

Toplum Sağlığı Açısından Sağlık Hizmetleri ve Örgütlenme Modelleri

Dr. Fikret Pamir

İnsan sağlığı, ötedenberi, çeşitli açıdan ve çeşitli maksatlarla değerlendirilmiş olsa da, toplumların faaliyetlerinde ve varlıklarının sürdürülmesinde gerek geleneksel müesseseler yoluyla ve gerekse kamu yönetiminde düzenlenen birtakım tedbir ve himaye sistemlerinin muhatabı olagelmıştır.

Günümüzde ise, sağlığın korunması veya bozulan sağlığın iadesine yönelik hizmetler «*Toplum sağlığı*» kavramı içinde gelişmekte, bu anlayışın gereği olarak da bütün bir toplumun sağlık hizmetlerinin oluşum ve gelişimine iştiraki ve *tababetin sosyal bir aktivite olarak benimsenmesi* zorunluğu savunulmaktadır.

Sağlığın ve sağlık hizmetlerinin bu tür bir kavram ve kapsam içinde ele alınması, beklenen bir sonuç olarak, sadece sağlık idarelerinin değil diğer bütün kamu müesseselerinin konuya ilişkin potansiyelinin koordine edilmeleri gereğini ortaya çıkarmış, diğer yünden de koruyucu sağlık hizmetleriyle tedavi edici hekimlik hizmetlerinin bir bütünlük içinde oluşumunu sağlıyacak politika biçimlerinin geliştirilmesini gerektirmiştir.

Bu giriş ve genellemeden sonra, günümüzde, sağlık hizmetlerini nasıl tanımladığımızı, hizmet biçimlerinin oluşum ve üretim akımını, maksada yeterli örgütlenme modellerinin genel prensiplerini tartışabiliriz.

«İnsan sağlığına zarar veren faktörlerin yok edilmesi, sağlığın geliştirilmesi, hastaların tedavisi, hastalık nedeniyle fiziki ve ruhi kapasiteleri azalan kişilerin işe ve çevreye alıştırılmaları» maksadıyla yapılan faaliyetlerin tümünü «*Sağlık Hizmetleri*» olarak bilmekte ve bunu da sosyal yardım ve sosyal refah hizmetleri ile desteklenen «*Koruyucu Sağlık Hizmetleri*» ve «*Tedavi edici Hekimlik*» hizmetleri olarak gruplandırmaktayız. Bu tanımlamadan, *hizmetlerin «çevreye» ve «kişiyeye» yönelen faaliyet toplamı* olduğu da anlaşılmaktadır.

Çevreye yönelik sağlık hizmetleri'nin bir bölümü tıbbi bir aktivite olmak, hekimlerin ve yardımcı sağlık personelinin hizmet ala-

nına girmekte ve koruyucu sağlık hizmetlerinden sayılmakta ise de, bu alan, özellikle gelişmiş endüstriyel toplumlarda hemen bütün özel veya kamusal kurum ve kuruluşların katılması gerekli çabalarını içeren bir görünüm kazanmış bulunmaktadır. «Çevre sağlığı» olarak tanımlanan bu hizmetler grubu, endüstriyel-tarımsal artıklar, gıda endüstrisi ve plastik kaplar, suların ve havanın simik ve nükleer artıklardan arınması, gürültü gibi dün bilinmiyen veya bilincine varılmayan teh'ikeler alemi, insanı konu olarak alan tıp mesleği ve mes'ek mensubu hekimlerin formasyonu ile zıtlasmaktadır. Mülti-disipliner bir organizasyon gerektiren bu savaşta hekimlerin görevi, insan sağlığının korunması için çevrede nelerin bulunmaması gerektiğini tesbit ve ifade etmek olacaktır.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin «Kişiyeye yönelik» faaliyetleri ise sağlam kişilerin erken teşhis maksadıyla periyodik muayeneleri, duyarlı kişilerin aşılınması, çevresel zararlı etkenlerden ve genel olarak sağlığa karşı faktörlerden korunma hususunda eğitim şeklinde özetlenebilir ki bunlar tıp mensuplarının görevi içindedirler.

Hasta insanın hastalığına yönelik sağlık hizmetleri «Tedavi edici tıp veya hekimlik hizmetleri» olarak bilinir. Ve genel olarak, çoğu zaman memleketimizde olduğu gibi gözden kaçsa da, iki kademededir: İlk kademeyi hastanın ilk başvurduğu veya vurması gerektiği hekim tarafından yapılan hizmetler, ikinci kademeyi de ilk kademeden gönderilen veya kendiliğinden başvurduğu hastanelerde yapılan konsültasyon veya tedavi hizmetleri teşkil eder. Bellidirki tedavi edici hizmetlerde hekimlerin inisiyativ ve sorumluluğu, koruyucu hizmetlere nazaran daha geniş ve belirgindir.

