

# TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI VE UYGULAMALARINA TEORİK BİR BAKIŞ

Dr. Mehtap Tatar\*

Temel Sağlık Hizmetleri (TSH-Primary Health Care) terimi, 1978'de Alma-Ata'da toplanan 134 ülke delegesinin imza attığı bildirgeyle sağlık hizmetleri literatürüne girmiş ve o günden bu yana gerek teorik gerekse pratik alanda yapılan tartışmaların odak noktasını oluşturmuştur. Özellikle Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) "2000 Yılında Herkese Sağlık" amacını gerçekleştirmede TSH'ne dayalı bir sağlık sistemini öngörmesi ile birlikte kavramın ne olması gerektiği ile nasıl uygulanması gerektiği konusunda geniş bir literatür oluşmuştur.

1978 yılından bu yana, çok sayıda ülke sağlık sistemlerini TSH ilkelerine dayalı olarak yeniden gözden geçirme gereksinimini duymuş ve Türkiye de son reform çalışmalarında TSH ilkelerine dayalı bir sağlık sistemini amaçladığını çeşitli şekillerde ilan ederek bu ülkeler arasına girmiştir. Ancak bu kavramın Türk sağlık sistemine girişinin son sağlık reformları ile birlikte olduğu söylenemez. 1990'lı yıllara kadar yayınlanan çeşitli dokümanlar, örneğin Kalkınma Planları, incelendiğinde "temel sağlık hizmetleri" kavramının sık sık vurgulandığı görülmektedir. Kavram bu kadar sık gündeme gelmesine rağmen, kavramın ne olduğu, neleri içerdiği ve TSH'ne dayalı bir sağlık sisteminin nasıl olması gerektiği konusunda Türk sağlık literatüründe bir boşluk gözlenmektedir. Bu makale, TSH kavramını tamamen teorik boyutlarıyla tartışmak ve kavramın içerdiği konuları ortaya koymak ve kavramın Türkiye'de ele alınış şeklini incelemekle sınırlıdır. Bu amaçla, ilk olarak Alma-Ata bildirgesine kadar geçen sürenin tarihsel bir analizi yapılarak bu konferansa nasıl geldiği vurgulanacak, daha sonra da bildirgeden sonra ortaya çıkan değişik TSH tanımları üzerinde durulacaktır. Makalenin son bölümünde Türkiye'de TSH'nin gelişimi ve bu konuyla ilgili olarak yapılan bir araştırma üzerinde durulacaktır.

## ALMA-ATA BİLDİRGESİ ÖNCESİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ

Alma-Ata Bildirgesi öncesinin tarihini yazmak, 1850'lerdeki "Halk Sağlığı Hareketi" dönemine gitmeyi gerektirmektedir. Bu hareketin, bugünkü gelişmiş ülkelerin sağlık düzeylerine yaptığı katkı çeşitli yerlerde tartışılmış (1,2,3) ve bu ülkelerin sağlık düzeyindeki iyileşmelerin tıp biliminin gelişiminden çok bu hareket ile paralel olduğu ileri sürülmüştür. 1970'li yılların sonlarının moda terimi olmasına rağmen TSH'nin kökünün bu "Halk Sağlığı Hareketi"nde yattığı söylenmektedir (4). 1850 yılında Lemuel Shattuck'un Massachusetts'in sağlık düzeyi hakkında verdiği rapor, bugün tartıştığımız TSH kavramının en erken örneğini vermektedir (5). Bu raporda Shattuck, nüfusun sağlık düzeyini inceledikten sonra başışıklama, çocuk sağlığı, konut, çevre sağlığı, toplum katılımı gibi faaliyetleri içeren önerilerde bulunmuştur. "Halk Sağlığı Hareketi"ni ayrıntıyla incelemek bu makalenin amacı dışına çıkmaktadır ancak burada vurgulanmak istenen TSH'nin 1978 yılında birdenbire ortaya çıkan bir kavram olmadığıdır.

Alma-Ata Bildirgesi öncesi gelişimleri incelerken iki temel konu üzerinde durulması gerekmektedir. Bunlardan birincisi, gelişmekte olan ülkelerin sağlık sorunları, ikincisi ise, birinciyle yakından ilişkili olarak, kolonileşmenin ve kolonileşme olarak nitelenemeyecek olsa bile buna yakın gelişmelerin Üçüncü Dünya ülkelerinin sağlık sistemlerinin gelişimi üzerindeki etkisidir.

## Gelişmekte Olan Ülkelerin Sağlık Koşulları

TSH hareketinin çıkış noktasını, gelişmekte olan ülkelerin gittikçe kötüye giden sağlık koşulları ve buna çözüm bulma çabaları oluşturmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerin sağlık sorunları çok uzun süredir sağlık personelinin ve uluslararası örgütlerin gündemini işgal etmektedir. Bu ülkelerle gelişmiş ülkeler arasındaki sağlık statüsü açısından farklılıklar

\* Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksek Okulu

açıktır ancak gelişmekte olan ülkelerin kendi aralarındaki farklılıklar da göz ardı edilemeyecek kadar büyüktür.

Gelişmekte olan ülkelerdeki düşük doğuştan beklenen yaşam süresi rakamları bebek ölüm hızının (BÖH) yüksekliğine bağlanmaktadır. Bu ülkelerdeki bebek ölümleri ise genellikle ishal, enfeksiyonel hastalıklar ve zatürreden kaynaklanmakta, kötü beslenmenin de bu hastalıklar üzerinde olumsuz etkisi olmaktadır. 1940 ile 1970 yılları arasında, gelişmekte olan ülkelerin doğuştan beklenen yaşam süreleri rakamlarında önemli iyileşmeler olmasına rağmen bu iyileşme 1970'li yılların sonlarında hızını yitirmiştir. Bu gerilemenin nedenleri olarak, dikey (vertical) programların başarısızlığı, ekonomik kalkınma ve şehirleşmenin olumsuz etkileri, modern sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili başarısızlıklar sıralanabilir (6).

Gelişmekte olan ülkelerde rastlanan hastalıkların fakirlik, kötü çevre sağlığı koşulları ve yetersiz beslenmeden kaynaklandığı genel kabul görmüştür (7,8). UNICEF'in tahminlerine göre 1 milyondan fazla kişi yeterli beslenme, temiz su, temel eğitim ve sağlık hizmetlerinden mahrumdur (9). Bu rakam gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık göstergelerinin durumunu açıklamaktadır. 1990'da, 5 yaş altındaki ölümlerin %30'u akut solunum yolu hastalıkları, %28'i ishal, %11'i kızamık, %7'si sıtma, %4'ü boğmaca ve %6'si tetanozdan kaynaklanmıştır (10).

Gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetleri için ayrılan kaynaklara ilişkin sorunlar yukarıda verilen tabloyu daha da kötü hale getirmektedir. Kaynak kıtlığının yanı sıra, mevcut kaynakların dağılımındaki dengesizlikler de sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli sorunlar yaratmaktadır. Sağlık insan gücü yetersiz ve nitelik açısından ülke gerçekleriyle paralel değildir. Ayrıca kentsel bölgelerde yoğunlaşan hastaneler ulusal sağlık bütçelerinin aslan payını almaktadır.

Bugün gelişmekte olan ülkelerin karşılaştıkları sağlık sorunlarının kökünün yetersiz sağlık hizmetlerinden daha kapsamlı konularda olduğu konusunda fikirbirliğine varılmıştır. Ancak bu ülkelerin sağlık sistemlerinin de toplumun sağlık statüsüne yaptığı katkı yadsınmaz. Aşağıda, gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemlerinin nasıl geliştiği konusunda özet bilgi verilecektir. Bu da 1978 öncesi dönemi ve Alma-Ata'ya nasıl ulaşıldığı konusundaki manzarayı tamamlayacaktır.

#### Kolonileşme Sürecinin Sağlık Sistemleri Üzerinde Etkisi

Modern (Batı) tıp uygulamalarının gelişmekte olan ülkelere girmesi kolonileşme süreci ile birlikte

başlamış ve koloni güçleri en başta kendi vatandaşlarına sağlık hizmeti sunmak amacıyla sağlık sistemlerini bu ülkelere sokmuşlardır (11,12,13). Gish'in belirttiği gibi, bu ülkelere sunulan sağlık sistemleri üç temel öğeden oluşmaktaydı: Kentsel hastane, kırsal dispanser ve halk sağlığı uygulamaları. Bağımsızlıklarına kavuşmaları bu ülkelerdeki sağlık hizmetleri örgütlenmesini değiştirmemiş ancak bu yapıyı daha geniş bir tabana yayma girişimleri ile sonuçlanmıştır. Bu çabalar sağlık hizmetlerinin daha çok şehirlerde, ülke elitine hizmet veren bir yapıya kavuşmasına neden olmuş, eski kolonilerin daha sonra kendilerine örnek olarak A.B.D.'yi almaları ise modern tıbbın gelişmesine ve büyük hastanelerin yapımına yol açmıştır (14).

Ancak bu, kırsal nüfusa yönelik hiçbir çalışma yapılmadığı anlamına gelmemektedir. Sağlık merkezi kavramı 1960'lı yıllarda Üçüncü Dünya ülkeleri politikacıları tarafından, sağlık hizmetlerini kırsal nüfusa ulaştırmanın tek yolu olarak görülmüş ve böylece Basic Health Services hareketi başlamıştır<sup>(2)</sup>.

Kolonilerin bağımsızlığa kavuşmasından, sonra 1950'li yıllarda gündeme gelen bir başka konu da özellikle DSÖ'nün ısrarıyla oluşturulan hastalık eradikasyon programları olmuştur. Bunların en meşhuru 1950'lerde DSÖ tarafından başlatılan ve 1968'de başarısızlığı ilan edilen Sıtma Eradikasyon Kampanyası'dır (15). Bu konu Seçici TSH konusu tartışılırken ayrıntılı olarak ele alınacaktır.

Uluslararası alanda dönüm noktası, ekonomik kalkınma alanında egemen olan "trickle down" anlayışının çökmesi olmuştur. 1950'den 1970'e kadar egemen olan bu görüşe göre ekonomik gelişme, kapital artırım ve üretim sektörlerine yapılan yatırımla sağlanan Milli Gelir artışı ile ölçülmekteydi. Bu görüşün doğal bir sonucu olarak sağlık ve eğitim gibi sosyal sektörler genellikle "dipsiz kuyu" sıfatı ile nitelendirilmiş ve gereken önem verilmemiştir. Bu anlayışta, ekonomik büyümenin sağlayacağı faydanın otomatik olarak topluma yansıtacağı varsayılmış, ancak 1970'lere ulaşıldığında bunun gerçekleşmediği görülmüştür. Dudley Seers'in 1969 yılında yazdığı makale (16) ve burada geliştirdiği üç kalkınma ölçütü -beslenme statüsü, daha fazla iş olanakları, ve gruplar, sosyal sınıflar ve ülkelerarası artan eşitlik- bu anlayışın değişmesinde dönüm noktası olmuştur.

(2) Literatürde "Basic Health Services" ve "Primary Health Care" kavramları kesin olarak birbirinden ayrılmasına rağmen bu kavramların Türkçeleştirilmesinde TSH her iki hareket için de kullanılmaktadır. Birinci kavram 1960'lı yıllarda gündeme gelen "sağlık merkezi" (ocağı-evi) hareketini yansıtmakta, ikincisi ise makalede tartışılacağı gibi daha farklı konuları içermektedir. Bu makalede TSH "Primary Health Care" in karşılığı olarak kullanılmaktadır. Karışıklığa yol açmamak için gerekli yerlerde "Basic Health Services" İngilizce şekliyle kullanılacaktır.

O güne kadar sadece tüketen bir sektör olarak görülen sağlık sektörü, işgücünün verimliliğini artırarak kalkınmaya yaptığı fayda gözönüne alınarak bir yatırım sektörü olarak görülmeye başlanmıştır.

Kalkınma ve sağlık arasındaki ilişki, kağıt üzerinde görüldüğü kadar basit ve direkt değildir ve aynı bir makalede incelenmesi gerekmektedir. Burada ele alınmasının nedeni, Alma-Ata Bildirgesini hazırlayan ortamı tanıtmaktır. "Trickle Down" yaklaşımının sağlık sektörüne yansımaları, gelişmiş kentsel yörelerde, genellikle bir tıp fakültesine bağlı olarak yapılan hastaneler olmuş ve bunların hizmetlerinden tüm toplumun yararlanacağı varsayılmıştır. Ancak bunlar toplumların sağlık statüsünde istenen gelişmeyi sağlayamadığı gibi bu ülkelerin sınırlı sağlık bütçelerinde büyük bir baskı yapmış ve maliyet artışları ülkelerin katlanabileceği boyutları aşmıştır.

Kalkınmayı milli gelirdeki artışlarla tanımlamanın yetersizliği ortaya çıktıktan sonra uluslararası kuruluşlar, ekonomik düşünceye insan faktörünün eklenmesi ile "Temel İhtiyaçlar Yaklaşımı"na dönmüştür. Bu yaklaşımı, "bütün insanlara evrensel sağlık ve eğitim hizmetlerinin sunulmasına ve standart bir beslenmenin sağlanmasına öncelik verilmesi" olarak tanımlamak mümkündür (17). Bu yaklaşımın sağlık hizmetlerine yansımaları ise TSH'ni doğurmuştur.

### ALMA-ATA BİLDİRGESİ

DSÖ cephesinde, Alma-Ata Bildirgesi ile sonuçlanan gelişmeler; 1951 yılında DSÖ direktörünün hastalık eradikasyonu çalışmalarını, sağlık hizmetleri ile desteklenmediği takdirde sonuçsuz çabalar olarak nitelendirdiği raporla başlamıştır. 1960-1970 arasında hem DSÖ hem de UNICEF bu programların Basic Health Services ile entegrasyonu gereğini vurgulamıştır. Gelişmekte olan ülkelerin kötü sağlık koşulları 1970'li yıllardaki tartışmaların ana konusunu oluşturmuş ve 1971 yılında DSÖ ve UNICEF tarafından ortaklaşa olarak gelişmekte olan ülkelere temel sağlık gereksinimlerini karşılamak için alternatif yaklaşımlar üretmeye yönelik bir çalışma başlatılmıştır (18). 1975 yılında sonuçlanan bu çalışma, bütün çabalara rağmen gelişmekte olan ülkelere sağlık statüsünün yükseltilemediği ve birçok gelişmekte olan ülkenin, gelişmiş ülke modellerine dayanarak taklit ettiği sistemlerin başarısız olduğu sonucuna ulaşmış ve bu ülkelere, genel kalkınma süreci ile entegre edilmiş TSH'ne dayalı bir sistemin kurulması gerektiğini vurgulamıştır. Yine DSÖ tarafından yapılan bir başka çalışma da (19) yukarıdakine benzer önerilerle sonuçlanınca, 1978 yılında Alma-Ata'da 2000 yılında herkese sağlık amacını gerçekleştirme yolunda TSH çıkış noktası olarak ilan edilmiştir.

"Sağlık alanında o güne kadar yapılmış en büyük ve otoriter uluslararası toplantı" olarak nitelenen Alma-Ata konferansı (20), 134 ülkenin temsilcileri ve Birleşmiş Milletler'den gelen 64 delegenin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. TSH aşağıdaki gibi tanımlanmıştır.

*"TSH, bütün bireylere ve ailelere tam bir toplum katılımının sağlanması yoluyla kabul edilmiş ve bir ülkenin kendi öz kaynaklarına dayanarak ve kendi geleceğini belirleme ruhuyla gelişmesinin her döneminde maliyetini karşılayabileceği, bilimsel yöntemlere ve sosyal olarak kabul edilebilir yöntem ve teknolojiye dayalı sağlık hizmetidir. TSH hem bir ülkenin sağlık sisteminin hem de toplumun sosyal ve ekonomik gelişiminin ana parçasını oluşturur" (21).*

Aynı dökümanda TSH'nin özellikleri de şu şekilde sıralanmıştır:

TSH;

a) Ülkenin ve ülke içindeki toplulukların ekonomik şartlarını ve sosyo-kültürel ve politik özelliklerini yansıtır ve bunlardan ortaya çıkar;

b) Toplumdaki ana sağlık problemlerine işaret eder ve buna bağlı olarak koruyucu, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri sağlar;

c) En azından mevcut sağlık problemleri ve bunların önlenmesi ve kontrol edilmesine yönelik eğitimi, gıda arzının gelişimi ve doğru beslenmeyi, yeterli miktarda temiz su sağlanmasını ve temel hijyeni, aile planlamasını da içeren ana çocuk sağlığını, bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklamayı, yörede bulunan hastalıkların önlenmesi ve kontrolünü, yaygın hastalık ve yaralanmaların uygun tedavisini ve uygun ilaçların sağlanmasını içerir;

d) Mevcut yerel, ulusal ve diğer kaynakların tam kullanımını sağlayarak TSH'nin planlanması, örgütlenmesi, işletilmesi ve kontrolünde maksimum toplumsal ve bireysel katılımı gerektirir ve buna yönelik uygun eğitim yoluyla toplumların katılım kapasitesini geliştirir;

e) Herkese kapsamlı sağlık hizmeti vermeyi sağlayacak ve en çok ihtiyacı olanlara öncelik verecek fonksiyonel, destekleyici ve entegre edilmiş sevk zinciri ile desteklenir;

f) Yerel ve sevk düzeylerinde, sosyal sağlık ekibi olarak çalışmak ve toplumun ihtiyaçlarına cevap vermek için sosyal ve teknik yönden uygun eğitim almış doktorlara, hemşirelere, ebelere, yardımcı sağlık personeline ve gereken yerde toplum çalışanlarına (Community Health Workers) ve ihtiyaç duyulduğunda geleneksel hekimlere dayanır (22).

Bildirge, uluslararası alanda görüş alışverişini hızlandırmış ancak TSH'nin ya da onu oluşturan ögelerin tanımı konusunda tam bir görüş birliğine ulaşılmamıştır. Aşağıdaki bölümde bu konu üzerinde durulacaktır.

### TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ: KAPSAMLI BİR YAKLAŞIM MI YOKSA BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ Mİ?

Alma-Ata Bildirgesi ve onunla birlikte gelişen literatürde, TSH kavramı ve özellikleri ayrıntıyla incelenmesine rağmen tam ve açık bir TSH tanımına henüz ulaşılamamıştır. Deklarasyon bazı yazarlar tarafından, bir toplumda mevcut karmaşık ilişkiler zincirini gözardı ettiği için eleştirilmiş (23) ve bazıları tarafından da gelişmiş ülkelerin tıbbi bakıma dayalı çözümleri, gelişmekte olan ülkelerin sağlık sorunlarına çözüm amacıyla bir kez daha empoze etme girişimleri olarak değerlendirilmiştir (24). Bir başka grup yazar da, bildirgeyi, yanlış yorumlamaya ve anlamaya açık bir dizi belirsiz cümleler topluluğu olarak nitelenmiştir (25). Bu tip eleştirilerin varlığına rağmen, Alma-Ata Bildirgesi'nin katkısı konuyla ilgilenenlerin çoğunluğu tarafından övülmüş ve sağlık alanında bir "dönüm noktası" olarak nitelenmiştir (26). Bildirgenin imzalanması sırasında ulaşılan fikir birliğine rağmen, uygulama sürecinde önemli darboğazlarla yüzyüze gelinmiştir. Bunun nedenlerinden biri olarak TSH'nin nasıl tanımlandığı ve algılandığı gösterilebilir. TSH dar ve geniş kapsamlı olmak üzere iki şekilde tanımlanabilir.

Dar kapsamlı tanımında, TSH birinci basamakta ya da ilk başvuru noktasında yardımcı sağlık personeli, sağlık çalışanı ya da bir doktor tarafından verilen sağlık hizmeti olarak tanımlanmaktadır. TSH'ne bu tür yaklaşım, sağlığı tıbbi bakım ile özdeşleştirmenin bir sonucudur. Bu tanıma göre TSH, kompleks vakaların ikinci ya da üçüncü düzeye yolandığı sevk zincirinin birinci basamağını oluşturmaktadır. Bağışıklama, sağlık eğitimi gibi bazı koruyucu hizmetlere yönelik faaliyetler de bu basamakta yürütülmektedir. Bu tanım, uygulamada gelişmiş ülkelerde genel pratisyenler (ya da sağlık ekibinin diğer üyeleri), gelişmekte olan ülkelerde ise 1960'lı yıllarda kurulan sağlık merkezleri şeklini almaktadır. TSH temelde Alma-Ata Bildirgesi'nde bahsedilen 8 faaliyet alanından sorumlu bu merkezlerin faaliyetleri ile özdeşleştirilmektedir.

Frenk ve diğerleri, (27) bu dar kapsamlı tanımın çıkmasından Alma-Ata Bildirgesi'ni sorumlu tutmakta ve bu tanımın çıkmasına ana neden olarak birinci basamak ile koruyucu hizmetler ya da ikinci basamak ile tedavi edici hizmetler arasındaki ilişki-

nin açık olarak ortaya konmamasını göstermektedir. Bunlara göre, Bildirge bir ulusun sağlık bakım sisteminin tüm unsurlarını geliştirmeye yönelikken, en az gelişmiş basamak olması nedeniyle birinci basamak üzerinde yapılan vurgu, TSH'nin birinci basamak ile özdeşleşmesine neden olmuştur.

TSH'nin geniş kapsamlı tanımı sadece sağlık sektörünü değil, diğer sektörleri de içermektedir. Bu tanıma göre TSH, kalkınma sürecinin temel bir parçası olarak görülmekte ve başarısı için her düzeyde "toplum katılımı" bir zorunluluk olarak kabul edilmektedir (28,29,30,31). Bu tanıma göre TSH, sağlık bakım sistemi içinde bir başka düzey olmaktan çok toplumların sağlık statüsünü yükseltmeye yönelik bir yaklaşım ve bir felsefe olarak algılanmaktadır. TSH'ne dayalı bir sağlık sisteminin özellikleri Kleczkowski ve diğerleri tarafından aşağıdaki şekilde sıralanmıştır (32):

TSH'ne dayalı bir sağlık sistemi;

- Eşitlik ve katılım ilkelerine bağlı olarak tüm toplumu kapsamlı;
- Sağlık sektörünü ve faaliyetleri sağlığı etkileyen diğer sektörleri içermeli;
- Bireylere, sağlık sisteminin ilk kontakt noktasında TSH'nin zorunlu hizmetlerini sağlamalı;
- Yerel düzeyde TSH'nin önemli bir öncelik olarak sunumunu desteklemeli;
- Ara düzeylerde, daha teknik ve sevk gereken sağlık problemleri ile başa çıkacak bakım düzeyini ve toplum ve toplum sağlık çalışanları için sürekli eğitimi sağlamalı;
- Merkezi düzeyde planlama ve yönetim becerileri, ileri düzeyde uzmanlaşmış bakım, uzman personel için eğitim ve merkezi lojistik ve finansal desteği sağlamalı;
- Gerekli hallerde değişik düzeyler ve bunların parçaları arasında problemlerin sevki yoluyla tüm sistem içinde koordinasyon sağlamalıdır.

TSH'nin bu geniş kapsamlı tanımını savunanlar yaklaşımın "aşağıdan yukarıya" (bottom-up) olma özelliğini vurgulamaktadır. Banerji'nin deyişiyle (33) sağlık hizmetlerinin "demokratikleşmesi", toplumun tüm faaliyetlere etkin katılımını zorunlu kılmaktadır. DSÖ ve UNICEF'in sağlık politikası üzerine yaptığı ortak bir çalışma geniş kapsamlı anlamıyla TSH'ni şu şekilde tanımlamıştır:

*"TSH, mevcut sağlık sistemine, toplum içinde, toplum kaynaklarını kullanan bir başka düzeye eklenmesinden çok tüm düzeylere ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili tüm sektörlerle hakim olacak şekilde önceliklerin yeniden düzenlenmesidir."*(34).

Bunun yanısıra, TSH hem bir yaklaşım hem de bir faaliyetler kümesi olarak görülebilir. Yaklaşım olarak temel sağlık hizmetleri, sağlık statüsünde elde edilen gelişmelerin büyük oranda gıda, su, hijyen, konut, eğitim ve iş olanaklarında sağlanan gelişmelere dayandığını kabul etmektedir. Bu nedenle Sağlık Bakanlıkları toplumların sağlık düzeylerinin yükseltilmesinde sınırlı sorumluluğa sahiptir. Bir faaliyetler kümesi olarak TSH'nde ise sorumluluk sağlık bakım sistemine, yani Sağlık Bakanlığı'na düşmektedir (3).

TSH'nin yukarıda belirtildiği şekilde dar kapsamlı ve geniş kapsamlı olarak ikiye ayrılması konu etrafındaki tartışmaları basite indirgemektedir. TSH'ni analizlerinde çok boyutlu bir perspektifi öneren Van der Geest ve diğerleri (36), TSH'nin politik hiyerarşide farklı pozisyonlara sahip kişiler tarafından farklı şekilde algılandığına dikkat çekmektedir. Buna göre, TSH, uluslararası örgütlerin, hükümetlerin, sağlık mensuplarının ve toplumun bakış açısına göre tanımlanmaktadır. Uluslararası örgütler, özellikle DSÖ ve UNICEF, TSH'ni topluma dayalı sağlık hizmetleri (Community Based Health Care) ve Basic Health Services yaklaşımının entegrasyonu olarak algılamaktadır. Ancak bu örgütlerin, özellikle UNICEF'in TSH politikasındaki değişiklikler, TSH etrafındaki karmaşayı ispatlamış ve tanımını daha güç hale getirmiştir. Hükümetlerin TSH tanımı, karmaşık politik ve sosyal ilişkilerin etkisi altındadır. TSH, hükümetlerin kısa ve uzun vadeli amaçlarına hizmet etmede kullanılacak bir politik konudur. Van der Geest ve diğerleri, ulusal hükümet düzeyinde TSH'nin tıbbi, politik ve finansal olmak üzere üç amacından söz etmektedir. Tıbbi amacında temel nokta morbidite ve mortalite rakamlarını geliştirmek üzere sağlık hizmetlerinin kapsamını geliştirmek; politik amacında yukardaki tıbbi gelişmelerle sağlanması beklenen sağlık düzeyindeki iyileşmeler ile hükümetin politik kredibilitelerini artırmak, finansal amacında ise uluslararası yardım yoluyla TSH için yapılacak harcamaları azaltmak söz konusudur. Van der Geest ve diğerlerine göre, sağlık mensuplarının TSH'ne bakış açısı olumsuzdur ve TSH içinde yer almamak için birçok nedenleri vardır. Bu nedenler, TSH'nin kariyerleri üzerindeki finansal etkisi, TSH politikasının gerekleri ile uyumlu olmayan eğitimleri ve kırsal alandaki kötü yaşam koşulları ile ilgilidir. Van der Geest ve diğerlerinin sınıflamasındaki dördüncü kategori yani toplum açısından TSH daha karmaşık görünmektedir. Burada üzerinde durulması gereken nokta, toplumun gerçek ihtiyaçları ile planlamacı ve epidemiyologlar tarafından tanımlanan ihtiyaçları arasındaki çelişkidir. Van der Geest ve diğerleri, TSH içinde yer alan "kendi kendine

yeterlik" (self-sufficiency) kavramının hükümetler tarafından nasıl kendi çıkarları yönünde kullanılabileceğinden ve toplumun buna nasıl itiraz edebileceğinden bahsetmektedir.

Daha önce de belirtildiği gibi, Alma-Ata'da 134 ülke temsilcisi Bildirge'ye imza atmış ve önerileri kabul edildiğini ilan etmiştir. Ancak, DSÖ ve UNICEF'in ortak çalışmasında da belirtildiği gibi (37) kökten sosyal bir transformasyonu gerektiren böylesine tartışmalı bir konuda, konferans sırasında yapılan onaylamaların derhal ve orijinal şekliyle uygulamaya konmasını beklemek mümkün değildir. DeKadt'ın da (38) belirttiği gibi, 1970'li yıllardan bu yana uluslararası sahada bu tipte birçok bildirgeye rastlanmasına rağmen bunları uygulamaya dönük programlar birer hayal kırıklığı olmuştur.

Bildirgeden bu yana ortaya çıkan birbirine zıt görüşler yüzünden TSH tıbbi bakım ve birinci basamak sağlık hizmetleri ile aynı anlamda kullanılmıştır. Frenk ve diğerleri (39) bu konuya dikkati çekmiş ve TSH ile temel tıbbi bakım (Primary Medical Care) arasındaki ayrımı ortaya koymuştur. Onlara göre, TSH risk belirlemeye yönelikken, temel tıbbi bakım komplike olmayan durumlar için sağlık hizmeti sunmayı içermektedir. Yani temel tıbbi bakım TSH'nin içinde yer almaktadır. TSH'nin temel tıbbi bakım ya da birinci basamak sağlık hizmetleri ile özdeşleştirilmesi ve ikinci ve üçüncü basamaktan izole edilmesinin doğal sonucu, TSH'nin ilkel, düşük teknoloji gerektiren ucuz bir sağlık hizmeti olarak kabul edilmesine yol açmaktadır. TSH'nin sadece üçüncü dünya ülkeleri için geçerli ucuz bir çözüm olduğu konusundaki yanlış çeşitli yazarlar tarafından incelenmiştir. Burada iki temel yanlış söz konusudur. Birincisi, TSH sadece üçüncü dünya ülkeleri için değil, gelişmiş ülkeler için de geçerli bir yaklaşımdır (40). Bu ülkelerin karşılaştıkları sorunlar farklı olmalarına rağmen TSH içinde yeralan ideolojik yorumlar düşünüldüğünde çözümlerin o kadar farklı olmadığı görülmektedir. Örneğin 1990'lı yılların çevre kirlenmesine maruz kalmış gelişmiş ülkelerinde de temiz su ve sağlıklı yaşam biçimini geliştirecek politikalara ihtiyaç vardır. Ayrıca, bu ülkelerde çeşitli sosyo-ekonomik gruplar arasındaki mevcut eşitsizlikler de yaklaşımın gelişmiş ülkeler için de geçerli olduğu yönündeki görüşü desteklemektedir.

TSH ile ilgili ikinci yanlış, bunun ucuz bir çözüm yolu olduğu konusundaki inanıştır. Bu görüş şiddetle eleştirilmiş ve bu tip bir düşünce tarzının, TSH'nin küçümsenmesi ve uygulama sürecinin olumsuz yönde etkilenmesi sonucunu doğurduğu tartışılmıştır (41,42). Joseph ve Russel tarafından yapılan bir araştırma, kaba tahminlere ve birçok varsayıma dayanmasına rağmen, TSH'nin pahalı bir

uygulama olduğunu ortaya çıkarmıştır. Segall'a göre de (1983:1948) TSH içinde yer alan müdahalelerin (örneğin aşı gibi) birim maliyetleri düşük olmasına rağmen bunların kapsayacağı nüfus düşünüldüğünde ortaya büyük bir rakam çıkmaktadır. Bu tür yanlışların bir kaynağı da TSH'nin koruyucu sağlık hizmetleri ile özdeşleştirilmesi ve bunun tedavi edici hizmetlerden daha ucuz olduğu varsayımı olabilir. Koruyucu hizmetlerin tedavi edici hizmetlerden daha ucuz olduğu görüşüne şiddetle karşı çıkmış ve koruyucu hizmetlerin içinde yer alan tarım, konut, eğitim gibi diğer sektörlerin de faaliyetleri dikkate alındığında genel inanın tersine koruyucu hizmetlerin daha pahalı olduğu görüşü ortaya atılmıştır (43). Ayrıca TSH yaklaşımının kapsamı, yani bu yaklaşımın koruyucu, tedavi ve rehabilite edici tüm faaliyetleri içerdiği gözönüne alınırsa TSH'nin ucuz bir yaklaşım olduğu görüşünün tamamen yanlış varsayımlara dayandığı görülebilir. Yaklaşım, koruyucu hizmetleri vurgulamasına ve "korumak tedavi etmekten daha iyidir" görüşünü benimsemesine rağmen ne tedavi edici hizmetleri ne de toplum sağlığını geliştirmeye yönelik diğer faaliyetleri tamamen gözardı etmektedir. Ayrıca birçok hastalığın kol gezdiği bir dünyada insanlar korunmaktan çok tedavi edilmeyi beklemektedir (44,45). Burada dikkat edilmesi gereken konu her iki nokta arasında yaratılacak dengedir. TSH'nin ucuz bir çözüm olarak kabul edilmesi sadece ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin birinci basamaktan daha önemli ve değerli olduğu görüşünü güçlendirmeye yarayacaktır. TSH yaklaşımı içinde yeralan uygun teknoloji, toplumun kendi kendine yeterli olması, toplum sağlık çalışanları, zorunlu ilaçlar (essential drugs) gibi kavramlar da yaklaşımın düşük teknoloji ve ikinci sınıf tıp ile özdeşleştirilmesine yol açmaktadır. Bu tip bir düşünüşün yol açabileceği en tehlikeli sonuç, zenginlerin yüksek teknoloji ile birleşen karmaşık tıbbi bakımı aldığı, fakirlerin ise yetersiz düzeyde destek gören sağlık hizmetleri ile başbaşa bırakıldığı farklı iki sağlık sisteminin yaratılmasıdır.

Alma-Ata Bildirgesi'nden sonra TSH yaklaşımı geniş ölçüde kabul görmesine ve hız kazanmasına rağmen şu anda yaklaşımın geleceği karanlık görünmektedir. Uygulamada genellikle TSH'nin dar kapsamlı tanımı kabul edilmiş<sup>(3)</sup> ve daha önce Basic Health Services hareketi ile inşa edilen sağlık evi ve merkezlerinin sayıca artırılması TSH uygulamaları ile özdeş kabul edilmiştir.

#### SEÇİCİ TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ: ALMA-ATA'YA İLK DARBE?

TSH'nin Alma-Ata'daki şekliyle tanımına ilk itiraz Walsh ve Warren tarafından yayınlanan tartışmalı

bir makale ile gelmiştir (46). Yazarlar bu makale ile Seçici TSH (STSH- Selective PHC) kavramını ortaya atmış ve bilim adamları arasında görüş farklılıkları ve çatışmaların doğmasına neden olmuştur. Yazarların yaklaşımı, gerçekte, 1950'li yıllarda hüküm süren dikey programların önerilmesinden başka birşey değildir. Burada, sağlık hizmetlerinin gelişimi sürecinde çok fazla yer tutan dikey-yatay tartışmasına ışık tutmak amacıyla her iki kavramın tanımlanmasında yarar görülmektedir. Buna göre "yatay" yaklaşım tüm sağlık problemlerini "genel sağlık hizmetleri" olarak adlandırılan kalıcı kurumlardan meydana gelen bir sistem yaratarak uzun dönemde çözmeye yönelikken, dikey programlar belirli bir problemi, probleme özgü yöntemlerle çözmeye yöneliktir (47). Esasında TSH yaklaşımı, daha önceleri başarısızlığı kabul edilen dikey programlara bir reaksiyon olarak ortaya çıkmasına rağmen Walsh ve Warren'in bu çıkışı ve bazı uluslararası örgütlerin uygulamaları yatay programlara olan bağlılığı tekrar gündeme getirmiştir.

Walsh ve Warren, seçici stratejileri benimseme nedenlerini savunurken TSH yoluyla "2000 Yılında Herkese Sağlık" amacını gerçekleştirmenin finansal olarak mümkün olmayacağı görüşü üzerinde durmaktadır. Yazarlar, hem amacın hem de kavramın geçerliliğinin tartışılmayacağını ancak bunları gerçekleştirmek için gerekli personel sayısı ve masrafların birçok gelişmekte olan ülkenin kaynaklarının çok ötesinde olduğunu savunmaktadır. Seçici stratejiye göre, gelişmekte olan ülkelerde mortalite ve morbiditesi en yüksek hastalık ve bu hastalıklara müdahale etmenin maliyet/etkililiği gözönüne alınarak bir strateji geliştirilmesi önerilmektedir. Yazarlar, yaptıkları araştırmalara dayanarak, gelişmekte olan ülkelerde dört alanda müdahalenin, bu ülkelerin sorunlarını çözmeye en iyi stratejiler olduğunu öne sürmüşlerdir. Bu alanlar, bağışıklama, oral rehidratasyon, anne sütü ve anti-sıtma ilaçlarının kullanımınıdır. Ancak yazarlar, makalelerinin başlığında da belirtildiği gibi bu yaklaşımı, TSH için gerekli kaynaklar sağlanıncaya kadar bir ara strateji olduğunu savunmaktadır.

Walsh ve Warren'in makalesi, sağlık yönetimi alanında çalkantılara yol açmış ve bilim adamları, seçici TSH'ne inananlar, kapsamlı TSH'ne inananlar olarak ikiye ayrılmıştır. Ancak ilk görüşü savunanlar için gerçek zafer, UNICEF'in "Çocuk Yaşamı ve Gelişimi Devrimi"ni başlatması ile gelmiştir. Bu hareket birçok gelişmekte olan ülke ve uluslararası örgütün dikkatini çekmiş ve gelişmenin izlenmesi, oral rehidratasyon, anne sütü ve bağışıklama stratejilerini içeren GOBI (Growth monitoring, oral rehydration, breast feeding, immunization) yaklaşımı

alternatif stratejiler olarak kabul edilmiştir. Daha sonra, UNICEF bunlara aile planlaması, kadın eğitimi ve gıda üretimini de ekleyerek bu 7 stratejinin, gelişmekte olan ülkelerde bebek ölümlerini azaltmak ve nüfusun sağlık statüsünü geliştirmek için en iyi stratejiler olduğunu ileri sürmüştür. Bu yaklaşımı hükümetlere kabul ettirmek amacıyla, UNICEF, "sosyal pazarlama" tekniklerini adapte etmiştir. UNICEF'in bu yaklaşımı çeşitli yönlerden eleştiriye uğramıştır. Bu eleştirilerin kaynağında sosyal pazarlamanın süreçten çok ürün üzerinde durduğu ve bu tip tek yönlü bir iletişimin katılımcı yaklaşımlar önünde bir engel oluşturduğu görüşü yatmaktadır (48).

UNICEF'in bu stratejisine paralel olarak, gelişmekte olan ülkelerin ilgisini en çok bağışıklama çekmiş ve aralarında Türkiye'nin de bulunduğu birçok ülke Genişletilmiş Aşı Kampanyası (EPI- Expanded Programme on Immunization) programına başlamıştır. Seçici stratejiye karşı çıkanlar, aşı kampanyalarına yönelik eleştirilerini iki ana noktada toplamaktadır. Birincisi, aşılanan çocukların kendi ortamlarına döndüğünde bağışıkladıkları hastalıkların dışındakilere yakalanma olasılığının çok yüksek olduğu, bu nedenle bebek ya da çocuk ölümlerini düşürmede daha köklü değişiklikler yapılmadığı sürece sadece bağışıklamanın çözüm olmayacağı görüşüdür. Zaire'de yapılan bir araştırmaya göre, aşılama sonucu kızamıktan ölenlerin sayısında düşme olmasına rağmen aynı düşüşün genel çocuk ölüm oranında gerçekleşmediği ortaya çıkmıştır (49). Aşı kampanyalarına ikinci eleştiri, bu kampanya sırasında ulaşılan bağışıklama oranının kampanya bitiminden sonra sürdürülememesi nedeniyle yapılmaktadır. Bu oranın sürekli kılınması ancak kampanya ile birlikte kalıcı bir alt yapının kurulması ile mümkündür. Örneğin aşı kampanyasının en can alıcı noktası soğuk depolama zincirini işler halde tutmaktır (50) ve bu başarısızlığı takdirde etkili bir kampanyayı gerçekleştirmek mümkün değildir.

Daha önce de belirtildiği gibi, seçici stratejilere yapılan ağır eleştirilere rağmen, uluslararası örgütler tarafından bu tip programlar çok rağbet görmüş ve bunun nedenleri çeşitli yazarlar tarafından ayrıntılı bir biçimde sıralanmıştır (51). Bu nedenlerin başında bu programların çabuk ulaşılabilen ve ölçülebilen sonuçlar doğurmasıdır. Hem maliyetinin hem de önlediği ölümlerin çabuk ve kolayca hesaplanabilmesi nedeniyle bu kampanyalar uluslararası örgütlere ve hükümetlere çekici gelmektedir. Özellikle, hükümetlerin genellikle 5 yıllık süreleri gözönüne alınırsa politik destek sağlamada bu tip gözle görülebilir sonuçlara ulaşmanın önemli olması seçici stratejileri daha da geçerli hale getirmektedir.

STSH, TSH'den tamamen farklı mıdır? STSH'ne karşı olanlar her ikisinin birbirinden tamamen farklı ve hatta zıt olduğunu savunmakta (52,53,54) ve yaklaşımı "karşı devrim" (55); "dikey programların kılık değiştirmiş şekli" (56); ya da "eski şişelerde yeni şarap" (57) olarak tanımlamaktadır. Bu bakış açısıyla STSH'ne en büyük eleştiri yaklaşımın tepeden inme (top-down), toplum katılımını hiçe sayan özellikleri nedeniyle yapılmaktadır. Rifkin ve Walt'a göre ise iki yaklaşım tamamen zıttır çünkü farklı görüşleri benimsemektedirler. İki grubun tarafları arasındaki ilk çelişki bunların tıbbi müdahalelerin sonuçlarına ilişkin yaklaşımlarındadır. STSH'ni savunanlara göre, herhangi bir tıbbi müdahalenin sonucu bu müdahaleyi yapanlar tarafından kontrol edilebilir. Ancak ikinci gruba göre ise bunu esas etkileyen faktör hizmetleri kullananların sosyal, politik ve ekonomik şartlarıdır. İki grup arasındaki ikinci çelişki ya da çatışma noktası, sağlığın iyileştirilmesi ya da sağlık statüsünün yükseltilmesinde zaman süreci ile ilgilidir. TSH'ne inananlara göre, sağlık şartlarında değişim için sosyal, ekonomik ve politik faktörlerde değişiklik gerekmektedir ve bu nedenle sağlık düzeyinde gerçek iyileşmeler çok uzun bir süreç sonucunda ortaya çıkacaktır. Diğer yandan STSH'ni savunanlar, toplum özelliklerini gözardı ederek teknolojinin herşeyi başarabileceğine inandıkları için çabuk ve kesin sonuçlara hemen ulaşabileceğini ileri sürmektedir.

STSH ve TSH uzlaştırılabilir mi? Kapsamlı TSH'ni savunanlara göre, her ikisi de farklı hatta çoğu durumda zıt şeyleri savundukları için bu iki yaklaşımın uzlaştırılması mümkün değildir. Ancak STSH'ni savunanlar, bu yaklaşımın TSH yaklaşımı içinde küçük geçici bir strateji olduğunu ve seçici stratejilerin TSH gelişene kadar geçici bir çözüm yolu olduğunu savundukları için uzlaştırılabileceğini öne sürmektedir.

## TÜRKİYE'DE TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ

Türkiye 1978 yılında Alma-Ata Bildirgesine imza atarak burada belirtilen kavramları onayladığını göstermiş ve yapılmakta olan son reform çalışmalarında 2000 Yılında Herkese Sağlık amacını gerçekleştirmek için TSH'ne dayalı bir sağlık sistemini benimsediğini çeşitli şekillerde ilan etmiştir (58). Bu bölümde TSH'nin Türk sağlık sektöründe nasıl algılandığı konusu üzerinde durulacak ve son reform çalışmaları bu açıdan irdelenecektir. Bunu gerçekleştirirken Türkiye'de TSH'ni inceleyen bir araştırma temel kaynak olarak kullanılacaktır (59). Kalitatif araştırma tekniklerini kullanarak yapılan bu araştırmada Türkiye'de sağlık politikasının geliştirilme-

sinde söz sahibi olan kişi ve kurumların görüşleri mülakat ve doküman analizi yoluyla incelenmiş ve TSH'nin Türkiye'deki gelişimi ve uygulamaları ile bu görüşler arasındaki bağlantı irdelenmiştir.

TSH'nin Türkiye'deki tanımı üzerinde durulmadan önce Dipnot 1'de sözü edilen konunun açılmasında fayda görülmektedir. Araştırma için gerçekleştirilen mülakatlar ve incelenen dokümanlar Türkiye'de Temel Sağlık Hizmetleri (Primary Health Care), Basic Health Services, sosyalizasyon ve koruyucu hizmetler kavramları arasında bir karmaşa olduğunu ve bu terimlerin gerçekte farklı konuları içermelerine rağmen birbirlerinin yerine kullanılabildiğini göstermiştir. TSH doğrudan sosyalizasyona atıfta bulunmakta ve Sağlık Bakanlığı içindeki Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü doğrudan doğruya sosyalizasyon ile ilgilenmektedir. Bu da TSH'nin uygulamada dar kapsamlı tanım ile özdeşleştiğini göstermekte, bu durum diğer uygulamalar ve mülakat sonuçları gözönüne alındığında daha da belirgin hale gelmektedir.

Araştırma için görüşülen kişilerin çoğu TSH'ni sağlık evi ve sağlık ocağından oluşan birinci basamak sağlık hizmetleri ile özdeşleştirmiştir. Bu görüş özellikle sosyalizasyonu Türkiye'ye getiren ve uygulamada bunun en büyük destekleyicileri tarafından savunulmuş ve Alma-Ata Bildirgesinde belirtilen 8 görevi üstlenmiş sağlık evi ve ocakları ile Türkiye'de TSH'nin daha Bildirge ortaya çıkmadan önce uygulamaya konduğu belirtilmiştir. Aynı şekilde uluslararası örgütlerin temsilcilerine de Türkiye'de TSH'nin nasıl algılandığını sorgulayan sorular sorulmuş ve verilen cevaplar yukarıda belirtilen sonuçları doğrulamıştır.

Yapılan mülakatların yanısıra, 1960 yılından bu yana sağlık alanında mevcut politika dokümanları da incelenmiştir. Bunların içinde Türkiye Büyük Millet Meclisi tutanakları önemli bir yer tutmaktadır. Bu tutanaklar incelendiğinde yalnızca 1987, 1989 ve 1990 yıllarında 3 milletvekilinin geniş kapsamlı TSH'ne yakın görüş bildirdikleri ancak bunların dışında koruyucu hizmetlere yönelik görüşlerin ağırlık taşıdığı görülmüştür. Koruyucu hizmetler tartışılırken özellikle bu hizmetlerin tedavi edici hizmetlere göre daha düşük maliyetli olduğu konusu sık sık gündeme gelmiş ve tedavi edici hizmetlerden çok koruyucu hizmetlere öncelik verilmesi gereği vurgulanmıştır. Sağlık sisteminde politika belirleyiciler arasında yaygın olan bu görüşün gerçekçi olmadığı yukarıda tartışılmıştı, ancak bunun nedenleri konusuna makalenin kapsamı dışında kaldığı için girilmeyecektir. Burada bu görüşün sadece Türk politika belirleyicilerine özgü olmadığı ve bu görüşün dün-

yada yaygın olduğunun belirtilmesinde fayda vardır. Bu da TSH'nin değerinin anlaşılmasına ve ikinci sınıf tıp ile özdeşleşmesine yol açmaktadır.

Türkiye 1978 yılında Bildirge'ye imza atmasına rağmen "2000 Yılına Kadar Herkese Sağlık Amacı" ve bunun ancak TSH'ne dayalı bir sistemle gerçekleştirilebileceği görüşü ve politika belirleme düzeyinde buna ilişkin girişimler ancak 1990 yılında başlamıştır. Aynı yıl içinde, sağlık sistemini yeniden örgütlemeye yönelik çalışmalar çerçevesinde 400 kişiden oluşan ve daha sonra alt komisyonlara bölünen bir çalışma grubu kurulmuş ve bunların çalışmaları sonucunda "2000 Yılında Herkese Sağlık. Türk Milli Sağlık Politikası" dokümanı ortaya çıkmıştır (60). Bu dokümanda "...hedef 2000 yılında herkese sağlık amacını gerçekleştirmektir ve bu ancak Alma-Ata'da ilan edildiği şekliyle TSH yoluyla sağlanabilir" denilerek Türkiye'nin TSH'ne olan bağlılığı bir kez daha açık bir şekilde vurgulanmıştır. Sağlık alanında eşitsizliklerin azaltılması, toplum katılımı ve sağlık eğitimi, TSH'ne dayalı bir sistem ve sektörlerarası işbirliği doküman tarafından bu amaca yönelik olarak adapte edilecek stratejiler olarak belirlenmiştir. Bu doküman, 2 yıl sonra yayınlanan "Ulusal Sağlık Politikası" (61) için temel ilkeleri belirlemiş ve 1993 yılında yayınlanan bu doküman ile Türkiye'nin 2000 yılı ve ötesindeki sağlık politikaları ile önerilen sağlık sisteminin ana hatları ortaya konmuştur. Doküman incelendiğinde, TSH'nin sağlık hizmetlerinin sunumu bölümü altında ele alındığı ve 2000 yılına kadar güçlü bir TSH'nin kurulmasının öngörüldüğü görülmektedir.

