



[Ana Sayfa](#) | [Araştırmalar](#) | [Editör](#) | [Site Haritası](#)

[ENGLISH](#)

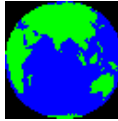
22 Ekim 2006 Pazar, İyi Gunler

[Bizden](#)

- Sosyal Hizmet Mesleği
- Mesleki Bilgiler
- SHU Yazıları
- SHU Yayınları
- SHU Araştırmaları
- SHU İsim Listesi
- Sosyal Hizmet Alanları
- Çocuk Refahı
- Gençlik Alanı
- Yaşlılık ve Sorunları
- Aile Sorunları
- Sosyal Sorunlar
- Engelliler ve Sorunları
- Tıbbi Sosyal Hizmet
- İş İlanları
- Kurum İlanları
- Elaman İlanları
- İş İlanı Verme
- Bireysel Gelişim
- Bireysel Gelişim
- NLP
- Toplam Kalite
- Beden Dili
- İletişim Bilgisi
- Halkla İlişkiler
- Ana-Baba Okulu
- Sosyal Bilimler
- Sosyoloji
- Psikoloji
- Sosyal Siyaset
- Sosyal Siyaset Bilgileri
- Kitap / Sanat
- Kültür/Sanat
- Kitap Tanıtımı
- İnsan Hakları
- İnsan hakları Bilgileri

Google

Web www.sosyalhizmetuzmani.org



KÜRESELLEŞME ve SOSYAL SAĞLIK

Prof.Dr.A.Gürhan Fişek*
Arş.Gör.Şenay Gökbayrak**

I. Giriş:

Yaşadığımız dönemde, hangi alanda olursa olsun yapılan tartışmaların başlangıç noktalarını küreselleşme ve etkileri oluşturmaktadır. Küreselleşmeyi ister kabul edelim, ister etmeyelim, küreselleşmenin yaşamımızın her alanını etkileyen bir süreç halini aldığı görülmektedir. Ancak, küreselleşme ile birlikte, giderek büyüyen bir kitlenin yaşam koşulları bozulmakta ve yoksulluk küresel bir hal almaktadır. Bu küresel sorunun çözümüne yönelik geliştirilen yaklaşımlar, soruna nereden ve nasıl bakıldığına bağlı değişmektedir. Artan işsizlik ve yoksulluk riskine karşı, sosyal güvenceye olan gereksinimi arttırırken, paradoksal olarak bu güvenceye en fazla gereksinimi olan grupların, güvence sisteminin dışında kaldığı görülmektedir. Bu sosyal dışlanılmışlık durumu, gerek gelişmiş gerekse de gelişmekte olan toplumlarda sosyal hizmetlere olan gereksinimleri arttırmaktadır. Ancak burada da küreselleşme, bu hizmetleri karşılayacak olan sosyal devletin finansal kaynaklarını eritmekte ve meşruiyetine saldırıda bulunmaktadır.

[Google Reklamları](#)

[Bu sitede reklam ver](#)

[Süreç Yönetimi - Sistema](#)

Süreç ve Performans Yönetimi Danışmanlık ve Yazılım Hizmetleri
www.sistema.com.tr

[ABD Vize türleri](#)

Tam destekle başvuru Tam uzmanlık, düşük fiyat
www.green-card-visa-usa.org?vize

○ Sitemiz hit ortalaması ile Ülkemizin en önemli mesleki web sitesidir.

[AÇIKLAMADIR](#)

Hızlı Erişim

Küreselleşme ve beraberinde getirdiği eşitsizlikler, en belirgin ve öncelikli etkisini insan ve toplum sağlığı üzerinde göstermektedir. Dolayısıyla, artan eşitsizliklere karşı çözüm yollarının geliştirilmesinde, sosyal sağlık göstergelerinin iyileştirilmesi öncelikli eylem alanları olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışmada, küreselleşme ve beraberinde getirdiği sosyal eşitsizliklere karşı çözüm yolu arayışlarında, sosyal hizmetlerin çağdaş sağlık anlayışı içindeki yeri, bu temelde kurumsallaşmanın

önemi analiz edilmeye çalışılacaktır. Bu analiz içinde, Türkiye için model bir kurumsallaşma önerisi geliştirilecektir.