Kişiyeye ve çevresine ilişkin sağlık hizmetlerini bu şekilde tanımlayıp açıkladıktan sonra, genel olarak «Sağlık politikaları» ve bu politikaların uygulama aracı olacak olan «Örgütlenme modellerini» gözden geçirebiliriz.

Herşeyden önce şu hususu belirtmek gerekecektir ki, temelde insan sağlığının korunması gibi bir amaç birliği olsa da, her toplumun sağlık politikası, sağlığa ilişkin hizmetler planlaması ve nihayet örgüt biçimi, o toplumun kişisel ve toplumsal sağlık anlayışına, sağlık anlayışının tarihi süreç içinde geçirdiği aşamalara, sosyo-ekonomik sorunlar içinde yer aldığı önem ve önceliğe, toplumların geleneksel temayüllerine ve nihayet siyasi tercihlerine göre farklılıklar gösterecektir. Bu, bütün dünyada olduğu gibi ulusumuz için de böyle olmuş ve olmaktadır.

İnsan sağlığının korunmasına, bozulmuşsa iadesine yönelik faaliyetler toplamı olan sağlık hizmetleri örgütünün, «*koruyucu ve tedavi edici hizmetleri toplum sağlığı kavramında birleştiren, her ihtiyaç duyulan yerde ve herkese, olanaklarına bakılmaksızın, eşit şartlarda bu hizmetlerden yararlanma olanağı sağlamak*» olan genel hedefini unutmaksızın, hemen bütün dünyada ideal hizmetler için yeterince olmayan tıbbi hekim gücünü en iyi şekilde değerlendiren ve toplum için en az külfet yükliyecek biçimde oluşturulması gereklidir.

Tartışılması gereksiz olan husus, *hekimlerin geleneksel hizmetinin hasta muayene ve tedavisi oluşudur*. Bu günde, yanında hekimlerin temel görevlerinden biri ve başlıcası bu olacaktır. Ancak, kişiyi hastalıklardan koruma ve hastalıkların semptomsuz dönemde erken teşhisinin, hastaların tedavisinden daha önemli bir hizmet olacağı bilincine varılmasıyla, sağlık hizmetlerinin kişisel olduğu kadar toplumsal karakteri ve sosyal yönleriyle benimsenmesi, hekimlere *yeni sorumluluklar* yüklenmesini gerektirmiştir. Geleneksel hekimliğin (tekbaşına çalışan-solopractitioner) toplumsal hekimliğe dönüşümü, hizmetlerin yürütümünde ekip çalışması zorunluğu, neticede hekimlerin sorumluluğunda *hekimlik hizmetlerinden bir kısmının yardımcı personele* (hemşire-ebe-sağlık memuru vd.) ve çevre hizmetlerinden çoğunun ise sağlık mühendislerine, veteriner, kimyager ve fizikçi gibi bu alanda formasyon kazanmış gruplara dağıtımını gerektirmiş bulunmaktadır.

Bu genellemeden sonra, «Sağlık hizmetlerinin oluşumunda belli başlı Örgüt modelleri»nden söz edebiliriz:

Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin «Çevreye yönelik bölümünün» çeşitli meslek gruplarını kapsıyan mültidisipliner ve ağırlığının hekimlik dışı bir örgütlenme gerektirdiğini, açıklamıştık. Buna karşılık «kişiye yönelik» hizmetlerde örgüt biçiminin toplum temayüllerine ve mevcut insan gücüne geniş şekilde bağlı olacağını görüyoruz.

— Kişiye yönelmiş koruyucu sağlık hizmeti *tek başına çalışan hekimin* tedavi hizmetleriyle birlikte yürüttüğü bir hizmet şeklinde olabilir. Aşılama, periyodik muayene, gebelik önü ve sonu kontroller, sağlık eğitimi (Batıda yaygın Aile Hekimi buna örnek olarak gösterilebilir.)

— Ancak, açıkça bellidir ki, bu tür bir hizmet bu çapta bir faaliyet ile çok sınırlı kalmaya ve soruna tüm toplum için çözüm getirmeye el vermez. Bu nedenle bu hizmet *kamu otoritelerince kurulan örgütlerle* ve çoğu zaman karşılıksız sağlanır.

