



## BİRİNCİ BASAMAK VE AİLE HEKİMLİĞİ (TTB GÖRÜŞÜ)

### A) TEMEL NOKTALAR

1. Aile hekimliği önerisi, 1980'lerin ortalarından itibaren Sağlık Bakanlığı tarafından Ulusal Sağlık Politikası modeli olarak gündeme getirilmiştir.

2. Bu kavram Avrupa'dan alınmıştır. Ancak Türkiye'de kendisine farklı misyon yüklenmekte: Avrupa'daki çeşitli uygulamaları içinde bir tanesine evrensel bir önem atfedilmektedir.

3. Avrupa'da Aile Hekimliği ile Genel Pratisyenlik çoğu kez eş anlamlı ve birbirinin yerine kullanılabilir. Her iki tanım da birinci basamak sağlık hizmetindeki hekimi karşılamaktadır.

4. Buna karşılık, Avrupa örnekleri içinde, birinci basamak bağlamında, asıl önemli olan nokta hekime verilen ad değil, hekimin birinci basamakta hangi işlevlerle yüklenmiş olduğu ve daha genel bir deyişle

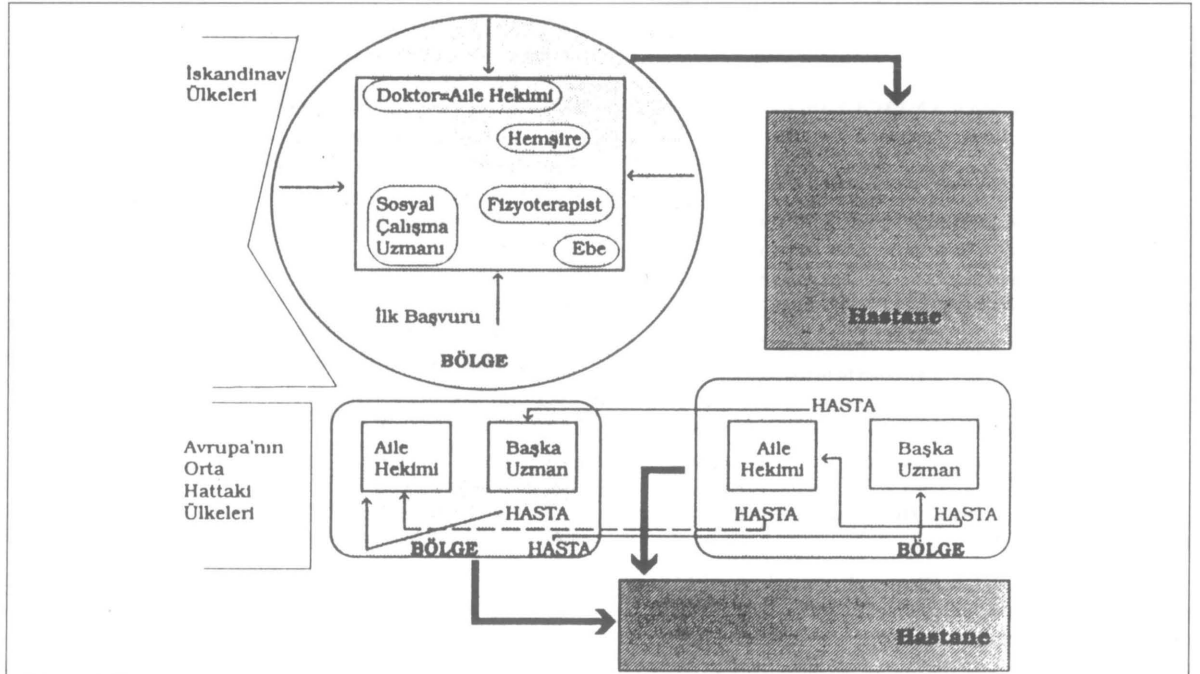
birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenmesindeki yapısal farklılıklardır.

5. Bu anlamda Avrupa'da temel bir ayrım söz konusudur:

a) İngiltere, Almanya, Hollanda, Belçika, Lüksemburg, Avustralya gibi B. Avrupa'nın orta hattında yeralan ülkelerde aile hekimleri çoğunlukla yalnız başlarına ayaktan tıbbi bakım hizmeti ile bireye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri verirler.

b) İskandinav ülkeleri ile Kuzey Akdeniz şeridi ülkelerinde ise aile hekimleri sağlık merkezlerinde, bir ekip içinde çalışırlar. Ekip ve sağlık merkezi belli bir bölgeden sorumlu olup, multidisipliner yaklaşımla, diğer sektörlerle işbirliğini benimser.

Bu iki modelden, ilki, ilgili ülkelerin 19. yüzyıl sonlarından beri oluşmuş sağlık hizmeti geleneği ile



bağlantılıdır. İkincisi ise özellikle II. Dünya Savaşı sonrası ortaya çıkan ve Alma-Ata Bildirgesi'nde en üst düzeyde ifadesini bulan çağdaş örgütlenme ilkelerini içselleştirmiş durumdadır. Bu ilkeler içinde en önemli üçü: Ekip hizmeti, sektörlerarası işbirliği ve sevk zinciri olarak tanımlanabilir. İlk grup ülkeler bu ilkeleri özellikle Alma-Ata sonrasında yönetsel mekanizmaları içine almaya çalışmışlarsa da, birinci basamaktaki temel yapılarını korumuşlardır.

Yukarıdaki şekillerden de izlenilebileceği gibi İskandinav modeli daha "derli toplu" ve tıbbi anlamda yönetimi daha kolay biçimdir. Buna karşılık diğeri daha karmaşık bir sistem olarak tanımlanabilir.

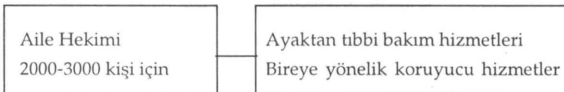
### B) SAĞLIK BAKANLIĞI'NIN BELİRLEDİĞİ SORUNLAR

Sağlık Bakanlığı yayınlamış olduğu "Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dökümanı", "Türkiye Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Projesi", "Ulusal Sağlık Politikası" başlıklı metinler ile "Tababet Uzmanlık Tüzüğünde Değişiklik Yapılmasına İlişkin Tüzük Tasarısı"nda ilgili sorunları şu şekilde saptamıştır:

1. Toplam sağlık harcamaları içinde koruyucu harcamalarının payı ancak %2'dir.
2. Birinci basamak sağlık kurumları arasında entegrasyon yoktur, duplikasyonlar mevcuttur.
3. Birinci basamak sağlık kurumlarında araç-gereç, fiziki olanaklar yetersiz, personel motivasyonsuz, halkın memnuniyet düzeyi düşüktür.
4. Birinci basamak ile hastaneler arasında sevk sistemi yoktur.
5. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi son 30 yıllık uygulamada arzu edilen sonuçları doğurmamıştır.

### C) SAĞLIK BAKANLIĞI'NIN ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

1. Kırsal alanda sağlık ocakları.
2. Kentlerde aile hekimliği sistemi: Her 2000-3000 kişiye bir aile hekimi verilecek ve aile hekimleri ayaktan tıbbi bakım hizmeti ile bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri sunacaklardır.



### D) TTB'NİN YAKLAŞIMI :

#### I. Sağlık Bakanlığı'nın Sorun Tespitleri Doğru mu?

Sağlık Bakanlığı birinci basamak sağlık hizmetleri konusunda sorunların bazılarını tespit etmiş durumdadır. B maddesindeki ilk 4 sorun bunlara işaret etmektedir.

### II. Sağlık Bakanlığı'nın Tezlerindeki Tutarsız Noktalar:

1. Bakanlık iddialarının aksine, Türkiye'de bir ulusal sağlık örgütlenmesi modeli vardır. Bu model 224 sayılı yasa ile belirlenmiştir. Bu yasaya göre:

- Her 5000-10000 kişiye bir sağlık ocağı kurulur.
- Her sağlık ocağında, içinde 5000 kişiye bir hekimin de bulunduğu bir ekip hizmet verir.
- Bağlı nüfus önce sağlık ocağına başvurur, sonra tıbbi gereklilik olursa hastaneye gidebilir.
- Sağlık ocağı sağlık kurulları ile toplum katılımı sağlanır.

Bu durumda, Sağlık Bakanlığı'nın tespit ettiği sorunlardan yakınmasının nedeni yasal boşluk olmaz.

2. Sağlık Bakanlığı yasal sorumluluklarını yerine getirmemektedir : Eğer Sağlık Bakanlığı halen yürürlükte olan ve yürütme yetkisi kendisinde bulunan bir yasanın temel maddelerinin uy-

#### 224 Sayılı Yasa

- 5000-10000 kişiye bir sağlık ocağı
- 5000 kişiye 1 hekim
- Sevk sistemi
- Toplum katılımı : sağlık kurulları

gulanamamasından doğan boşlukları sorun olarak tespit ediyorsa, bu ancak kendi suçunu, yasaları çiğneyişini dile getirmesi anlamına gelir.

Ortada yasalar ve suç vardır; suçlu Sağlık Bakanlığı ve siyasal iktidarlardır.

3. Sağlık Bakanlığı'nın benimsediği Aile Hekimliği modeli Avrupa'daki tek model değildir ve mevcutların içinde çağdaş olmayanıdır: Çünkü çağdaş sağlık hizmeti anlayışının temel ilkelerini dışlar konumdadır.

4. Sağlık Bakanlığı'nın sağlık ocaklarını işletmeyip, hiçbirşey yokmuşcasına bütün modeli değiştirmeye yönelmesini anlatmak mümkün değildir: Bugün tüm Türkiye'ye dağılmış 4400 sağlık ocağı bulunuyor. İçlerinde çok iyileri ve çok kötü çalışanları var. Olanakları "idare eder" olanlar, bu olanaklarla hiçbirşey yapılamayacak durumda olanlar var. Ancak 4400 sağlık ocağı bir olanaktır. Bu olanığın kullanılmaya çalışılması, daha mantıklı değil midir?

5. Sağlık Bakanlığı'nın elindeki 190 aile hekimi ile Ulusal Sağlık Politikası'nın nasıl örgütleneceği belirsizdir.

## III - TTB'nin Gözüyle Sorunlar

1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine ve Koruyucu Hizmetlere ayrılan parasal kaynak yetersizdir: Ancak bu durum Türkiye'de bir devlet po-

Sağlık Bakanlığı'nın elinde bulunan, ancak kullanılmadığı olanaklar:

- 4400 sağlık ocağı
- 11000 sağlık evi
- 32000 pratisyen hekim

litikası olmuştur. Toplam sağlık harcamalarının yalnızca %2'si koruyucu hizmetlere ayrılmaktadır (Price Waterhouse Master Plan Çalışması 1990).

## Sağlık Bakanlığı'na Sorular :

- Neden 224 sayılı yasanın temel ilkelerini uygulayamıyorsunuz?
- Neden elinizdeki 4400 sağlık ocağını ve 32000 pratisyen hekimi bilimsel normlar çerçevesinde kullanmıyor ve istihdam etmiyorsunuz?
- 190 aile hekimi ile aile hekimliği sistemini nasıl örgütleyeceksiniz?
- Sağlık yönetiminde yetişmiş insan gücü olan halk sağlığı uzmanlarını yönetim düzeyinde niçin değerlendirmiyorsunuz?

2. Yeterli sağlık ocağı yoktur, sağlık ocaklarının olanakları yetersizdir.

3. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin olanakları bakımından eşitsizlik vardır.

4. Güneydoğuda'ki mevcut çatışma ortamı baş-

lıbaşına bir olumsuzluktur. Bölgede son yıllarda, özellikle sağlık evi sayılarında azalma gözlenmektedir.

5. Sevk sistemi yoktur.

6. Sağlık müdürlükleri ve sağlık grup başkanlıklarında teknik bakımdan yetersiz "yönetici"lerin bulunması, politik manevralar yerel dü-

Sağlık Ocağı ve Hekim Başına Düşen Nüfusların Bölgelere Göre Dağılımı (1994)

	Nüfus/ Pratisyen Hekim	Nüfus/ Sağlık Ocağı	Pratisyen Hekim Dağılımı
3 Büyük İl	1076	33007	41.7
1. Derecede Kalkınmada Öncelikli İller	3249	138825	8.1
2. Derecede Kalkınmada Öncelikli İller	2428	9924	10.3
Diğer	2264	11547	39.9
Toplam	1866	13972	100.0

(Kaynak : Sağlık Bakanlığı)

## Sorunlar

- Devlet yeterli kaynak ayırmıyor.
- Kaynaklar kötü kullanılıyor
- Yeterli sağlık ocağı yok.
- Sağlık ocaklarının olanakları yetersiz.
- Sağlık ocakları ve hekimler dengesiz dağılıyor.
- Sağlık ön koşulu olan barış ortamı yok.
- Sevk sistemi yok.
- Nitelikli elemanlar istihdam edilmiyor.
- Tam gün yok.
- Sağlık Bakanlığı yapması gerekenleri yapmıyor.

	Mevcut	Olması Gereken	Açık Ne Zaman Kapanır? (Son 4 yıl sağlık ocağı ve sağlık evi açılma hızı ile ve nüfus artışı da 0 kabul edildiğinde)
Sağlık Evi	11831	15000	18 yılda
Sağlık Ocağı	4407	7500	12.6 yılda

## Sağlık Ocaklarının Bina Durumu (%)

	1989	1993
Kendi Binası	74.7	63.7
Geçici Kiralık	25.3	36.3
Toplam	100.0	100.0

(Kaynak : Sağlık Bakanlığı)

zeydeki sorunları daha da ağırlaştırmaktadır.

7. Tam gün çalışmanın yokluğu sağlık ocakları ile hastane arasındaki ilişkiyi tamamen olanaksızlaştırmakta, bu ise birinci basamaktaki sorunların çözümünü güçleştirmektedir.

8. Sağlık Bakanlığı'nın yapması gerekenleri yapmaması, temel sorunlardan birisidir.

Sağlık Evi Sayılarında Yıllık Değişim Hızları (%)

	1987-1990	1990-1994
3 Büyük İl	0.5	0.4
1. Derecede Kalkınmada Öncelikli İller	13.4	-2.7
2. Derecede Kalkınmada Öncelikli İller	0.4	-4.5
Diğer	2.0	2.5

(Kaynak : Sağlık Bakanlığı)

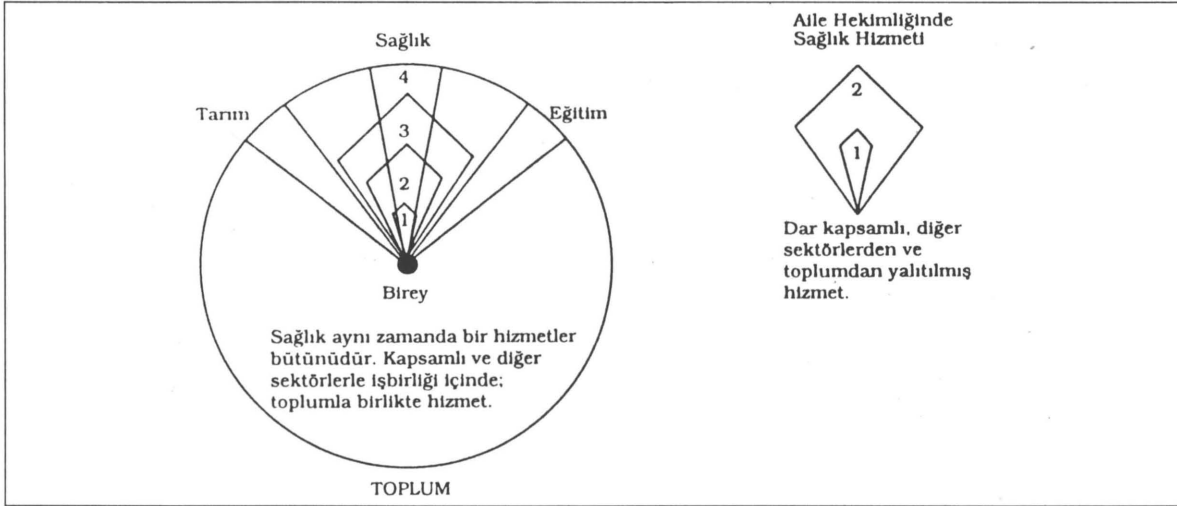
## IV. Aile Hekimliği'nin Doğuracağı Sonuçlar

sağlık hizmeti örgütlenmesinde daha geri bir aşamayı yansıtır: Çünkü;

- Ekip hizmetini,
- Sektörler arası eşgüdümü,
- Birey sağlığının, toplumsal sağlıkla ilişkili olduğunu,
- Sağlığı etkileyen koşulların bütün yaşamsal koşullar olduğunu ve sağlığın toplumsal boyutunu unuttur:

ve

- Dar anlamda tıbbi bakımı sağlık hizmeti ile özdeşleştirir; yaşamı parçalar; sektörleri birbirinden koparır; hekimi toplumun içinde olması gerekli konumundan alarak tek başına muayenehanesine gönderir.



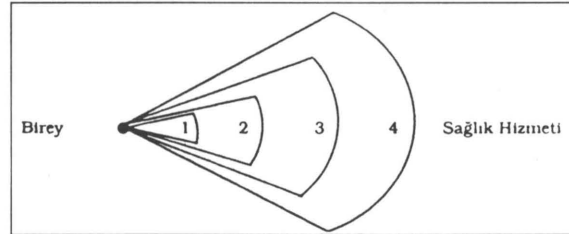
**1. Aile hekimliği zaten varolan kargaşayı daha da artıracaktır.** Çünkü, a) Bir yanda 32.000 pratisyen hekim, bir yanda 190 aile hekimi bulunuyor. Her ikisi de birinci basamakta istihdam ediliyor. Bu durum birinci basamakta olduğu tespit edilen karmaşaya yeni bir boyut daha ekler, başka da bir anlam taşımaz.

b) Aile hekimi sayısının, düşünülen sistemi yürütmek için yetersiz oluşu, kısa yoldan sayılarının artırılması manevralarını gündeme getirecektir. Nitekim bu yönde gelişmeler şimdiden gözleniyor. "Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde Değişiklik Yapılmasına İlişkin Tüzük Tasarısı" bunun örneğidir. Gündemi kurtarmak için yapılan düzensiz müdahaleler standartları düşürebilir. Son tasarı böyle bir özellik taşıyor. Uzmanlık eğitiminin standartlarını bozacak nitelikte görünüyor.

**2. Aile hekimliği örgütlenme anlamında eşitsizliktir :** Kırsal bölgede sağlık ocakları ve pratisyenler, kentte aile hekimleri. Böyle bir ayrımın geçmesi hangi bilimsel ölçüte dayandırılabilir?

**3. Aile hekimliği (SB'nin önerdiği biçimiyle)**

## Çağdaş Hizmet :



1. Bireysel tıbbi bakım; muayene, tedavi.
2. Bireysel koruyucu hizmet; aşılama vb.
3. Çevreye yönelik koruyucu hizmet; çevre temizliği, çöp arıtımı, temiz su vb.
4. Toplumla birlikte, belli bir nüfus bölgesinde, toplumsal kalkınma aktiviteleri; toplumsal ilişkilerin değiştirilerek, yeniden düzenlenmesi, yeni iş düzenlemeleri vb.

## V. TTB'nin Önerileri

## 1. Makro Düzeyde

a) Sağlığa ayrılan finansman ve onun içinde de koruyucu sağlık hizmetlerinin payı artırılmalıdır.

b) Gelir dağılımındaki eşitsizlikler giderilmelidir. Yönetici kadrolarda (öncelikle halk sağlığı uzmanı olmak üzere) yetişmiş insangücü istihdam edilmelidir.

c) Sağlık Bakanlığı 224 sayılı yasada belirtilmiş örgütsel düzenlemeleri yaşama geçirmelidir.

d) Birinci basamak sağlık hizmetlerinde, temelde Sağlık Bakanlığı ile SSK arasındaki parçalanmışlık giderilmelidir.

e) İşyeri hekimliği ulusal sağlık politikasının parçası olarak ele alınmalı ve düzenlenmelidir.

## 2. Mikro Düzeyde

a) TTB, birinci basamak sağlık hizmeti sunumundaki temel ilkeleri şu şekilde belirler : Belirlenmiş bölgelerde ve belli bir nüfusa yönelik olarak;

- Hizmete ulaşmada herkese eşit fırsat,
- Basamaklandırılmış hizmet; sevk zinciri,
- Entegre; ekip hizmeti,
- Sektörlerarası işbirliği,
- Toplumun ve hizmeti üretenlerin katılımı.

b) TTB, birinci basamak sağlık hizmeti örgütlenmesinde aşağıdaki şemayı önerir:

