere bir bakmak gerekmektedir.

## Gebze'de Sağlık Göstergeleri

### 1. Sağlık Ocağı Başına Düşen Ortalama Nüfus

Sağlık hizmetlerini kişilerin yaşadıkları yerlere götüren, temel olarak onların hastalanmadan önce korunmalarını öncelik olarak belirleyen ve bu amaçla koruyucu sağlık hizmetlerini sunan sağlık ocakları, Türkiye sağlık sisteminin temelini oluşturmaktadır. Sağlık ocakları, birinci basamak, evde ve ayakta tedavi hizmetleri ile koruyucu hizmetlerin sunulduğu hizmet birimleridir (Öztek, Z. ve Eren N.; 1997: 386). Nüfusun yoğun olduğu Gebze'de, sağlık ocakları çalışmalarını daha iyi organize edebilmek amacıyla Sağlık Grup Başkanlığı kurulmuştur. 1998 yılında kurulan Gebze Sağlık Grup Başkanlığı, 1992 yılına kadar Gebze Devlet Hastanesi başhekimleri tarafından yürütülmüştür. 1992 tarihinden itibaren İl Sağlık Müdürlüğü'nün ilçedeki sağlık teşkilatının en yetkili kurumu haline gelmiştir. Gebze Sağlık Grup Başkanlığı'nın 440 832 nüfuslu bölgesinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı 21 Sağlık Ocağı, 1 AÇS-AP Merkezi, 1 Verem Savaş Dispanseri, 1 Halk Sağlığı Laboratuvarı ve 80 yataklı Devlet Hastanesi hizmet vermektedir. Ayrıca 120 yataklı 1 SSK Hastanesi ve Dispanseri'de bölgede SSK'lı vatandaşlara hizmet vermektedir.

**Tablo 1. Kocaeli İli'nde sağlık ocaklarının ilçelere göre dağılımı, 2001**

İlçe	Nüfus	Sağlık ocağı sayısı	Sağlık ocağı başına düşen nüfus
İzmit	374 589	42	8 919
Gebze	425 507	17	25 029
Gölcük	98 508	12	8 209
Kandıra	41 908	7	5 986
Derince	103 372	7	14 767
Körfez	104 421	11	9 493
Karamürsel	44 907	4	11 226
Toplam	1 193 212	100	11 932

Kaynak: Ağustos 1999 Depreminin Dördüncü Yılında Kocaeli Tabip Odası Raporu

Tablo 1'de görüldüğü gibi, 2001 yılında nüfusu 1 193 212 olan Kocaeli ilinin çeşitli bölgelerinde sağlık ocağı sayıları nüfusa göre büyük farklılıklar göstermektedir. Özellikle, nüfusun en fazla ve yoğun olduğu Gebze bölgesinde sağlık ocağı sayısının sayısal yetersizliği açıkça dikkati çekmektedir. Nüfusu İzmit'ten bir hayli fazla olmasına karşın Gebze'deki sağlık ocağı sayısı İzmit'te mevcut sağlık ocağı sayısının yarısından az sayıdadır ve bir sağlık ocağı başına düşen nüfus, yaklaşık 25 bindir.

2003 Ev Halkı Tespit Fişine(ETF) göre nüfusu 440 832 olan Gebze sınırları içerisinde, 2003 yıl sonu itibariyle faal olmayan Dil İskilesi Sağlık Ocağı dışında toplam 20 sağlık ocağı bulunmaktadır. 2003 yıl sonu itibariyle 22 042 kişiye bir sağlık ocağı düşen Gebze'de, kişi başına düşen sağlık ocağı oranı hem Türkiye hem de Kocaeli'nin çok altındadır. Tablo 2'de görüleceği gibi, 2002 yıl sonu itibariyle ülke genelinde bir sağlık ocağına 12 057 kişi düşerken, Marmara'da 20 991, Kocaeli'de 13 351 kişi düşerken, faal 18 sağlık ocağı bulunan Gebze'de 22 607 kişi düşmektedir.

**Tablo 2. Bir sağlık ocağı başına düşen ortalama nüfus**

Yıllar	Türkiye	Marmara	Kocaeli	Gebze(*)
2000	11 461	19 434	13 195	25 076
2001	11 752	19 344	12 033	23 639
2002	12 057	20 091	13 351	22 607

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Genel Müdürlüğü 2000, 2001 ve 2002 Yılları İstatistik Verileri(www.saglik.gov.tr)

(\*) Bu ve bundan sonraki Tablo ve Grafiklerde kullanılan Gebze'ye ait Sağlık verileri, Gebze Sağlık Grup Başkanlığı'ndan alınmış ve tarafınca hesaplanarak tablo ve grafik haline getirilmiştir.

### 2. Köy Sağlık Evleri Doluluk Oranı

Sağlık evleri, her 2000-2500 nüfusa hizmet götürmek üzere kurulmuş, en uç noktada bulunan ve en küçük hizmet birimleridir (Öztek, Z. ve Eren N.; 1997: 386). Sağlık evlerinde tek başına bir ebe hizmet görmektedir. Sağlık evlerinde çok yönlü hizmet verilmekle birlikte ana-çocuk sağlığı ve kişiye yönelik koruyucu hizmetler başlıca yaptıkları işlerdir. Sağlık evleri teknik ve yönetsel açıdan sağlık ocaklarına bağlıdır. 224 sayılı yasaya göre, Sağlık evinin bulunduğu yerleşim yerinin(köyün), nüfusu istenilenden az ise, o sağlık evine yakındaki başka köyler de bağlanır. Bu durumda ebe, bağlı köylere de hizmet vermek durumundadır. Gebze'de, 8'i köy sağlık evi olmak üzere toplam 104 sağlık evi bulunmaktadır. Tablo 3'te görüleceği gibi ebese olmayan köy sağlık evi yüzdesi Türkiye ile paralellik arz etmektedir. Gebze'de Köy sağlık evlerinin sadece 1/4'ünde köy sağlık ebese bulunmaktadır. Başka bir ifade ile köy sağlık evlerinin doluluk oranı %25'tir

### 3. Sağlık ve İnsangücü Oranı (SAİG)

Mal ve hizmet üretiminde en önemli unsurlardan birisi de insandır. Mal ve hizmetin en az masrafla ve en kaliteli şekilde üretilmesi, o işle ilgili insangücünün nitelikli olmasına ve istenilen zamanda bulundurulmasına bağlıdır. İhtiyaç duyulan insangücünün nitelik ve niceliğinin belirlenmesi, insangücü planlaması ile mümkündür.