Örgütlenmede, genellikle, iki model söz konusudur:

- a. *Tek Yönlü* : Tbc. dispanserleri, Ana-çocuk Sağlığı Merkezleri, Trahum, Sıtma, Frengi savaşı vd.
Bu tür örgütlenme daha ziyade geçiş toplumlarında ve konunun o toplum için öncelik ve önemine bağlı olarak benimsenmiştir.
- b. *Çok Yönlü* : Çeşitli koruyucu halk sağlığı hizmetlerinin bir merkezde toplanması şeklinde belirir. Gelişmiş toplumlar ve tek yönlü organizasyonla kontrol altına alınabilmiş konular için tercih edilir.

Model ne olursa olsun, ülkenin ihtiyaç ve kaynaklarını, sağlık insan gücünü en iyi biçimde değerlendirmeye, hekim-yardımcı sağlık personeli (ve hatta) paramedikal insan gücü arasında belirli sorumluluklarla yürütüm zorunluğu vardır. Çin Modeli örnek olarak gösterilebilir.

Tedavi Edici Sağlık Hekimlik Hizmetleri için Az Gelişmiş ülkelerde herhangi bir örgütlenmeden söz etmek olanaksızdır. Oraya buraya geliş güzel serpiştirilmiş hastane veya sağlık merkezi tipi kurumlar ve genellikle büyük ve iktisadi aksiyonları belirli şehirlerde toplanmış tek başına çalışan hekimler, modelin modelsizliğini teşkil ederler. (*)

Gelişmiş ülkelerde, veya tedavi edici hizmetlerin varlığının sözü edilebilecek toplumlarda, ister «Milli Sağlık Hizmeti» biçiminde olsun, ister «Sosyal Sigorta»larca sağlanan şekilde olsun belli ve birbirinden az farklı modeller mevcuttur:

a. *İlk kademe hastabakım-tedavi hizmeti*, ya tek başına çalışan hekim (kamu idareleri veya Sigorta kurumları ile anlaşmalı), tek dal veya çeşitli branşlarda Grup pratiği hekimleri ya da sağlık merkezleri ve hastane polikliniklerince yürütülür. İlk iki uygulama daha çok gelişmiş ülkelerde son iki uygulama daha çok gelişmekte olan ve sosyalist ülkelerde görülmektedir.

Gelişmiş ülkelerde sosyal sigortaların hizmet örgütlenmesinde yer almaları ya da devletin sağlık hizmetlerinde sorumluluk yüklenmesi, *hasta-hekim*, *hasta-hastane ilişkilerinde* büyük bir değişiklik nedeni olmamış, sadece ücret alma sistemi değişmiştir. Buna karşı-

(*) İlk kademe örgütlenmesi hemen hemen yoktur, İkinci kademe hizmetler kurumları da birincinin yüküyle boğulmuş durumda.

lık *hekim-sigorta* veya *hekim-devlet ilişkilerinin* doğmasına sebep olmuştur ki bu ilişkiler, örgütlenmelerdeki temel karakter benzerliğine karşın oldukça farklıdır. İngiltere, Almanya, Norveç ve Birleşik Amerika gb. Buna karşılık İrlanda (bazı hususlarıyla Türkiyeyi andırır) sağlık hizmetleri alımı bakımından ilk ve ikinci kademelerde gelir gruplarına göre farklı katkılar yolunu benimsemiştir.

b. İkinci kademe tedavi hizmet kurumları *Hastanelerdir*. Hastaneler genellikle kamuya yada kar amacı gütmeyen kuruluşlara aittir.

Batıda hastaneler, acil haller dışında, birinci kademe hizmetlileri tarafından gönderilen hastalara konsültasyon veya tedavi hizmeti verirler. Finansmanları ya hükümetler (İngiltere) veya Sosyal Sigorta idareleri tarafından, sağlanır. Ücretler ise hükümet (hastane) - Sigorta İdaresi - Hekim Mesleki Kuruluşlarınca tesbit edilir.

Çağdaş Sağlık Örgütlenme ve yönetiminde, uzun yıllar tartışma konusu yapılmış olan «koruyucu hizmetler mi, tedavi edici hizmetler mi, hangisi devlet görevidir» konusu artık hemen hemen terkedilmiş, bu haklı benimseyiş özellikle *kişiye yönelik koruyucu hizmetlerle, ilk kademe hasta bakım hizmetlerinin birlikte yürütülmesi gereği* şeklinde belirlemiştir. Bu temayülü, «dar bölgede çok yönlü hizmet, olanaklar söz konusu olmaksızın eşit hizmet arzı, koruyucu hizmetlerle desteklenen erken teşhis ve tedavi olanakları, hastanelerle iş birliği halinde evde ve ayakta tedavi ve topluma yönelik sağlık eğitimi» sağlayacak bir örgütlenme ihtiyacı olarak özetliyebiliriz. İleri toplumların ulaştıkları, geçiş toplumlarının ulaşmak istedikleri hedef budur: