



*Türkiye'de
sağlık
hizmetlerini
ilgilendiren 70
dolayındaki
yasa arasında,
sağlık
politikamızın
ana kurallarını
belirleyen
yasaların en
önemli 224
sayılı "Sağlık
Hizmetlerinin
Sosyalleştirilme-
si Hakkındaki
Kanun"dur.*

Ulusal sağlık politikamız

Doç. Dr. Zafer Öztek

Türkiye'de bir sağlık politikası bulunmadığını söyleyenler vardır. Bu görüşe katılmak olanaklı değildir. Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin politikası bellidir. Ülkemizde olmayan, hizmetlerin plânlı gelişmesi ve iyi bir uygulamadır.

"Sağlık politikası" deyişi, hizmetin ilkelerini, ana hatlarını, stratejisini anlatır. Bir ülkedeki sağlık hizmetlerinin politikasını ise, yürürlükteki yasalar belirler. Türkiye'de sağlık hizmetlerini ilgilendiren 70 dolayındaki yasa arasında sağlık politikamızın ana kurallarını belirleyen yasaların en önemlisi 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun"dur. Çünkü bu yasa bir ilkeler yasasıdır.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi denildiğinde yalnızca bir örgüt yapısını akla getirmek eksik ve yanlış olur. Söz konusu yasa ve ona bağlı olarak çıkartılan mevzuat, yalnızca örgütü tanımlamakla kalmamış, sağlık hizmetlerinin nasıl sunulması gerektiği konusunda görüş de belirlemiştir. Bu görüşler, daha doğrusu ulusal sağlık politikamızı belirleyen yasanın ilkeleri şunlardır:

1— Sosyal eşitlik: yasanın birinci maddesi aynen şöyle demektedir: "İnsan Hakları Evrensel Beyannameinde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak maksadıyla tababet ve tababetle ilgili hizmetler bu kanun çerçevesinde hazırlanacak bir program dahilinde sosyalleştirilecektir."

Bu maddede belirtilen "sosyal adalete uygun" teriminin altını çizmek gerekir. O halde, Türkiye sınırları içinde yaşayan herkes, her tür sağlık hizmetinden eşit olarak yararlanacaktır. Bu konu anayasamızda da belirtilmiştir. Aynı ilke

sunulmasıdır. Bir başka deyişle Türkiye'de sağlık hizmetleri sürekli olarak sunulacaktır. Bu ilke yerleşik, planlı ve programlı bir hizmet sunmayı gerektirir. İşte sağlık ocaklarından başlayıp bölge hastanelerine, il hastanelerine ve özel dal hastanelerine kadar uzanan hizmet ağı, bu ilkeye göre örgütlenmiş bir modeldir.

4— Entegre sağlık hizmetleri: Türkiye'de sağlık hizmetleri, 1961 yılına kadar "geniş bölgede tek yönlü hizmet" modeline uygun olarak örgütlenmişti. 1961 yılında kabul edilen Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun bu politikayı değiştirerek "dar bölgede çok yönlü hizmet" ilkesini getirmiştir. Bir başka deyişle, 1961 önce-sindeki dikey örgütlenme modeli 1961 yılında "yatay örgütlenme" modeline dönüştürülmüştür.

Buna göre sağlık ocaklarında verem, trahom, lepra, sıtma, ana-çocuk sağlığı gibi her türlü koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmeti bir arada, aynı ekip tarafından verilecektir.

Entegre hizmetlerin bazı üstünlükleri vardır. Bu tür hizmetlerde, kişi değil, aile ya da toplumun tümü söz konusudur. Yine bu tür hizmetlerde, kişinin her türlü sağlık sorunu bir bütün olarak ele alınır. Entegre hizmetlerin halk tarafından kullanımı da kolaydır. Çünkü vatandaşın başvuracağı bir tek kuruluş vardır. Dikey hizmetlerde vatandaş alacağı hizmetin türüne göre değişik kuruluşlara başvurmak durumundadır. Yatay örgütlenmede ise vatandaş, her türlü sağlık hizmetini almak için aynı kuruluşa, yani sağlık ocağına başvurmak durumundadır.

Entegre hizmetler vericiler açısından da bazı kolaylıklar getirir: Zamandan, personelden, araçtan, yakıttan ve paradan ekonomi sağlar. Ulusal sağlık politikamızın ilkelerinden olan bu nokta Alma-Ata Bildirgesinde de yer almıştır.

5— Kademeli sevk sistemi: Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi bir hizmet ağını tanımlar. Bazı kişilerin anladığı gibi sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri yalnızca sağlık ocaklarında sunulan hizmetler anlamına gelmez. Burada başlayan hizmet ikinci ve üçüncü basamağa kadar uzanır. Bir başka deyişle sağlık ocakları olanakları ile vatandaşa hizmet vermek olanaklı değil ise, bu kişinin daha yukarıya sevk edilmesi gerekecektir. İşte yasanın ve ona bağlı mevzuatın getirdiği ilke, sağlık ocaklarından bölge hastane'lerine ve oradan da il hastanelerine ve özel dal hastanelerine hasta sevkini öngörmektedir. Böylece tabandan yukarıya bir hasta akımı, ama bunun karşılığında, yukarıdan tabana, hastayla ilgili bir bilgi akımının olması beklenir (feed-back).

Bu model dünyanın pek çok ülkesinde uygulanan bir modeldir. Ulusal sağlık politikamızın bu çok önemli ilkesini biraz daha açmak gerekir. Bu ilke, aynı zamanda hastanecilik hizmetlerimizin de yararınadır. Çünkü sağlık ocakları, hastanelerin önünde bir filtre görevi görmektedir. Sağlık ocaklarına başvuran yüz hastadan beşinin ya da onunun

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) anayasasında ve 1978 yılında yayınlanan ALMA—ATA Bildirgesinde de vardır. (1)

2— Birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi: Yukarıdaki ilkenin gerçekleştirilmesi sağlık hizmetlerinin halkın yaşadığı uç noktalara kadar gitmesini gerektirir. Bu durumda hizmetler, köylere, giderek mezralara kadar uzanan bir örgüt içinde sunulacaktır. Bunun gereği olarak ulusal sağlık politikamızı belirleyen yasa, hizmetlerin nüfusa orantılı olarak örgütlenmesini ilke olarak kabul etmiştir. Bu ilkeye göre yönetsel bölünme önemli değil, nüfusun yaşadığı yer ve nüfus yoğunluğu önemlidir. Yasaya göre, her beş on bin nüfusa bir sağlık ocağı kurulur. Yasanın ikinci maddesinde belirtildiği gibi, bunların il içinde yönetsel bölünmeye uyması gerekmez.

Belirtilen ilke ile birlikte ele alınması gereken bir başka nokta da gezici sağlık hizmetleri ilkesidir. 224 sayılı yasanın nasıl uygulanacağını açıklayan 154 sayılı yönergede açıkça belirtildiği gibi, gerek koruyucu hizmetler gerekse iyileştirici hizmetler yalnızca sağlık ocaklarının dört duvarı arasında verilmeyecek, aynı zamanda bina dışında, ailelerin evlerinde ya da toplu yaşanan diğer yerlerde de sunulacaktır. Bu yönergeye göre, örneğin, ana-çocuk sağlığı hizmetlerini veren ebeler, belli bir programa uyarak aile ziyaretleri yapacak, bu hizmetleri evlerde vereceklerdir. Yine aynı yönergeye göre ocak hekimleri, sağlık ocağı dışında, köylerde, mezralarda ya da toplu yaşanan diğer yerlerde, belli bir program uyarınca poliklinik hizmetlerini yürüteceklerdir.

3— Sürekli hizmet : Ulusal sağlık politikamızın önemli ilkelerinden biri de herkese, her yerde ve her zaman hizmet

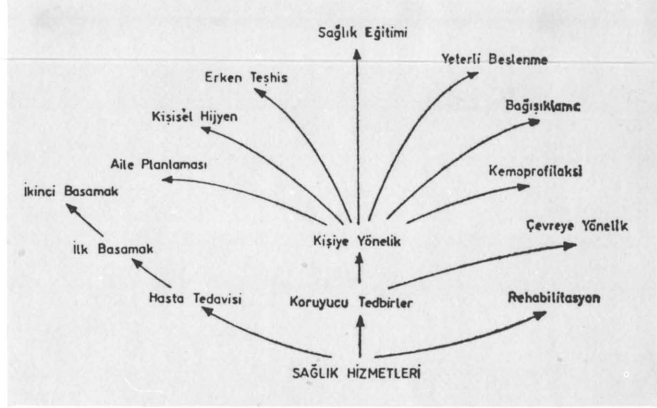
toplum ve hekim

hastanelere sevk edildiği istatistiklerle bilinen bir gerçektir. Eğer sağlık ocaklarının bu süzme görevi olmasa idi, kuramsal olarak yüz hastanın hepsinin hastanelere başvurması gerekecekti. Oysa, yüz hastanın 90'ına hizmet veren sağlık ocakları hastanelerin yükünü yüzde 90 azaltıyor demektir. Eğer sağlık ocakları olmasa idi, bu hastalar ya hiçbir sağlık kurumuna başvurmayacak ya da hastanelere başvuracaklardı. İkinci seçenek gerçekleştiğinde hastanede çalışan uzmanlar birer pratisyen hekim gibi çalışıyor olacaklardı. Çünkü bir pratisyen hekimin kendini yetkili bulacağı hastalık türlerine bakmak durumunda kalacaklardı. Öyleyse sağlık ocakları, hastanelerdeki uzmanların daha verimli ve uzmanlık dallarına uygun olarak çalışmalarını da sağlayacak niteliktedir. Bu modelle aynı zamanda hastanelerdeki uzmanların hastalarına ayırdıkları zaman da artacaktır. Aynı zamanda hastanelerdeki hasta yığılmaları önlenmiş olacaktır. Bu durumda, sağlık ocaklarının geliştirilmesi ve desteklenmesi, hastanelerin yararına bir iş olacaktır.

6— Ekip hizmeti: Galenos'ton önceki dönemlerde hekimler belki tek başlarına hastalarının her türlü muayene, tedavi ve bakımlarını karşılamaya yetmekte idi. Zamanımızda sağlık hizmetleri o kadar gelişmiş ve genişlemiştir ki, bu alanla ilişkili meslek türlerinin sayısı yüzü aşmıştır. Artık sağlık hizmetlerinin yalnızca hekimler ya da başka bir meslek üyesi tarafından yürütülemediği tartışma götürmeyen bir gerçektir. Bu nedenle, sağlık hizmetleri değişik alanlarda eğitim görmüş ve dolayısıyla değişik bilgi ve beceriler edinmiş kişilerden oluşan bir ekip tarafından verilebilir. Öyle ki, bu ekip üyelerinin sunduğu hizmetler bir araya geldiğinde sağlık hizmetlerinin bütünü ortaya çıkacaktır. Bu görüşün ışığı altında sağlık hizmetlerinde ekip kavramı şöyle tanımlanabilir: "Bilgi, beceri, yetki ve sorumlulukları yönünden birbirlerini tamamlayarak, aynı amaç için, birlikte çalışan, benzer ya da farklı meslek üyelerinin oluşturduğu çalışma grubu."

Ekip kavramına 224 sayılı yasanın 10 uncu maddesinde değinilmiştir. Sağlık ocaklarında çalışan ekibin kimlerden oluştuğu ise 154 sayılı yönergede vardır. Buna göre her sağlık ocağında hekimden başka yeter sayıda hekimdışı personele de yer verilmiştir. Sözü edilen yönergede ekip üyelerinin her birinin görevleri ve sorumlulukları açık ve net olarak yazılmıştır.

7— Ana ve çocuk sağlığına öncelik: Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun, risk altındaki gruplara öncelik verilmesi ilkesini benimsemiştir. Ülkemizdeki risk gruplarının başında ana ve çocuklar gelir. Bu hizmetlerdeki ana, 15-44 yaşları arasındaki doğurğan kadınları, çocuk ise 0-6 yaşları arasındaki nüfusu anlatır. Yasanın bu ilkesine göre Türkiye'de ana ve çocuk sağlığı hizmetlerine öncelik ve ağırlık verilecektir. Bu hizmetler içinde doğum öncesi bakım, doğum hizmetleri, doğum sonu bakımı ve çocukların izlenmesi gelir. Bu işler içinde bağışıklama, çocukların gelişmelerinin izlenmesi ve sağlık eğitimi hizmetleri ağırlıklıdır.



8— Koruyucu hizmetlere öncelik: Bu ilke, Umumi Hıfzıssıhha Kanununda da vardır. Hatta Atatürk dönemindeki uygulamalarda SSYB'nin birinci görevinin koruyucu sağlık hizmetleri olduğu açık olarak bellidir. Ancak, daha sonraki dönemlerde bu ilkedeki sapılmış ve tedavi hizmetlerinin SSYB içindeki ağırlığı artmıştır. (2) İşte 1961 yılında, ulusal sağlık politikamızda yeniden bir değişiklik olmuş ve 224 sayılı yasa koruyucu hizmetlerin sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi içinde önemli ve ağırlıklı bir şekilde ele alınacağı vurgulanmıştır. İlgili yasa ve ona bağlı mevzuat gözden geçirilirse, özellikle sağlık ocaklarında çalışan ekibe verilen görevlerin pek çoğunun koruyucu sağlık hizmetleri olduğu görülecektir. Ancak bu hizmetlerin yalnızca bağışıklama ve çevre sağlığı hizmetleri olmadığı belirtilmelidir. Koruyucu sağlık hizmetleri arasında aile planlaması, erken tanı, kemoprolaksi, sağlık eğitimi, beslenmenin düzeltilmesi gibi daha başka hizmetler de vardır. Bir başka deyişle 224 sayılı yasa, sağlığın korunmasını, geliştirilmesini ve iyileştirilmesini öngörmüştür. İşte bu nedenle Türkiye'de sağlık hizmetleri yalnızca hastalara götürülen bir hizmet türü değil, hasta ya da sağlam olsun, toplumdaki her bireye götürülmesi gereken bir hizmet olarak örgütlenmiştir. Ulusal sağlık politikamızın ilkesi bunu gerektirmektedir.

9— Toplum katılımı: Sağlık hizmetleri bir sosyal hizmettir. Sosyal hizmetlerde halkın hizmete sahip çıkması, hizmetin başarısını olumlu yönde etkiler. Sağlık hizmetleri halk tarafından benimsendiği, bir başka deyişle bu hizmetler halka mal edildiği takdirde, başarı da artacaktır. Bunun yolu hizmetle ilgili olarak halkın görüşünü almaktır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin planlanması ve uygulanması aşamalarında her kademedeki halkın görüşüne başvurmak, halkla birlikte çalışmak bir ilke olmalıdır. Bu ilke Alma-Ata Bildirgesinde de vardır.

Bildirgeden 17 yıl önce çıkartılan 224 sayılı yasa, halkın katılımına değinilmiştir (3). Yasaya bağlı olarak 1969 yılında hazırlanan "Sağlık Ocağı Sağlık Kurulları Yönetmeliği" bu amaçla çıkartılmıştır. Buna göre her sağlık ocağı bölgesinde birer "sağlık ocağı sağlık kurulu" kurulacaktır. Ocak hekiminin başkanlığındaki bu kurulda köy muhtarları, imamları, öğretmenleri ve her köyden halk ta-

rafından seçilmiş birer kişi yer alacaktır. Kentlerdeki kurullarda belediye başkanları da kurul içinde bulunacaktır.

Yönetmeliğe göre bu kurullar, her üç ayda bir toplanacak ve yöredeki sağlık sorunlarını tartışarak kararlar alacaklardır. Bu kurulun asıl amacı, halkla örgüt temsilcilerini, yani ocak hekimini, zaman zaman da olsa bir araya getirmek ve sağlık hizmetlerinin tartışılmasını sağlamaktır. Bu kurullar halkın sağlık hizmetleri hakkındaki düşüncelerini ve görüşlerini almanın bir yöntemidir. Görüldüğü gibi kurul üyeleri aynı zamanda toplum liderleridirler. Bir başka deyişle, bu kurulların oluşturulmasındaki bir amaç da, toplum liderleri aracılığı ile halka ulaşabilmek ve aynı zamanda halkın görüşlerini bu liderler aracılığı ile alabilmektir.

10— İlaçların sağlanması: İyileştirici sağlık hizmetlerindeki temel noktalardan biri de gerekli ilaçların sağlanabilmesidir. Bu konudaki politikamız 224 sayılı yasanın 16 ncı maddesinde yer almıştır. Bu maddeye ve sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin uygulamasına baktığımızda, sağlık ocakları düzeyinde ilaçların başlıca üç yolla sağlanabildiğini görmekteyiz: Bunlardan birincisi, Bakanlık tarafından sağlanan ve halka ücretsiz olarak dağıtılan ilaçlardır. Bu ilaçlar hayat kurtarıcı ilaçlar olarak bilinir. Bunlar, özellikle yoksul hastalara ve ilaç sağlanamayan yerlerde herkese dağıtılabilmektedir. Hangi ilacın hayat kurtarıcı olduğu tartışmaya değer bir konudur. Örneğin zatiireli bir bebek için penisilin, hayat kurtarıcıdır. Ülkemizdeki uygulamada da bu görüş göz önüne alınmış ve hayat kurtarıcı ilaçlar listesi, geniş tutulmuştur.

İlaç sağlamanın bir diğer yolu döner sermaye kanalıdır. Buna göre, il içinde döner sermayesi olan hastaneler, Bakanlıkça ya da il sağlık müdürlüğünce belirlenen ilaçları sağlayacaklar ve sağlık ocaklarına göndereceklerdir. Sağlık ocaklarında hekim, gerekli ilaçları hastalara, döner sermaye makbuzu karşılığı satabilecektir. Burada amaç, hastanın eczane bulunan yerleşim yerine gitme zahmetinden kurtularak, muayene olduğu yerde ilacını sağlayabilmesi ve bir an önce tedavisine başlayabilmesidir. Bu uygulamanın bir başka avantajı da sağlık ocaklarına gelir sağlamaktır. Çünkü bu yolla sağlanan gelirlerin % 15'i sağlık ocaklarında harcanabilmektedir. Miktar az olmakla birlikte, günlük gereksinimlerin hızla karşılanabilmesinde bu miktar önemli olmaktadır.

Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinde ilaç sağlamanın üçüncü yolu, hekimin önerdiği ilaçları eczanelerden sağlamaktır.

11— Denetim ve hizmet içi eğitim politikası: Yönetimin vasgeçilmez öğelerinden biri de personel denetimi ve eğitimidir. Denetim, geleneksel teftiş anlayışından farklı olarak ele alınmalıdır. Denetim, aksaklığın belirlenmesi, bu aksaklığın nedeninin ortaya konulması ve bu nedenin ortadan kaldırılması için gerekli önlemlerin alınmasıdır. Bu önlemler destek, eğitim ya da ödüllendirme-cezalandırma biçiminde olabilir.

Bir yerdeki hizmetin aksayıp aksamadığını ortaya koyabilmek için, oradaki hizmeti denetlemekten sorumlu olan kişilerin oraya kadar gitmesi ve hizmeti görmesi gerekir. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi mevzuatında bu görev kademeli olarak ele alınmıştır. Örneğin, ebelerin denetiminden hemşireler, sağlık memurları ve ocak hekimleri sorumludur. Bu personelin sağlık evlerinde çalışan ebeleri denetleyebilmesi için gerekli zaman ve ulaşım olanakları da hazırlanmıştır.

224 sayılı yasanın 11 ve 12 inci maddeleri Bölge Hastanelerinin başhekimlerine ve hastanelerin uzmanlarına da denetim, daha doğrusu hizmet içi eğitim konusunda görevler vermiştir. Bu maddelere göre uzmanlar, ocak hekimlerinin mesleki bilgilerinin geliştirilmesiyle görevlidirler.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulamalarında denetimin daha etkin olarak yapılabilmesi için sağlık grup başkanlıkları düşünülmüştür. Bilindiği gibi özellikle büyük illerde, merkezdeki sağlık müdürleri ve müdürlükteki diğer sorumlu kişiler uç noktalara kadar giderek sağlık personeli denetleme olanağından yoksundurlar. Böylesine merkezi bir yönetim içinde denetim hizmetleri aksar. O nedenle yasa, sağlık müdürleri adına yönetim ve denetim hizmetlerini sürdürmek üzere "sağlık grup başkanlıkları" öngörmüştür. Buna göre her 8-10 sağlık ocağına ya da yaklaşık 100.000 nüfusa bir sağlık grup başkanlığı oluşturulur. Pratik anlamda sağlık grup başkanları, sağlık müdür yardımcılarını olarak ele alınabilir. Sağlık grup başkanlıkları, hizmetin sunulduğu yerde bulduklarından, hizmete daha yakındırlar ve o bölgede çalışan personeli denetleme olanağını, merkezdeki sağlık müdürlerinden daha çok bulabilirler.

12— Sağlık hizmetlerinde hiyerarşi politikası: 1961 yılına kadar sağlık hizmetleri "ilçe içinde bir bütün" olarak ele alınıyordu. Yani, ilçelerdeki hükümet tabipleri kaymakamlara karşı sorumlu idiler. Bir başka deyişle, sağlık hizmetlerinden ilçedeki asıl sorumlu olan kişi kaymakam idi. Hükümet tabibi ile sağlık müdürü arasındaki iletişim kaymakam aracılığı ile olabilmekteydi. 1961 yılından bu yana bu politikada değişiklik olmuştur. Şimdiki ulusal sağlık politikamıza göre, "sağlık hizmetleri il içinde bir bütündür". Yani valiler, daha önceden olduğu gibi SSYBakanlığının da kendi illerindeki temsilcileridir. Sağlık ve Sosyal Yardım Müdürü, vali adına hizmetleri yürüten kişidir ve aynı zamanda valinin sağlık danışmanıdır. Yukarıda değinilen sağlık grup başkanlıkları doğrudan sağlık müdürlüklerine bağlıdır. Sağlık ocaklarının da sağlık grup başkanlıklarına bağlı olduğu düşünülürse, 224 sayılı yasanın getirdiği ilke, sağlık ocaklarından başlayıp sağlık grup başkanlıklarına, sağlık müdürlerine ve valiye kadar uzanan bir örgütlenme modelidir. Bu yapı içinde kaymakamlar, doğrudan sağlık hizmetlerinin içinde görülmemektedirler. Ancak kaymakamların, diğer sektörlerin hizmetlerini yürüttüğü ve sağlık hizmetlerinin de diğer sektörlerin katkısıyla başarılacağı göz önüne alınırsa, kaymakamların sağlık hizmetlerindeki önemleri anlaşılır. O nedenle sağlık hizmetleri ve kaymakam arasındaki bağ kopmamalıdır. Öte yandan, kaymakam-

toplum ve hekim

ların hem ilçe hıfzıssıhha kurulu hem de ilçe disiplin kurulu başkanları olması nedeni ile sağlık hizmetlerindeki etkinlikleri sürecektir.