II. Sosyal Hizmetlerin Kurumsallaşmasında Değişimler:

Kuzey- Güney Farkı

Yaşanan gelişmeler karşısında, gerek gelişmiş gerekse gelişmekte olan toplumlarda, geniş nüfus gruplarının yaşam koşulları üzerinde, sosyal hizmetler her geçen gün artan bir etkiye sahip olmaktadır. Özellikle batılı toplumlarda, sosyal hizmetlere olan gereksinim, nüfusun yaşlanması ve değişen aile yapısı- tek ebeveynli aile sayısında artış- gibi nedenlerden dolayı önemli ölçüde artmaktadır. Sosyal-kültürel çoğulculuk ve bireyselleşen yaşam koşulları, artmakta olan hizmet gereksinimini diğer yandan farklılaştırmaktadır. Bu aynı zamanda hizmetlerin sunum kapasitesini de sınırlandıran bir gelişme olarak karşımıza çıkmaktadır. Sosyal hizmetlerin, tarihsel gelişimi içinde önemli aktörler olan aile, sosyal devlet ve gönüllü kuruluşların, kaynaklarını akışkan hale getirmede önemli güçlükler ile karşılaşmaları görülmektedir(Taylor-Gobby 2001; Bahle,2003). Zor zamanlarda, temel dayanışmacı aktör olan aile,artan yükleri karşılamada etkisiz kalmakta, sosyal devletin finansal ve politik baskılar karşısında etkinliği yitirilmek istenmekte, gönüllü kuruluşlar ise gönüllü kapasitelerini geliştirilmesinde güçlükler ile karşılaşmaktadırlar. Dolayısıyla, sosyal hizmet sistemleri artan talep ve bu talebi karşılayacak sınırlı kaynaklar arasında sıkışmış durumdadırlar. Bu sorunlara nasıl bir çözüm geliştirilmek istendiği, çözümlerin farklı ya da benzer eğilimler eğilimler mi taşıdığı, bu noktada sosyal hizmetlerin kurumsallaşmasının nasıl bir değişim içinde olduğu yanıt aranması gerekli önemli sorular olarak karşımızda durmaktadır.

Avrupa Birliği (AB) ülkeleri düzeyinde, ilk bakışta sorunların benzerliği, sosyal hizmet politikalarının değişiminde de bir benzerliğe işaret etmektedir. Bu gelişmelerin bir yorumu, sosyal devletin sosyal hizmetler alanından "geri çekilmesi", bir başka deyişle özelleştirme, dezantaralizasyon ve sosyal devlet karması yani farklı aktörlerin bu alanda yer alması olarak tanımlanmaktadır. Dolayısıyla, sosyal hizmetlerin kurumsallaşmasının daha düşük düzeyde gerçekleşme eğiliminde olduğu gibi bir yoruma gidildiği belirtilmektedir(Fin,2001; Bahle,2003).

Bu noktada, öncelikli olarak tartışılması gerekli unsur, sosyal hizmetlerin kurumsallaşmasının ne anlama geldiğidir. Kurumsallaşmayı en genel anlamda, sosyal hizmetin sosyal olarak düzenlenme ve kontrol biçimi şeklinde tanımlamak olanaklıdır. Kurumsallaşma şunları gerektirmektedir(Bahle,2003):

- Sosyal alana ilişkin bir sorunun tanımı
- Bu soruna çözüm üretebilecek aktörlerin sisteme entegrasyonun, rollerinin ve birbirleri ile olan ilişkilerinin tanımlanması
- Finansman kaynaklarının dağılımı
- Yasal temelin oluşturulması
- Denetim mekanizmalarının oluşturulması

Bu kurumsallaşma basamaklandırılması içinde, sosyal devletin geri çekilmesi tezin savunuların işaret ettikleri değişimler, kendini en fazla aktörlerin sisteme entegrasyonu, rolleri, finansman kaynakları ve kontrol mekanizmalarında göstermektedir. Çeşitli AB üyesi ülkelerde gerçekleştirilen değişimler, ilk bakışta bu yöndeki bir yorumu haklı çıkarmakla birlikte, farklı tarihsel gelişim ve sosyal yapılaraya sahip olan ülkelerde, ortaya çıkan uygulamaların istenenin aksine daha yüksek bir kurumsallaşma ve hizmetlerde standartlaşmaya varıldığı görülmektedir. Bunun en belirgin örneklerini, Batı Avrupa'da, sosyal devlet geleneği açısından üç farklı iklimi temsil eden İngiltere, Fransa ve Almanya uygulamalarında görülmektedir. En radikal dezantaralizasyon ve beraberinde özelleştirmenin gerçekleştirildiği İngiltere'de bile, sosyal hizmetlerin finansman ve kontrolünün merkezi yönetimde kaldığı, bu alandaki gücün merkezileştirildiği görülmektedir. Burada olan, hizmetin sadece sunumunun özel ve gönüllü kuruluşlara bırakılması, sistemin temel belirleyicileri olan finansman ve kontrol mekanizmalarının kamunun elinde kalmasıdır. İngiltere dışında, Fransa ve Almanya'da da gerçekleştirilen düzenlemelerde, sosyal devletin bu alandan geri çekilmesi değil, tam aksine daha fazla belirleyiciliğe sahip olması durumu söz konusudur(Fin,2001; Bahle,2003).

Gelişmiş Batı Avrupa ülkelerinde yaşanan sorunlar karşısında sosyal güvence sistemlerinde yaşanan artan kurumsallaşmaya karşı, gelişmekte olan ülkelerde, bu hizmetlere

gereksinim duyan nüfusun daha fazla olmasına karşın, önerilen ve uygulamaya konulan modellerin tam tersi yönde bir gelişim gösterdiği görülmektedir. Bu modellerin ortak özelliklerine bakıldığında, kurumsal alt-yapıdan yoksun, en fazla gereksinim olanlara, en temel gereksinimlerini karşılamak üzere, yerel düzeyde örgütlenmiş, sosyal devletin boşluğunu kapatacak şekilde çok farklı aktörün uygulamada yer alması istenilen, hizmetin sosyal niteliği itibarıyla tartışılması gerekli model çalışmalar olduğu görülmektedir(Lund ve Srivinas, 2001; Barrientos,2002).

Yaşanan sorunların gelişmekte olan ülkelerdeki etkilerine karşın, gerçekleştirilmeye çalışılan uygulamaların kurumsallaşma açısından, Batılı ülkelerin tersine çok daha düşük kurumsallaşma düzeylerinde, adeta hizmete gereksinimi olanların kendi kaderi ile baş başa bırakacak şekilde olması, üzerinde dikkatle düşünülmesi gerekli bir konudur. Bu noktada, sosyal hizmetlere gereksinimi fazla olan ülkelerin çok daha bütüncül ve kurumsallaşma düzeyi yüksek modellere ve bu modellerin teorik alt-yapısını sağlamlaştıracak yaklaşımlara gereksinimi bulunmaktadır.

Çalışmamamızın bundan sonraki bölümlerinde, Türkiye açısından böyle bir modele temel oluşturacak çağdaş hekimlik yaklaşımı tartışılmaya çalışılacaktır.

III. Çağdaş Hekimlik Yaklaşımı ve Sosyal Hizmetler:

Dünya Sağlık Örgütü'nün Anayasası, sağlığı, yalnızca hastalık ya da sakatlıkların olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Bu tanımın çağdaş olarak nitelendirilmesini olanaklı kılan en önemli özelliği, bir hak olarak tanımlanmasıdır. Yirminci yüzyılın benimsediği sağlık anlayışı, bireyi sosyal çevresi ile bir bütün olarak ele almakta ve sağlığı etkileyen etmenlere karşı çok boyutlu bir bakış açısı geliştirmektedir. Sağlığın sosyal boyutunu iki yönlü düşünmek olanaklıdır. Birincisi, toplumun tüm bireylerine sağlıklı yaşam hakkı sunmak yani "*Herkesin Sağlık*" boyutudur. Bu anlayış doğrultusunda, sağlık düzeyini koruyucu ve geliştirici nitelikteki politika ve uygulamalarda, hastalığı yalnızca hasta olan kişinin sorunu olmadığını anlayarak, sağlam-hasta ayrımı yapmaksızın tüm topluma yönelmek gerekmektedir. Sağlığa sosyal yönünü veren ikinci boyut ise, bir bireyin ya da toplumun sağlık düzeyini belirleyen etmenleri, sosyo-kültürel ve ekonomik çevreden bağımsız olarak ele alma olanağının olmamasıdır. Bu noktada, çağdaş sağlık anlayışının çok bilimli özelliği ortaya çıkmaktadır. Çağdaş sağlık anlayışının bir diğer önemli özelliği, koruyucu hekimlik politikalarını ön plana çıkarmasıdır. Bu noktada, hastalıklar bir başka deyişle sorunlar ortaya çıkmadan önce, bu olgulara karşı koruyucu ve önleyici uygulamalar önem kazanmaktadır.

Sağlığı, çok boyutlu bir bakış açısı ile değerlendirmek, toplum sağlığını etkileyen temel faktörleri çok yönlü düşünmek gereğini ortaya koymaktadır. Bu faktörleri genel olarak şu şekilde sıralayabiliriz(Samuel-Scott, A,2001:141).

Biyolojik Faktörler: Yaş, cinsiyet, genetik faktörler

Bireysel/ailevi durumlar ve yaşam tarzı: Aile yapısı, eğitim, meslek, işsizlik, gelir, risk algılama düzeyi, beslenme, içki,sigara tüketimi, spor, kendini geliştirme, ulaşım

Sosyal Çevre: Kültür, ayrımcılık, sosyal destek ağları, toplum/kültür katılımı.

Fiziksel Çevre:Hava, su, konut durumu, çalışma koşulları, gürültü,duman, kamu güvenliği, sivil dizayn, alışveriş yapılan yerler(yerleşim/oran/nitelik), iletişim ve ulaşım, alan kullanımı, katı atıklar, yerel çevre özellikleri

Kamu Hizmetleri:Sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık hizmetlerinin niteliği, çocuk bakımı

Sosyal hizmetler, konut yardımı/ boş-zaman/ istihdam/ sosyal güvenlik hizmetleri, kamu ulaştırma hizmetleri, diğer sağlıkla ilgili hizmetler, sivil kuruluş ve hizmetler

Kamu Politikası: Ekonomik/sosyal/çevre/sağlık gelişmeleri, yerel ve ulusal öncelikler, politikalar, programlar, projeler

Sağlığa, tıbbın ötesine geçilerek bakılması, insan sağlığını belirleyen etmenlerin sadece biyolojik ve fiziksel çevrenin ürünü olmadığını, çok daha geniş olarak sosyal yaşamın niteliğine bağlı olduğu kabulünü gerektirmektedir. Hastalıkların ortaya çıkışları, biyolojik ve fiziksel etmenlerin yanında ekonomik ve sosyal koşullara, kültüre ve diğer çevresel faktörlere bağlı olarak şekillenmektedir(Marmot, Michael,2001). Günümüzde, çağdaş sağlık anlayışı çerçevesinde, tıp bilimleri ile sosyal bilimler arasındaki keskin ayrım çizgilerinin ortadan kalkması yönündeki ivmenin hızlandığı ve tıp bilimleri ile sosyal bilimlerin kesiştiği

alanlarda daha fazla çalışmaların yapıldığı görülmektedir. Bunun temel nedeni ise, küreselleşme ile birlikte artan ekonomik, sosyal adaletsizlik ve yoksulluk ortamında, tıpkı sosyal hekimlik felsefesinin ortaya çıktığı Sanayi Devrimi'ndeki gibi olumsuz sağlık koşullarında yaşayan insan sayısının hızla artması ve neredeyse tüm yerküreyi kapsamasıdır.

Örneğin, Marc Miringoff ve Marque- Luisa Miringoff'un Amerika'da, bebek ölüm oranları, yüksek okullardan ayrılma oranı, 65 ve üstü yaştaki yoksulluk oranı, 65 yaşında yaşam beklentisi, çocuk istismarı, çocuk yoksulluğu, genç intiharları, sağlık bakım kapsamında olanlar- ya da sigortasızlar, ortalama haftalık ücretler, eşitsizlik, şiddet cinayetleri, gençlerde uyuşturucu kullanımı, genç yaşlarda doğum oranı, alkole bağlı trafik kazaları, ulaşılabilir konut durumu ve işsizlik oranlarını gösterge olarak kullanarak, Amerikan ulusunun sosyal sağlık düzeyini ortaya koymaya çalıştıkları çalışmasında da bu çok boyutlu sağlık anlayışı açık bir biçimde görmek olanaklıdır. (aktaran, Fielding, L. Stephen,2001).

Sağlığa sosyal bir şemsiye kazandıran sosyal hekimlik felsefesi, toplumsal yaşam içinde insan sağlığına etki eden, belki her biri ayrı bir disiplin ve uğraş konusu olan çeşitli etmenlere yönelik, herkese sağlık hedefi doğrultusunda politikalar üretmemiz gerektiğini ortaya çıkarmaktadır. Biz bu politikalara **SOSYAL HEKİMLİK POLİTİKALARI** adını veriyoruz. Sosyal hekimlik politikaları, sosyal güvenlik ve sosyal hizmetlerden çalışma koşullarının olumlulaştırılması (iş sağlığı - güvenliği) çalışmalarına; nüfus, yerel yönetimler, kentleşme, konut, teknoloji, çevre, gıda ve beslenme sorunlarından, sağlık örgütlenmesi ve finansmanına; sağlık eğitiminden, bir toplumun sağlık davranış düzeyini belirleyen sosyo-kültürel, ekonomik ve etik değerlere kadar bir çok alanda, herkese sağlık temel hedefi doğrultusunda politikalar oluşturmayı amaçlamaktadır. Sosyal hekimlik politikaları, N. Fişek'in deyişiyle, sağlığı bir politikalar mozayigi olarak değerlendirmektedir (Fişek, Nusret ;1985).

Bu bakış açısından hareketle, sosyal hekimlik politikaları, herkese sağlık hedefi doğrultusunda, sağlığa etki eden çok sayıda fiziksel, ruhsal, sosyal ve ekonomik etmene yönelik farklı alanlarda ortak çalışmalar yaparak, toplumun sağlık düzeyini ve kalitesini yükseltmeyi amaçlamaktadır.

IV. Türkiye'de Sosyal Sağlık

Türkiye'de toplumun dönüştürülmesi için büyük çabalar harcanmıştır. Önce Cumhuriyetin ilk 20 yılında sonra 1961'den başlayarak kısa bir süre...

"Sağlık hizmetlerinin toplumsallaştırılmasına ilişkin yasa, budanmamış ve yozlaştırılmamış ilk biçimiyle, toplumun katılımı ve kalkınması, hizmetin bireyin ayağına götürülmesi, hizmetin belli önceliklere göre yoğun bir iletişim ve bilgi akışı içinde, takım çalışması yapılarak, tek elden yürütülmesi gibi çağdaş kamu yönetimi ve politikaları öngörülüyordu. ... Sağlık ocakları ve evlerin yalnızca halka sağlık hizmeti sunmakla yetinmesi düşünülmemişti. Bu ocak ve evlerin aynı zamanda kırsal kalkınma odakları işlevini de görmesi bekleniyordu. ... Kuşkusuz, toplum kalkınmasına ilişkin çalışmalarda sağlık görevlilerinin çok etkin bir konumları vardı. Çünkü, sağlık görevlileri yalnızca önüne gelen hastanın sağlığını bozan bedensel, ruhsal etmenlerle ilgilenmekten öte, hastanın içinde yaşadığı toplumsal, ekonomik, kültürel koşulları da incelemek, yüzyüze ilişkiler kurduklarından onlarda güven duygusu yaratarak onları toplum kalkınmasına yöneltmek, öbür kamu görevlilerinin sorunlara eğilmelerini sağlamak gibi bir işlev yüklenmeleri olanaklıydı."

Ancak 1964 sonlarından başlayarak törpülenmeye başlanan sosyal sağlık hizmetleri giderek, "sosyal" rotasından ayrılmış ve tedavi hizmetlerini eksen olarak gören çağdışı rotasına oturmuştur. Bunun anlamı, doktorun yıldızlaşması, yurttan uzaklaşması ve sağlık hizmetinin dört duvar arasına sıkışmasıdır. Biz buna "tazmin edici yaklaşım" diyoruz; yani her şey olup bittikten sonra çare arama çabası. Sağlığı, sosyal politikanın önemli bir ögesi olarak göremeyen yönetim yaklaşımı, sağlık insan gücüne de sığ olarak yaklaşmış; geniş katılımı hizmeti zenginleştirmek yerine, halkın sağlığını kısır bir döngüye sokmuştur.

Sağlık hizmetlerinde sosyalleştirme çabası ile başlayan, devletin toplumuyla barışma süreci, çok kısa bir süre sonra zayıflatılmıştır. Sağlık birimleri ile toplum arasındaki köprülerin kurulmaması; sosyal hizmet uzmanlarına bu köprülerin kurulmasında ağırlık verilmemesi bunun başlıca nedeni olmuştur. Sağlık ocaklarında ve Bakanlık düzeyindeki katılımlı kurulların işletilmemesi, halkın sesini sağlık alanında duyuramamasına yol açmıştır. Böylece sağlık, halkın sağlığı (sosyal sağlık) olmaktan çıkıp; "bireylerin sağlık sorunları" ile özdeşleşmiştir.

V. Türkiye’de Küreselleşme Dalgasının Yankıları

Türkiye, küreselleşmenin yansımalarını 1980’den başlayarak yakından algılamaya başlamıştır. Özellikle güçlü sosyal kurumların hedef alınmıştır.

- “Sosyal yardım ve sosyal hizmetler” boyutunun Sağlık Bakanlığı’ndan uzaklaştırılması,
- Cumhuriyetin anıt kurumları olan sivil toplum kuruluşlarının devletleştirilmesi (Türk Dil Kurumu, Türk Tarih Kurumu, Çocuk Esirgeme Kurumu)
- Üniversite sözlüklerinden toplum hekimliği, sosyal politika adlarının silinmesi
- Aile hekimliğinin ortaya çıkarılarak, sağlığın bireyselleştirilmesi
- Sağlıkta sosyalleştirme yasaasının kaldırılacağı, Genel Sağlık Koruma Yasası’nın güncelleştirileceği iddialarıyla çalışanların pasifize edilmesi,
- Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü arşivlerinin SEKA’ya gönderilmesi; Hıfzıssıhha Okulu’nun kapatılması

bunlardan yalnızca bir kaçıdır.

Küreselleşme, her şeyde olduğu gibi “sosyal” olana karşıdır.

Hem sağlık hizmetlerinde, hem de sosyal güvenlikte, “insan” eksenli değil, “para” eksenli bir yaklaşım sergilenmiştir. Belirli grupların daha çok para kazanmalarına yönelik çabalar, toplum geniş kesimlerinin hizmet alımını olumsuz yönde etkilemiştir. Buna karşın, sorunun tümünü çözme yeteneğinden yoksun olan küçük bir grup (özel kesim) başta edilmıştır. Bu hastaların, hastalıklarına derman bulamayanların sayısını büyük ölçüde arttırmıştır. Aynı süreç, sağlık insangücü kullanımını da sığlaştırmıştır. Dolayısıyla hem çalışanların iş doyumunu ve ücretlendirilmelerini olumsuz etkilemiş; hem de bazı mesleklerin sağlık alanından uzaklaşmasına yol açmıştır.

VI. Öneriler :

Bir toplumun sosyal sağlık göstergelerinin birbirinden etkilenen ve etkileyen değişkenler çerçevesinde bütüncül bir bakış açısı ile kavranması gerekir. Bu bize sosyal sağlık göstergelerinin ulusal düzeyde olumlu hale getirilmesi için, sosyal hizmetlerde devlet işlevlerinin, yerel düzeyden başlayarak, ulusal düzeye kadar yükselen kurumsal mekanizmaların önemine dikkat çekmektedir.

Bir başka deyişle, ilk basamak sağlık hizmetlerine sosyal bakış açısını egemen kılmaktan başlayarak, ulusal sağlık örgütüne kadar bu yaklaşımı kazandırmalıyız.

Konulara tekeliçi yaklaşan meslekler ya da yöneticilerin başarısızlığı görülmüştür. Onun yerini çok bilimli ekipler ve toplum katılımı almalıdır.

Sağlık hizmetlerinde “yıldız” sistemini aşabilmenin tek yolu, hastalıkları önlemekten geçmektedir. Sağlık hizmetlerinin zenginleşmesi, koruyucu hizmetlerde sosyal diyalogun sağlanmasına bağlıdır.

Yeni kamu yönetimi yasa tasarısı, her ikisi de yerel yönetimlere bırakılarak, yazgıları ortaklaştırılmış olan sağlık ve sosyal hizmetler, bu dezavantajı avantaja çevirmelidirler. Hizmetlerini tek bir yumak haline getirerek, ülke ölçüsünde yürütülecek sosyal hekimlik politikasının birer ögesi haline gelmeye çalışmalıdırlar. Hekimi, ebese, sosyal hizmet uzmanı, çevre mühendisi elele vermeli ve “insan” odaklı bir yaklaşımı örmelidirler.

KAYNAKÇA:

Bahle,(2003).,“ The changing institutionalization of social services in England and Wales,

France and Germany: is welfare state on retreat?”, *Journal of European Social Policy*,

Vol:13, No:1

Barrientos, A, (2002), “Social Protection and Informal Employment in Latin America: From

The Weak to The Strong”, *Cornell Conference on Rethinking Labour Market and Informalization: Precarious*

Jobs, Poverty and Social Protection, 18-19 October,2002

Fielding, L. Stephen,(2001)., "The Social Health of Nation: How Americans Really

Doing?",Books in Review, *Society*, January/February 2001, p:86-88.

Finn, D(2000)., "Welfare to Work: The Local Dimension", *Journal of European Social*

Policy, Vol:10, No:1

Fişek, H. Nusret(1985), *Halk Sağlığına Giriş*, Hacettepe Üniversitesi- Dünya Sağlık Örgütü

Hizmet Araştırma ve Geliştirme Merkezi Yayını No:2

Geray Cevat : Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ve Toplum Kalkınması, *Çalışma Ortamı Dergisi*, Kasım-Aralık 1996 Sayı : 29 s.40

Lund, F; Srinivas, S.,(2000), *Learning from experience: A gendered approach to social protection for workers in the informal economy*, Geneva.

Marmot, Michael(2001),"A Social View of Health and Disease", *Working for Health*, (eds:Tom Heller, Rosemary Muston, Mayra Sidelland, Caty Lloyd), Sage Publications.

Peter Taylor – GOOBY, "Sustaining state welfare in hard times", *Journal of European Social*

Policy, Vol:11, No:2 May 2001.

Samuel-Scott, A(2001)., "Health Impact Assessment", *Working for Health*, (eds: Tom Heller,

Rosemary Muston, Mayra Sidelland, Caty Lloyd), Sage Publications.

* Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Öğretim Üyesi.

** Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Araştırma Görevlisi



SAYFA BAŞI GERİ DÖN

©Sosyal Hizmet Uzmanı Web Sitesi