**Tablo 3. Ebesi olmayan köy sağlık evleri, 2002**

	Köy sağlık evi sayısı	Ebesi olmayan köy, sağlık evi sayısı	Ebesi olmayan köy,sağlık evi(%)
Türkiye	11 735	8 836	75.3
Marmara	1 444	891	61.7
Kocaeli	66	31	47.0
Gebze	8	6	75.0

Kaynak:Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma İstatistikleri, 2002(www.saglik.gov.tr)

Sağlık hizmetlerinin planlaması ve sunulmasında, sektörün kaynaklarından olan insangücünün planlaması önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık insangücü planlaması, makro ve mikro planlamayı içeren, insangücü arz ve ihtiyacını, insangücü dağılımını, personel standartlarını, görev tanımlarını, görev ihtiyaçlarını(hizmetin sunulabilmesi için gerekli bilgi ve beceriler) belirlenmesini ve tüm bunlarla ilgili denetim yapısını kurmayı kapsayan bir süreçtir. Mevcut durum analizi, gerekli veri tabanının oluşturulması ve projeksiyonlarının hazırlanması, stratejiler ve politikalar geliştirilmesi bu sürecin önemli aşamalarındandır (Bektaş, G. ve Arslaner, F.; 2000:42).

**Tablo 4. Sağlık ocakları ve sağlık evleri personel doluluk oranı(%), 2002**

	Hekim	Sağlık memuru	Hemşire	Ebe	Köy sağlık evi ebesi
Türkiye	43	19	27	29	25
Marmara	39	17	28	28	37
Kocaeli	45	21	31	24	53
Gebze	33	19	26	26	25

Not: 12.12.1995 tarih ve 22491 tarih ve sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Sağlık Ocakları Standart Kadrolarına göre kırsal kesimde hizmet veren sağlık ocaklarında Lab.Tek., ÇST, Ecz, Diş Tabibi Kadroları bulunmamaktadır. 2002 yılı çalışması 24.07.2001 tarih ve 24472 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Yatak ve Kadro Standartları Yönetmeliği ile Eki Cetvellerin değiştirilmesine Dair Yönetmeliğe göre hazırlanmıştır.

Tablo 4'te görüldüğü gibi, ne Türkiye ne de Gebze'de sağlık personeli sunumunda yeterlilikten söz edilebilir. İnsangücü planlaması yapılırken göz önünde bulundurulması gereken kriterlerden hiçbirine uyulmamıştır. Bizde "Batı bölgelerinde personel yığılması bulunmaktadır." şeklinde yaygın ama doğru olmayan bir

görüş vardır. Sağlık alanında ne Gebze ne de Kocaeli için bu görüşün doğru olması mümkün değildir. Türkiye, Marmara, Kocaeli ve Gebze'de personel doluluk oranları %50'lere bile yaklaşmamaktadır. Hatta gelişmiş batı ülkelerinde her 100 kişiden 10'u devlet kademesinde istihdam edilirken, bizde bu oran sadece %4,6'dır (Somçağ, S.; 2004). Nitekim aşağıdaki tablo da bu görüşü desteklemektedir.

**Tablo 5. Sağlık insangücü (2002)**

	Türkiye	Gebze
Hekim Sayısı	90 957	256
Hekim Başına Düşen Nüfus	773	1 662
Diş Hekimi Sayısı	15 866	24
Diş Hekim Başına Düşen Nüfus	4 432	17 729
Eczacı Sayısı	22 922	5
Eczacı Başına Düşen Nüfus	3 068	85 101
Sağlık Memuru ve Çevre Sağlık Teknisyeni Sayısı	45 560	61
Sağ. Memuru ve Çevre Sağ.		
Tek. Baş. Düşen Nüfus	1 543	6 976
Hemşire Say.	75 879	206
Hemşire Başına Düşen Nüfus	927	2 066
Ebe Say.	41 158	120
Ebe Başına Düşen Nüfus	1 708	3 546

Kaynak: DPT 2002 Yılı Personel Gelişimi İstatistiği (www.dpt.gov.tr) (\*)Kamu ve özel sektörde çalışan tüm personeli kapsamaktadır.

Sağlık personelinin arzi denildiğinde çoğu zaman akla doktorlar, ebe ve hemşire gibi yardımcı sağlık personeli gelmektedir. Türkiye hekim başına düşen nüfus bakımından da AB ülkelerinin gerisinde bulunmaktadır. Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) 2002 yıl sonu verilerine göre, 69 749 000 nüfuslu Türkiye'de toplam 90 957 hekim bulunmaktadır. Bu durumda hekim başına düşen nüfus sayısı 773'tür. AB ülkelerinde ise hekim başına ortalama 300 kişi düşmektedir. Yine 2002 yıl sonu itibarıyla Türkiye'de toplam 75 bin 879 hemşire bulunmaktadır. Hemşire başına 927 kişi düşüyor. AB ortalamasında ise bu rakam 200 civarında seyretmektedir.Tablo 5'te görüleceği gibi, Gebze'de tüm kamu ve özel sektörde çalışan toplam 256 pratisyen ve uzman hekim bulunmaktadır. 429 544 nüfuslu Gebze'de bir hekim başına ortalama 1 662 kişi düşmektedir. 1987 yılında ise Gebze sınırları içinde 2 250 kişiye bir doktor düşmekteydi. Gebze'de hekim başına düşen nüfus hem 773 olan Türkiye ortalamasının hem de 300 olan AB ülkeleri ortalamasının çok üstündedir. Hekim

**Tablo 6. Sağlık ocakları ve sağlık evlerinde çalışan hekim, ebe ve hemşire başına düşen ortalama nüfus, 2002**

	Türkiye	Marmara	Kocaeli	Gebze
Hekim Sayısı	14 956	2 395	286	53
Hekim Başına Düşen Ortalama Nüfus	4 708	7 651	4 448	8 105
Ebe* Sayısı	19 177	3 290	274	67
Ebe Başına Düşen Ortalama Nüfus	3 672	5 569	4 643	6 411
Hemşire Sayısı	11 364	1 593	233	45
Hemşire Başına Düşen Ortalama Nüfus	6 196	9 382	5 460	9 545
Sağlık Memuru Sayısı	6 298	843	120	19
Sağ. Memuru Başına Düşen Ort. Nüfus	11 181	21 736	10 602	22 608

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma İstatistiği, 2002(www.saglik.gov.tr) (\*)Ebe sayısı sağlık ocakları ve sağlık evlerinde çalışan ebe sayıları toplanarak elde edilmiştir.



başına düşen nüfusta yaşanan aşırı yoğunluk dış hekim, hemşire, sağlık memuru ve ebe başına düşen nüfusta da yaşanmaktadır. Bu yoğunluk en fazla bir eczacı başına düşen nüfusta yaşanmaktadır. Gebze'de bir eczacı başına düşen nüfus, Türkiye'dekinin neredeyse 30 katı kadardır. Eczacı'dan sonra en fazla yoğunluk dış hekiminde yaşanmaktadır. Gebze'deki dış hekimliğinde yaşanan yoğunluk Türkiye'dekinin neredeyse 4 katı kadardır. Gebze'deki sağlık memurluğunda yaşanan yoğunluk ta Türkiye ortalamasının 2 katından fazladır.

Gebze'de sağlık alanında yaşanan personel sıkıntısı, özellikle Sağlık ocaklarında daha fazla hissedilmektedir. Nitekim ülke genelinde sağlık ocağı ve sağlık evinde çalışan bir hekime ortalama 4 500 kişi düşerken, Gebze'de 8 000 kişi düşmektedir. Gebze'de sağlık ocaklarında çalışan bir hemşireye, Türkiye ortalamasının 1.5 katı kadar fazla bir nüfus düşmektedir. Sağlık ocaklarında en fazla yoğunluk sağlık memurlarında yaşanmaktadır. Türkiye genelinde sağlık ocağında çalışan bir sağlık memuru başına 22 608 kişi düşerken, Gebze'de 11 181 kişi düşmektedir. Gebze'de hekim başına düşen nüfus olarak en yoğun bölge 20 558 kişi ile Darıca Nenehatun Sağlık Ocağı bölgesidir. Benzer durum olarak Adem Yavuz Sağlık Ocağı bölgesinde 1 ebe başına 21 428 kişi düşmektedir. Nüfusu en az olan bölge Tavşanlı Sağlık Ocağı bölgesi olup, doktor başına 2 147 kişi, ebe başına 2 147 kişi düşmektedir.

#### 4. Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Oranı

Beş yaş altı çocuk ölüm oranı, gelişmişlik göstergelerinin başında gelmektedir. Ülkemizde beş yaş altındaki çocukların ölümünde 1960'lı yıllara göre azalma olsa bile, Türkiye hala çağdaş ülkeler düzeyinin altında bulunmaktadır. 1960 yılında 219 olan 5 yaş altı çocuk ölüm oranı, 2002'de 43'tür. DSÖ 2002 istatistik verilerine göre, Türkiye'de her 1 000 kişiden beş yaşın altında bulunan 44 erkek çocuğu ve 42 kız çocuğu ölüm riski taşımaktadır. Beş yaş altı çocuk ölüm oranı 4 olan İsveç, listenin başında yer almaktadır. Türkiye'nin yakın komşusu olan Yunanistan'da ise 5 yaş altı erkek çocuk ölüm oranı 7 iken, kız çocuk oranı 5'tir. Yine Türkiye, diğer bir komşusu olan Bulgaristan'ın neredeyse iki katı bir çocuk ölüm oranına sahiptir. Tablo 7'de görüldüğü gibi, 2002 yılı Gebze Grup Başkanlığı ölüm verilerine göre, Beş yaş altı erkek çocuk ölüm oranı %093 ve kız çocuk oranı %091 olup bu oran Türkiye ortalaması olan %043'ün neredeyse iki katı kadardır. 2001 yılından itibaren Gebze'deki beş yaş altı

çocuk ölüm oranları düşme eğilimi gösterse de bu oran hem Türkiye ortalamasıyla hem gelişmiş bütün ülkelerin çocuk ölüm oranları ile kıyaslandığında, Gebze'deki çocuk ölüm oranlarının çok çok alt seviyelerde seyrettiğini söyleyebiliriz.

#### 5. Bebek Ölüm Oranı

Ülkelerin gelişmişlik düzeylerini gösteren en önemli kriterlerden biri de bebek ölüm oranıdır(BÖÖ). Ülkemizde her yıl 1.5 milyon ile 2 milyon arasında yeni bebek doğmaktadır. 2000 UNICEF'in verilerine göre 5 yaş altı ölümlerinin yüzde 56'sını ise 1 yaş altı bebek ölümleri oluşturmaktadır. 1 yaş altı bebek ölümlerinin yaklaşık yarısını da ilk 1 ay içindeki yani yenidoğan dönemindeki bebekler oluşturmaktadır (Erşan, M.; 2000). 2002 UNICEF verilerine göre bebek ölüm hızı Belçika'da %05, Kanada'da %05, Danimarka'da %04, Norveç %04, İsveç'te %03, İspanya'da %04, İsviçre'de %05, Almanya'da %04, Japonya'da %03 civarındadır. Yine yakın komşumuz olan Yunanistan'da bebek ölüm oranı %05 ve Bulgaristan'da %014 olup her iki ülkenin bebek ölüm oranı Türkiye'ninkinden çok düşüktür. Anlaşılabileceği gibi gelişmiş batı ülkelerinin hepsinde bebek ölüm oranları binde 10'un altındadır. Buna göre, Türkiye'de bebek ölüm oranı AB ortalamasının 9 katından fazladır. 2002 yılı için %0 85 olan Gebze'deki bebek ölüm oranı, 2000 yılında binde 40 olan Türkiye ortalamasının neredeyse iki katı kadardır. 2001 yılından itibaren düzenli bir şekilde azalma eğilimi gösterse de Gebze'deki bebek ölüm oranı ne Türkiye ortalaması ne de gelişmiş batı ülkelerinin bebek ölüm oranları seviyesindedir.

#### 6. Bağışıklama Oranı

Gebze'de 'beş yaş altı çocuk ölüm oranları' ile 'bebek ölüm oranları' Türkiye ortalamasının çok çok yüksek olmasına rağmen, Gebze'deki bağışıklama oranları hem Türkiye hem de birçok gelişmiş batı ülke ortalamalarının üstünde olması, Gebze'deki aşılardan kalem aşısı mı olduğu sorusunu akla getirmektedir. Gebze'de her yıl nüfusunun yaklaşık binde 19'u kadar bebek dünyaya gelmektedir. Bu da yaklaşık her yıl 9 000 yeni bebek demektir. Bu bebekler, doğumlarından itibaren başlayarak, BCG aşısı ile tüberküloz hastalığına, karma aşı ile difteri, boğmaca, tetanos hastalıklarına karşı, polio aşısı ile çocuk felcine ve ayrıca kızamığa ve hepatit B hastalığına karşı da aşılanarak korunmaktadır. Sağlık Grup Başkanlığı bölgesindeki Sağlık Ocaklarının 2002 yılı içinde yaptıkları aşılarla göre bağışıklama oranları şöyledir (Tablo 8).

Tablo 7. 5 Yaş altı çocuk ölüm oranı (Binde)

	Gebze			Türkiye		
	Erkek	Kız	Ortalama	Erkek	Kız	Ortalama
2001	96	136	116	46	40	43
2002	93	91	92	44	42	43
2003	81	85	83	...	...	...

Kaynak: Sağlık Bakanlığı web sitesi, 10.05.2004

Tablo 8. Aşı oranlarının dağılımı (%), 2002

AŞILAR	BCG	DBT-3	OPV	Kızamık	HBV-3	TT 2
Türkiye	77	78	78	82	72	37
Marmara	82	79	79	86	73	25
Kocaeli	92	88	91	92	88	52
Gebze	94	93	93	97	92	46

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2002 Yıl sonu İstatistik Çalışmaları

### 7. Yatak Başına Düşen Kişi Sayısı

DPT ve Sağlık Bakanlığı 2002 yıl sonu verilerine göre, Türkiye’de toplam hasta yatak sayısı 179 bin 109, yatak başına düşen nüfus sayısı 392’dir. 2002 yılında AB ülkelerinde ise yatak başına 100 kişi düşmektedir. Aradaki fark yaklaşık 4 kat kadardır. Ülke genelinde, yıllar itibarıyla yatak sayısı artmakla beraber nüfus artış hızı nedeniyle yatak artış sayısı yetersiz kalmıştır.

Diğer tarafta 2002 yılı itibarıyla Gebze’de, 20’si Özel Sümeyya Hatun Hastanesi’ne, 40’i Özel Yüzyıl Hastanesi’ne, 19’u Özel Bayramoğlu Tevfik Kuşoğlu Hastanesi’ne, 120’si SSK Hastanesi’ne, 80’i Devlet Hastanesi’ne olmak üzere fiili toplam 279 yatak bulunmaktadır. Tablo 9’da görüldüğü gibi Milli Savunma Bakanlığı’na bağlı hastaneler hariç Türkiye genelindeki tüm kamu ve özel kuruluşlardaki yataklar hesap edildiğinde 10 bin nüfusa yaklaşık 23 yatak düşerken, Gebze’de 6.5 yatak düşmektedir. Sadece Sağlık Bakanlığın bünyesindeki yataklar baz alındığında ise Gebze’deki yatak sayısındaki yetersizlik daha da belirginleşmektedir. Nitekim Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerdeki yatak esas alındığında ülke genelinde her 10 bin kişiye yaklaşık 13 yatak düşerken, Gebze’de yaklaşık 2 yatak düşmektedir. Bu açıklık SSK hastaneleri için de geçerlidir. Türkiye genelinde yatak başına 392 kişi düşerken, 429 544 nüfuslu Gebze’de ise yatak başına 1 540 kişi düşmektedir. 1990 yılında toplam 60 yatak bulunan Gebze’de, yatak başına 4284.6 kişi düşerken, 1995 yılında ise 7003.8 kişi düşmekteydi. Rakamlardan da anlaşılacağı gibi Gebze’deki yatak başına düşen nüfus ülke genelinin yaklaşık 4 katı iken, Avrupa Birliği ülke ortalamalarının 14 katından daha fazladır. Halihazırda inşaatı devam etmekte olan 500 yataklı Gebze Devlet Hastanesi yakın gelecekte hizmete girecek olsa da yatak başına düşen nüfustaki yoğunluğun azalması için daha uzun yıllar geçmesi gerekecektir.

### 8. Yatak İşgal Oranı

Yatak işgal oranı, belirli bir süre içerisinde hastane yataklarının ne oranda hasta tarafından kullanıldığını gösterir. Türkiye genelinde 2002 yılı için hastanelerde yatan hastaların %51.0’ı Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde yatarken, %24,7’si SSK Hastanelerinde yatmıştır (**Sağlık Bakanlığı, 2002**). Ülke genelinde yetersiz olan yatak kapasitesine ilaveten, ülke genelinde yatak kapasite kullanım oranının %57 civarında olması durumun yetersizliğini daha da kötü hale getirmektedir. Bu oran, yanlış yer seçimi, insangücü ve makine-teçhizat eksikleri, hizmet kullanım alışkanlıkları gibi nedenlerle %60 civarında seyretmektedir. Oysa AB ülkelerinde bu oran %80-85 civarında gezmektedir. Örneğin, Almanya’da yatak işgal oranı %86.5, Hollanda’da %88.5, Fransa’da %80.4, Norveç’te %85.0, İsviçre’de %82.4’tür. Komşumuz Yunanistan da ise %72.0’dır (**Kurtuluş, S.; 1998: 242**). Kısacası, Türkiye yatak kullanım oranı yıllara göre değişse de ortalama %60 civarında seyretmektedir. 2002 yılında Kocaeli il genelinde yatak kullanım oranı %62.1 iken, Gebze ilçesinde ise %41’dir. 2002 yılında Türkiye genelinde SSK kurumlarında yatak işgal oranı %71.4 iken, Gebze’de ise %65.1’dir. Sonuç olarak, yatak kapasite kullanım oranı, ülkemizde çok düşük olduğundan, zaten yetersiz olan kaynaklar kötü kullanılarak büyük kaynak israfına yol açmaktadır.

### 13. Ortalama Kalış Süresi

Bir hastanın ortalama kalış gün sayısı, bir yatağın ne derece verimli kullanıldığını gösterir. Türkiye’de yatakların %60 civarında doluluk oranı ile kullanıldığı ve buna rağmen yatak olmadığı gerekçesi ile hastalar taburcu edilerek hastanede kalış süreleri 3-4 gün civarında tutulmaya çalışılmaktadır. Gelişmiş ülkelerde Ortalama yatış süresi 20 gün civarıdır. Örneğin, Almanya’da ortalama yatış süresi 16.6, Finlandiya’da 18.1, Hollanda’da 34.7,

Tablo 9. 10 bin nüfusa düşen yatak sayısı, 2002

	Genel				Sağlık Bakanlığı			SSK		
	Nüfus	Hast.	Yatak	10 bin nüfusa düşen yatak	Hast.	Yatak	10 bin nüfusa düşen yatak	Hast.	Yatak	10 bin nüfusa düşen yatak
Türkiye	69 749 000	1 114	162 235	23.26	654	88 827	12.74	120	28 979	4.15
Marmara	18 073 374	317	49 655	27.47	111	20 751	11.48	30	9534	5.28
Kocaeli	1 253 754	17	2 194	17.50	6	875	6.98	3	763	6.09
<b>Gebze</b>	429 544	5	279	6.50	1	80	1.86	1	120	2.79

Kaynak: Sağlık Bakanlığı YTH Genel Müdürlüğü, 2002, (\*) Milli Savunma Bakanlığı dışındaki tüm özel ve kamu kuruluşları kapsamaktadır.

İngiltere'de 15.0, İsveç'te 20.0, İsviçre'de 25.0'dır. Japonya'da ise 52.1'dir. Komşumuz Yunanistan'da ise 11.0'dır (Kurtuluş, S.; 1998: 242). 2002 yıl sonunda Kocaeli ilinde bulunan tüm özel ve kamu kuruluşlarında ortalama kalış süresi 4.7 iken, bu oran Gebze'de 2.82 gün olup gelişmiş günlerin neredeyse 1/7'i kadardır. 2002 yılında Türkiye'de ortalama kalış süresi ise 5.8'dir. Yine 2002 yılı için Türkiye genelinde SSK hastanelerinde ortalama kalış süresi 5.7 gün iken, Gebze SSK Hastanesi'nde 4.3 gündür.

Son olarak, yatak devir hızı, devir aralığı ve yatan hasta oranı, yataklı tedavi hizmetleri veren sağlık kuruluşlarındaki hizmetleri değerlendirmek için kullanılan sağlık göstergelerine de kısaca bir göz atalım. Hizmet değerlendirme kriterlerinden birisi de yatak devir hızıdır. Yatak devir hızı, belirli bir sürede yatak başına düşen ortalama hasta sayısını ifade eder. Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı hastaneler hariç Türkiye genel hastanelerinde 2002 yılı için %38.3 olan Yatak Devir Hızı, Kocaeli'de %48.6 iken Gebze'de ise %48.72 civarındadır. Devir aralığı, bir yatağın kaç gün boş kaldığını gösterir. Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı hastaneler hariç Türkiye genel hastanelerinde devir aralığı 3.7 iken, bu oran Kocaeli'de 2.8, Gebze'de ise bu oran 18.54'tür. Yatan hasta oranı, polikliniğe başvuran hastaların yatırılma yüzdesini gösterir. Yatan hasta oranı Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı hastaneler hariç Türkiye'de %4.4 iken, Kocaeli'de %4.1, Gebze'de ise %2.3'tür. Sağlık hizmet göstergelerinden olan Yatan Hasta Oranı'nın Türkiye genelinde olduğu gibi Kocaeli ve Gebze'de bu derece düşük çıkması, yataklı tedavi hizmetleri veren sağlık kuruluşlarının ayakta tedavi hizmeti veren poliklinikler gibi çalıştıklarını göstermektedir. Bir başka ifade ile birinci basamak dediğimiz koruyucu sağlık hizmetleri sunan Sağlık Ocaklarının ve diğer sağlık ünitelerinin gerçek manada işlemediğini göstermektedir.

### Sonuç Yerine

Plansız ve çarpık yapılaşma ekonomik problemler ortamında sağlıklı bir toplumsal hayatın devamına imkan veren sosyal tesislerden yoksun bir kent yapısı ortaya çıkarmıştır. Kentin yabadiği hızlı kentleşme süreci diğer alanlarda olduğu gibi kamu hizmet sunumunda birtakım aksaklıklara neden olmuştur. Aşırı yoğun bir nüfus barındıran ve işçi çalışanların çoğunlukta olduğu Gebze'de, bağışıklama oranı hariç diğer sağlık göstergelerinin Türkiye ve gelişmiş batı ülke ortalamalarının çok çok altında olduğu gözlenmiştir. Sağlık harcamaları ve sağlık hizmetleri arzının bir sonucu olarak yorumlanan ve "hayat kalitesi" göstergeleri adı altında da tanımlanan "bebek ölüm oranları" ve "beş yaş altı çocuk ölüm oranları"nın Gebze'deki durumu, Türkiye ve gelişmiş batı ülkelerinin ortalamasıyla karşılaştırıldığında, çok gerisinde olduğu görülmüştür. %0 85'lik Bebek Ölüm oranları ile Gebze, VIII.Beş Yıllık kalkınma planında %0 15 hedeflenen bebek ölüm oranından çok çok yüksek bir orana sahiptir. Sağlık göstergelerinden olan bebek ölümlerinde görülen aşırı yükseklik kendini beş yaş altı çocuk ölüm oranında da kendini göstermiştir. DSÖ 2002 istatistik verilerine göre, Türkiye'de her 1 000 kişiden beş yaşın altında bulunan 44 erkek çocuğu ve 42 kız çocuğu

ölüm riski taşımaktadır. Gelişmiş ülkelerde ise bu oran %0 10'un çok altındadır. Gebze'de ise beş yaş altı erkek çocuk ölüm oranı %093 ve kız çocuk oranı %0 91 olup bu oran Türkiye ortalaması olan %043'ün neredeyse iki katı kadardır. Oysa VIII.Beş Yıllık Kalkınma Planıyla beş yaş altı çocuk ölüm hızı %0 20'in altında hedeflenmiştir.Bebek ölüm hızı, beş yaş altı çocuk ölüm oranların yüksek olmasına karşın, Gebze'deki bağışıklama oranları Türkiye ortalamasının çok çok üstünde çıkmıştır. İlçede bağışıklama oranların bu derece yüksek olmasına rağmen bebek ve beş yaş altı çocuk ölüm oranlarında hızın yüksek seviyelerde seyretmesi düşündürücüdür. Çünkü aşı ile önlenemeyen bulaşıcı hastalıklar, çocukluk dönemindeki hastalıkların önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Ayrıca aşya devamsızlık oranı geçmiş yıllara göre daha az olmakla birlikte DBT-1 ve Kızamık aşıları %97-98'ler seviyelerinde seyrederken DBT-3'ün %93 ve BCG aşısının %94 seviyelerinde olması aşı devamsızlığının bulunduğunu göstermektedir.

Kentte, özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlar finansman, yönetim, organizasyon, insan gücü gibi çok farklı problemlerden kaynaklanmaktadır. Gebze'de I.Basamak sağlık hizmetleri sunumundaki eksiklerin başında personel açıklığı gelmektedir. Hekim başına düşen nüfusta yaşanan aşırı yoğunluk, hemşire, sağlık memuru ve ebe başına düşen nüfusta da yaşanmaktadır. Kentteki genel olarak %40'larda gezen doluluk oranının en kısa zamanda giderilmesi yerine hizmetlerde etkinlik ve etkililik ve kamu harcamalarında tasarruf adına sağlık çalışanlarının sözleşmeli statüye dönüştürülme projesi ne yazık ki varolan yarayı tedavi etmek bir yana daha da tahriş edeceğe benziyor. Bunun yanında, yıllardır ertelenen kamu yatırımlarının eksikliği özellikle birinci derecede hizmet veren sağlık kuruluşlarında hissedilmiştir. 2001 yılı için Kocaeli sınırları içinde nüfusun en fazla ve yoğun olduğu Gebze bölgesinde sağlık ocağı sayısının sayısal yetersizliği açıkça dikkat çekmektedir.

Koruyucu sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlar ikinci kademe sağlık hizmet kurumları olan yataklı tedavi kurumlarında da görülmektedir. Tedavi edici hizmetlere ayrılan paylar ile birlikte mevcut yataklı tedavi hizmetleri veren kurumların yeterli olduğundan söz etmek olanaksızdır. Tedavi edici hizmetlerde Türkiye genelinde yaşanan sıkıntı Gebze'nin de en önemli problemi olmuştur. Kamu hastanelerine gerekli önem verilmediğinden 1993'te başlanan 500 yataklı devlet hastanesi hala bitirilememiş ve göreve gelen yöneticiler de hep günü kurtarmanın hesabını yaptıklarından mevcut 80 yataklı devlet hastanesi, sağlık ocağı görünümünden birtürlü kurtulamamıştır. Devlet hastanelerinin sorunları yetmiyormuş gibi SSK hastanelerinin devlet hastanelerine devri gündemde tartışılmaya başlanmış, hatta devrin eşiğine gelinmiştir. Acaba mevcut haliyle kendi yükünü kaldıramayan Gebze'deki devlet hastanesi SSK'nın devrinden sonra bu yükün altından nasıl kalkacak merak konusudur. Gebze'deki yataklı tedavi hizmetleri veren hastanelerin toplam sayısı ve yatak kapasiteleri ihtiyacın çok çok gerisindedir. Kentteki Devlet hastanelerinin fiziki

yeterliliği bir yana, hastanedeki yatakların da istenilen verimlilikte kullanıldığından söz etmek mümkün değildir. Hastanedeki sağlık göstergelerinden olan ve belirli bir süre içerisinde hastane yataklarının ne oranda hasta tarafından kullanıldığını gösteren Gebze'deki "yatak işgal oranı", gelişmiş batı ülke ortalamalarının ve hatta Türkiye'nin çok çok gerisindedir. Gebze'deki düşük yatak işgal oranı, kişi başına düşen yatak sayısındaki yetersizliği daha da kötüleştirmektedir. Bir yatağın ne derece verimli kullanıldığını gösteren "ortalama kalış gün sayısı", yatak işgal oranında olduğu gibi Gebze'de düşük seviyede seyretmektedir. Türkiye genelinde yatak olmadığı gerekçesi ile hastaların erken taburcu edilmesi, yatakların %60 civarında doluluk oranı ile kullanıldığı Gebze'de de tekrerrür etmesi, hastanede kalış sürelerinin 3-4 gün civarında seyretmesine neden olmuştur. Hizmet değerlendirme kriterlerinden olan, bir yatağın kaç gün boş kaldığını gösteren "devir aralığı(gün)" ve belirli bir sürede yatak başına düşen ortalama hasta sayısını ifade eden "yatak devir hızı"nda karşılaşılan problemler, polikliniğe başvuran hastaların yatırılma yüzdesini gösteren "yatan hasta oranı"nda da görülmektedir. Sağlık hizmet göstergelerinden olan Yatan Hasta Oranı'nın Türkiye genelinde olduğu gibi Kocaeli ve Gebze'de bu derece düşük çıkması, yataklı tedavi hizmetleri veren sağlık kuruluşlarının ayakta tedavi hizmeti veren poliklinikler gibi çalıştıklarını göstermektedir. Bir başka ifade ile birinci basamak dediğimiz koruyucu sağlık hizmetleri sunan Sağlık Ocaklarının ve diğer sağlık ünitelerinin gerçek manada işlemediğinin bir göstergesidir.

Kentteki sağlık göstergelerinin bu derece düşük seviyelerde seyretmesini, merkezi teşkilatın doğal uzantısı olan Gebze'deki birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarındaki sağlık göstergelerini Türkiye'deki sağlık sisteminden bağımsız bir şekilde açıklamağa kalkmak bizi eksik yorumlara sevk edebilir. 1980'lerden sonra başlayan ve hemen hemen her alanda kendini gösteren özelleştirme furyasından, sağlık hizmetleri de nasibini almıştır. Devlet hastanelerine bir önceki koalisyon hükümetinden miras kalan ve özellikle temizlik hizmetlerinde epey bir süredir uygulanmakta olan özelleştirme modelleri, 2002'de genel seçimlerle iktidara gelen yeni hükümet ile yeni bir boyut kazanmıştır. İktidara hazırlanan yasaya göre sağlık hizmeti veren kamu kuruluşu kaynaklarını döner sermayeden karşılamak koşulu ile sözleşmeli personel çalıştırabilecektir. Getirilen yasanın eksikliği bir yana, acaba döner sermayesi düşük olan ve daima üvey evlat muamelesi yapılan birinci derecedeki sağlık hizmetlerindeki personel açıklığı nasıl giderilecek. Diğer tarafta, taslak halinde olan yerel yönetim reformu ile kamu sağlık çalışanlarının görevlerine devam edebilmeleri artık amirlerin iki dudağı arasında olacaktır. Ancak hükümetin getireceği sistemle kamu çalışanları bundan sonra yöneticilerin kuklası haline gelecek. En ufak bir görüş ayrılığında bile kamu çalışanının yaptığı işe bakılmaksızın, ki Türkiye'de bunun uygulamalarını çok sık yaşıyoruz, çalışanın işine son verilebilecektir. Üstelik bütün bunların hizmette etkinlik ve etkililik kisvesi altında yapıldığı iddia edilmektedir. İşin doğrusu yapılan pek tutarlı gözüküyor. Kimin daha verimli çalışıp

çalışmadığını ayırtetmede aciz kalan hükümet getirecek olduğu sistemle birçok memurunun, yönetim ile karşı karşıya gelmesine neden olacaktır. Sonunda işinden olan kamu sağlık çalışanları hakkını aramak için mahkeme salonlarına akın edecek. Başka bir ifade ile kamu işçilerinden sonra ekonomik darboğazda yaşayan memurlar da yeni sistemin kurbanı olacaklar. Yani kurunun yanında yaş da yanacaktır. Gerçi yerel yönetim yasının verimliliğin arttırmak adına yapıldığı söyleniyor. Hiçkimse verimliliğin, hizmetin düşük olmasının gerçek nedenini aramaya yeltenmiyor. Oysa mevcut işyükünün fazlalığı personele ekstra külfet getirmiş ve personelde "devletin işi hiç bitmez" görüşünün yerleşmesine neden olmuştur ve doğal olarak çalışmada isteksizlik başgöstermeye başlamıştır. Bu yüzden, çoğu sağlık kuruluşlarındaki sağlık çalışanları, yoğun işyükünden dolayı hastalara gerekli ilgiyi gösterememektedir. Tabi ki kamu personelindeki verimsizliğinin kaynaklarından birisi olan bu tespitin genelgeçer bir tespit olarak kabul görmesi beklenilemez. İşyükünün fazla olması da hiçkimseye hiçbir zaman işini ağırdan alma hakkını vermez. Burada şunu belirtmek gerekir ki rahatına düşkün, çalışmaktan kaçan bazı kamu görevlileri, dolaylı da olsa yasa tasarısına taraf olan kişilere kendi elleriyle haklı gerekçeler sağlamaktadırlar. İşyükünün fazla olmasının yanında, şimdiki sağlık sisteminin bu hale gelmesinde yıllardır ihmal edilen sağlık yatırımlarının zamanında yapılmaması da en önemli etkenlerden birisidir. Bütün bu eksikliklerden sonra sağlık sektörünü paylaşılmaya hazır bir pasta olarak gören ve hayatımızın en ücra köşelerine kadar sirayet eden kapitalist düzenin gözünü bu alana dikmiş olmasına hiçkimsenin şaşırması gerekir. Kısaca, Gebze'de nitelik ve nicelik bakımından sağlık alanında insan gücü yetersizliği mevcuttur. Mevcut personel etkili ve verimli kullanılamamaktadır. Etkili bir sağlık insan gücü planlamasına ihtiyaç vardır. Yıllar itibari ile nüfus artış hızı personel artış hızından kat kat fazla olduğundan mevcut personelle hizmet sunumunda aksaklıklara rastlanmaktadır. Hızlı kentleşmenin yaşandığı ve sağlık hizmet sunumunda aksaklıkların gözlemlendiği Gebze'de uzun dönemli gelişme hedefleri dikkate alındığında sağlık altyapısı ve insan gücü açıklarının kapatılmasına ihtiyaç vardır. Alt yapı eksikliğini gidermek, poliklinik hizmetlerini geliştirmek, halk sağlığını düzeltmek çevre sağlığına yönelik çalışmaları geliştirmek, hastalık öncesi kurumsal önlemler almak, sağlık kurumlarının tam donanımlı yeniden yapılanmasını sağlamak suretiyle Gebze'de sağlık sorunlarının aşılacağı düşünülebilir. Ancak Gebze'deki sağlık hizmet alanındaki aksaklıkların gerçek manada giderilebilmesi, Türkiye sağlık sisteminde hizmet sunumundan finansmana, insangücünden enformasyon sistemine kadar olan ilgili tüm alanlardaki eksikliklerin gözden geçirilmesi gerekir. Sonuçta, sağlık hizmetlerinin kaliteli, yaygın, sürekli, toplumun beklentilerine ve ihtiyaçlarına uygun olarak sunumu, sağlık hizmet basamakları arasında sevk sisteminin geliştirilmesi, toplumun sağlık durumunun iyileştirilmesi ve sağlık sektöründe görevli kuruluşların yeniden örgütlenmesi amacıyla sağlık sisteminde yapılmaya çalışılan sözde sağlık reformu yeni tartışmalara gebecektir.



## KAYNAKLAR

**Aktekin, M. ve Dedeoğlu, N.** (1995). "Antalya'da Gecekondu Bölgeleri ve Sağlık Sorunları", Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 10(66):12-13.

**Bal, H.** (2002). Kent Sosyolojisi, 2.baskı, İsparta: Fakülte Kitabevi.

**Bektaş, B. ve Arslaner, F.** (2000). "Sağlık Hizmetleri Sunumunda İnsan Gücü Planlamasının Yeri ve Önemi", Modern Hastane Yönetim Dergisi, 4(3):42.

**Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF)**, 2001-2004 İstatistik Verileri.

**Dedeoğlu, N.** (1996). "Türkiye'de Kentlerde Sağlık Sorunları", Toplum ve Hekim, TTB Yayını, Ocak-Şubat 1996, 11(71):54-56.

**Dünya Sağlık Örgütü(WHO)**, 2000-2002 İstatistik Verileri.

**Erkan, R.** (2002). Kentleşme ve Sosyal Değişme, Ankara: Bilimadamı Yayınları

**Erşan, M.** (2000). Bebek Ölümleri Azalıyor, Hürriyet Gazetesi, 22 Ağustos 2000.

**Gebze Belediyesi**, (2003). Bilim Sanayi ve Turizm Kenti:Gebze, İzmir: Gebze Belediyesi(Ak Ajans).

**Gebze Devlet Hastanesi**, 1999-2003 İstatistik Verileri.

**Gebze Sağlık Grup Başkanlığı**, 2000-2001 ve 2002 İstatistik Verileri.

**Gebze SSK Hastanesi**, 2001-2003 İstatistik Verileri.

**Işık, O.** (1999). "Kentlerde, Kentleşmeye ve 21.Yüzyılın Eşiğinde Türkiye Kentlerine Dair", Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 14(3):163.

**Kartal, S.K.** (1978). Kentleşme ve İnsan: Kentleşme Sürecinde İnsan Tutum ve Davranışlarında Meydana Gelen Değişmeler, Ankara, TODAİE Yayınları.

**Keleş, R.** (2000). Kentleşme Politikası, Ankara: İmge Yayınevi.

**Kılıçbay, M.A.** (2000). Şehirler ve Kentler, 2.baskı, Ankara:İmge Kitabevi.

**Kıray, M.** (1998). Örgütlemeyen Kent:İzmir, İstanbul: Bağlam Yayınları.

**Kongar, E.** (2003). 21.Yüzyılda Türkiye: 2000 Yıllarda Türkiye'nin Toplumsal Yapısı, 32.Basım, İstanbul: Remzi Kitabevi.

**Kurtulmuş, S.** (1998). Sağlık Yönetimi ve Hastane Yönetimi, İstanbul: Değişim Dinamikleri Yayınları.

**Öner, Ş.** (1998). "Kentleşme ve Modernleşmenin Siyasal Davranışlar Üzerindeki Etkisi", T.C.İçişleri Bakanlığı Türk İdare Dergisi, 70(420):67.

**Öztek, Z. ve Eren, N.** (1997). "Sağlık Yönetimi", Halk Sağlığı(Temel Bilgiler) içinde Münevver Bertan ve Çağatay Güler (ed), Ankara: Güneş Kitabevi.

**Somçağ, S.** (2004) "İşsizlik ve Çözüm Yolları", NTV'ye Sorun, 06.04.2004.