13— Sağlık hizmetlerinin tek elden yönetimi: 224 sayılı yasanın 8 inci maddesi aynen şöyle demektedir: "Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde, Milli Savunma Bakanlığına bağlı teşekküller hariç, amme sektörüne dahil kurumlara ait sağlık hizmetleri ilgili bakanlıklarca müştereken hazırlanacak tüzükte gösterilen esaslar dairesinde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından yürütülür.

Sosyal sigorta kanunları gereğince, sigorta muameleleri için lüzumlu belgeler Çalışma ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlıkları tarafından müştereken tespit olunan esaslar dahilinde sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri teşkilatınca tanzim edilerek işçi sigortaları kurumuna verilir."

Bu maddeden anlaşıldığı gibi, günümüzde tartışılması sürdürülen tek elden yönetim konusu 1961 yılında çıkartılan yasamızla sonuca bağlanmıştır. Aynı ilke 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununun 2'inci maddesinde de belirtilmiştir. Ancak bu maddelerin, daha doğrusu bu konudaki politikamızın uygulamaya geçirilemediği bir gerçektir.

14— Esnek Bir Planlama: Planlama bir süreçtir. Hiçbir plan başlangıçtaki gibi kalmaz; Uygulanır, değerlendirilir ve yeniden plan yapılır. O nedenle, planların esnek olması bir kuraldır.

Ülkemizdeki sağlık politikasının esaslarını belirleyen 224 sayılı yasa da bu ilkeye uygun düşünülüp kaleme alınmıştır. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulamalarını katı kurallar olarak anlamak yanlış olur. Bu kurallar zaman içinde, günün koşullarına uygun olarak değiştirilebilirler. Örneğin, yasa "beş on bin nüfusa bir sağlık ocağı kurulur" demektedir. Ancak, ülkenin nüfusundaki, insan gücündeki ve kaynaklarındaki gelişmeler sonucunda bu oran yeniden düzenlenebilir.

Bu konudaki ikinci örnek, sağlık ocağındaki ekibin oluşturulması ile ilgilidir. ekibi belirleyen yasanın 10 uncu maddesi bu konuda hiçbir bağlayıcı hüküm getirmemiştir. Maddede, hekim ve yeter sayıda yardımcı personelden söz edilmektedir. Bu nedenle, yasada belirlenen hekim, günün koşullarına uygun olarak pratisyen ya da uzman olabilir. Hekimdışı personel sayısında da zaman zaman uygun düzenlemeler yapılabilir. Nitekim yasanın kabul edildiği yıllarda ocaklarda dış hekim ve eczacı görevlendirilmesi söz konusu değilken bu konu daha sonra gündeme gelmiş ve ocaklara dış hekim ve eczacı atanabilmıştır.

15—Sektörler Arası İş Birliği: Bilindiği gibi Alma-Ata Bildirgesinde sektörler arası işbirliğine önem verilmiştir. Bildirge, bu konudaki düzenlemeleri ülkelere bırakmıştır. Alma-Ata Bildirgesinden 17 yıl önce kabul edilen 224 sayılı yasanın 22 inci maddesinde şöyle denilmektedir: "Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi faaliyetlerinin yürütülmesi

ve değerlendirilmesi konusunda Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına görüşlerini bildirecek, tavsiyelerde bulunacak ve bu konuda halk ve çeşitli kurumlar arasında işbirliği sağlayacak bir genel kurul teşkil edilir. "Bu kurulda, Devlet Planlama Teşkilatı, İşçi Sigortaları Kurumu, Türk Tabipleri Birliği, Türk Eczacıları Birliği, Türk Veteriner Hekimleri Birliğinin temsilcileri ile Üniversitelerin ve Bakanlıkların temsilcileri bulunur. Ayrıca bu kurulda, her ilde oluşturulan sağlık kurullarının birer temsilcisi de vardır." Görüldüğü gibi yılda bir kez toplanması öngörülen bu kurul, ülkenin pek çok sektörünün ve her ilin temsil edildiği bir genel kuruldur. Ancak 1983 yılından bu yana bu kurul yürürlükte değildir.

Merkezi düzeydeki sektörler arası işbirliğini böyle örgütleyen yasa, il ve ilçe düzeyindeki sektörler arası işbirliğini de valilere ve hıfzıssıhha kurulları ile sağlık ocağı sağlık kurullarına bırakmıştır.

SONUÇ

Sonuç olarak, Türkiye'deki sağlık politikasının ana kuralları 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'da belirtilmiştir. Sözü edilen yasanın ilkelere doğruluğu, Türkiye'ye uygunluğu ve sistemi kavramış yönetici ve sağlık personelinin bulunduğu yerlerde dünya çapında başarılı sonuçlar elde edileceği Türkiye'nin değişik yörelerinde ve değişik zamanlarda kanıtlanmıştır. Ancak, bu yasanın getirdiği kurallar değişmez kurallar değildir. Çünkü yasa, ülke sağlık sorunlarının çözümü için bir model önermektedir. Sorun çözmesi beklenen modeller, tıpkı canlı bir organizma gibi, toplumdaki değişimlere uyarlar. Ancak, sağlık hizmetlerimizde gözlenen aksaklıkları düzeltmeye çalışırken, uygulamadan doğan yanlışları, modele yüklememek gereklidir. En iyi sistemler, modeller bile, yeterli eğitimi görmemiş uygulayıcıların elinde başarısız olurlar.

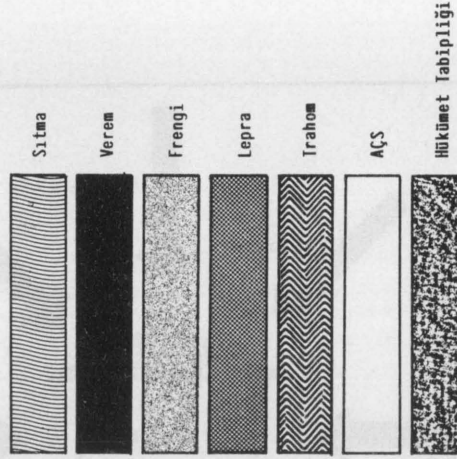
Ulusal sağlık politikamız doğru çizilmiştir. Sorun, yönetimin iyileştirilip etkinleştirilmesidir. Bu konuyu, Dünya Sağlık Örgütü'nün bir toplantısında en güzel biçimde dile getiren Dr. Henderson'a katılmamak elde değildir:

Çiçek hastalığı eradike edildi,
Şimdi sıra "kötü yönetimde."

KAYNAKLAR

1. Alma-Ata 1978 — Primary Health Care — Report Of The International Conference On Primary Health Care, World Health Organization, Geneva, 1978
2. Fişek, N. : Halk Sağlığına Giriş, H.Ü. — DSÖ Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını, No. 2, Ankara, 1983, s. 162.
3. Eren, N. : Alma-Ata bildirgesi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetleri. Hacettepe Üniversitesi, Toplum Hekimliği Bölümü Yayını, No.18, Ankara 1982.

1961 ÖNCESİ POLİTİKA:
GENİŞ BÖLGEDE, TEK AMAÇLI
HİZMET
VERTİKAL ÖRGÜTLENME

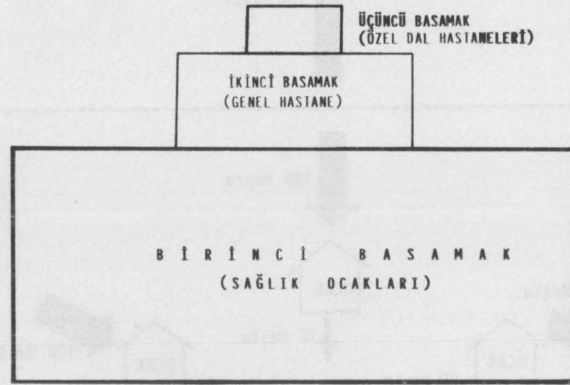


1961 SONRASI POLİTİKA:
DAR BÖLGEDE, ÇOK AMAÇLI
HİZMET
HORIZONTAL ÖRGÜTLENME
(ENTEGRASYON)

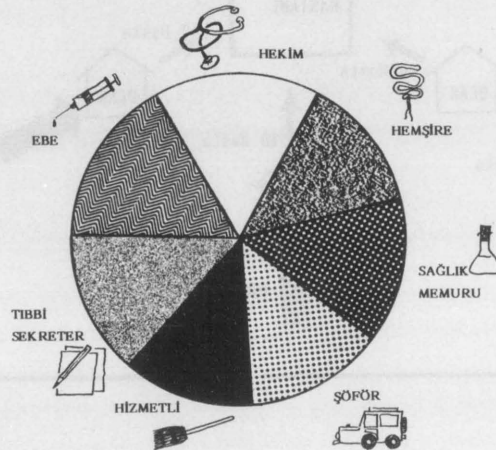


SAĞLIK OCAĞI

Entegre edilmiş
hizmetler

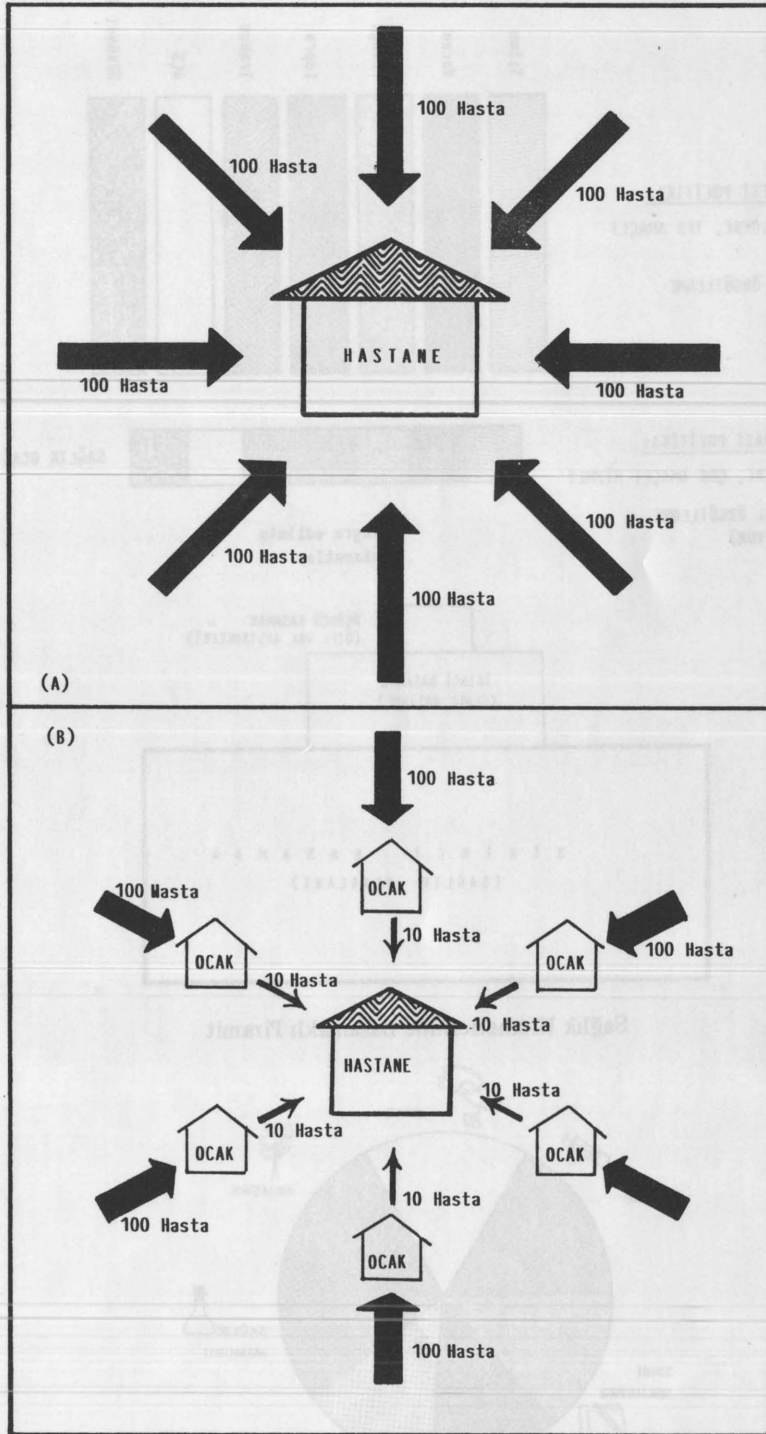


Sağlık Hizmetlerinde Basamaklı Piramit



Sağlık hizmeti bilgi beceri yetki ve sorumlulukları yönünden birbirlerini tamamlayan ve aynı amaç için bir arada çalışan değişik meslek üyelerinin hizmetlerinin toplamıdır.

toplum ve hekim



(A) Sağlık Ocakları kurulmamış ya da iyi çalışmıyor.

(B) Sağlık Ocakları iyi çalışıyor