Yeni örgütlenme yapısı içinde TSH sunumu, kırsal alanda sınırlı tutulan sağlık evi ve sağlık ocakları ile kentsel alanda ise yeni kurulacak olan "aile hekimliği" uygulamaları ile gerçekleştirilecektir. İngiliz Genel Pratisyen (General Practitioner) sistemine benzer özelliklere sahip bu sistem içinde, kendi özel muayenehanelerinde faaliyet gösterecek aile hekimleri listelerinde bulunan kişilere birinci basamak sağlık hizmetlerini, koruyucu hizmetleri, periyodik kontrolleri, acil bakımı sağlayacak ve gerekli durumlarda hastaları ikinci ve üçüncü basamağa sevk edecektir. Bu da dar kapsamlı TSH tanımına uymaktadır. Reorganizasyon çalışmasıyla önerilen desantralizasyon gibi kavramlar TSH'nin geniş kapsamlı tanımıyla uygun olmakla birlikte uygulamaya yönelik öneriler son reformlarla da bugüne kadar mevcut görüşün değişmediğini göstermektedir.

Yukarıda sözü edilen araştırma sırasında direkt olarak TSH'nin tanımını sorgulayan soruların yanısıra, kavram içinde yer alan toplum katılımı, desantralizasyon, sektörlerarası işbirliği, toplum çalışanları,



kaynak dağılımı gibi konulara yönelik sorunlar da sorulmuş ayrıca bunlara ilişkin dokümanlar inceleyerek TSH konusundaki genel manzara ortaya konmaya çalışılmıştır. Ulaşılan sonuçlar aşağıda özetlenmektedir.

Araştırmanın birinci bulgusu, TSH yaklaşımının Türk sağlık sektörünün sorunlarının çözümünde geçerli bir yaklaşım olduğuna yöneliktir. Türkiye'de sağlık statüsü göstergelerinin durumu, toplumun çeşitli kesimleri arasındaki mevcut eşitsizlik problemi, mevcut sağlık sisteminin ülkenin sağlık sorunlarının çözümünde yetersiz kalması, sağlık ve sağlığa ilişkin konularda hüküm süren yaklaşımın değişmesi gereği, sağlığın diğer sektörlerin faaliyetlerinden izole olması ve sağlığın sadece Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğu altında görülmesi, kaynak dağılımı sorunlarının ivedi çözüm gerektirmesi, yukarıdan-aşağıya (top down) bir yönetim tarzının tüm kademelerde hüküm sürmesi gibi konular bu yaklaşımın Türkiye'de geçerliliğini doğrulamaktadır. Geniş kapsamlı tanımıyla TSH bu problemlerin nedenlerine ve çözümüne yönelik stratejiler önermektedir.

Araştırmanın ortaya çıkardığı en önemli bulgulardan biri, ülkenin sağlık sorunlarının çözümünde "tıbbi yaklaşım"ın baskın olmasıdır. Sağlığı, sadece hastalığın olmaması olarak algılayan ve sağlığa kavuşmanın sadece tıbbi müdahale ile gerçekleşeceğini savunan tıbbi yaklaşım hem mülakat yapılan kişilerin görüşlerinde hem de incelenen dokümanlarda gözlenmektedir. Sağlık doğrudan doğruya tıbbi hizmetlerin bir sonucu olarak görülmekte ve buna ulaşmada doktorlar en belirleyici kişiler olarak kabul edilmektedir. Bu yaklaşımın en belirleyici özelliklerinden biri de dikey programlara olan bağımlılıktır. Ayrıca toplum katılımı, toplum çalışanları gibi konulardaki görüşler de bu yaklaşımın geçerliliğini doğrulamaktadır. Örneğin, toplum katılımı, mülakat edilen kişilerin büyük bir çoğunluğu tarafından bireylerin kendilerine doktor tarafından söylenen şeyleri yapmaları olarak algılanmış ve bu kavram içindeki derin ve felsefi konular hiçbir şekilde gündeme gelmemiştir.

Yapılan araştırmada TSH'nin önemli ilkelerinden biri olan eşitlik konusunda da önemli bulgular elde edilmiştir. Kaynak dağılımındaki eşitsizlik, kaynakların objektif kriterlerden çok politik baskılara göre dağılımı, toplum ihtiyaçlarının gözönüne alınmaması gibi konular gündeme gelmiş ve gerçekten TSH felsefesine uygun bir sağlık sistemi kurmak amacını güden Türkiye'de bu soruna öncelik verilmesi gereği belirlenmiştir. Bu da bütçeleme tekniklerinden başlayarak hızlı ve radikal bir reform çalışmasını gerektirmektedir. Bu girişimler etkin bir

enformasyon sisteminin gerekliliğini de bir kez daha gözler önüne serecektir.

Yeni reform önerileri, özellikle de genel sağlık sigortası önerisi, toplumdaki bireyler arasında eşitsizliklerin azaltılmasında önemli bir adımı olarak kabul edilebilir. Bugünkü mevcut finansman yapısı özellikle örgütlü sektörlerde çalışanların lehinde işlev göerek eşitsizliklerin oluşmasına ve toplumdaki bireyler arasındaki farkın açılmasına katkıda bulunmaktadır. Ancak burada üzerinde önemle durulması gereken nokta sağlık sigortasının, yukarıda belirtilen amaca ulaşabilmesi için hizmet arzının gelişmesi gereğidir. Bu sağlanmadığı takdirde genel sağlık sigortası, devletin yardım ettiği gruplar dışında kalan fakir ve orta hallinin zengini sübvans ettiği bir sistem işlevi görecektir.

Son reform çalışmaları, özel sektöre ağırlık veren bir sisteme doğru gidişi yansıtmaktadır. Dar kapsamlı TSH tanımını benimseyen Sağlık Bakanlığı, TSH'nin sunumunda özel sektörde çalışan aile hekimlerini önermekte ve bunlar aracılığıyla TSH'nin daha etkili ve verimli sunulacağını öne sürerek özel sektörün TSH üzerindeki olası olumsuz etkisini gözardı etmektedir.

Türkiye'nin mevcut idari örgütlenme şekli, geniş kapsamlı TSH tanımına uygun bir sistem kurmaya uygun değildir. Aşırı merkezîyetçilik sistemin özünü oluşturmakta bu da mülakat yapılan kişilerce de en önemli sorun olarak vurgulanmaktadır. Son reorganizasyon çalışmaları Bölge Sağlık İdareleri'nin kurulması yönündeki önerileriyle desantralize bir sisteme dönüşümü ortaya atmaktadır ve bu da TSH felsefesine uygun bir adım olarak görülebilir. Ancak, diğer sektörlerdeki ve genelde tüm idari yapıdaki merkezîyetçilik özelliği korunduğu sürece sadece sağlık hizmetlerinde desantralizasyona gidilmesi ulaşılması beklenen olumlu sonuçları doğurmazdır.

Türkiye'de dar kapsamlı TSH'nin benimsendiğinin bir başka kanıtı da aynı adlı Genel Müdürlüğün Sağlık Bakanlığı'nın örgüt şeması içindeki konumudur. Mevcut durumda TSH Sağlık Bakanlığı içinde dikey bir program niteliğindedir. Bu birimin temel sorumluluk alanına sosyalle sağlık hizmetleri girmektedir. Bu bölünüş TSH'nin geniş kapsamlı tanımı ile uygun değildir. Bu tanım içinde yer alan diğer işlevlerin, örneğin tedavi edici hizmetler, anaçocuk sağlığı gibi, başka birimlerin sorumluluğu altında olması önemli sorunlara yol açmaktadır. Vaughan ve diğerleri (62), Sağlık Bakanlığı içinde TSH için hem politik hem de idari otoriteye sahip müsteşarlık düzeyinde bir makamın oluşturulmasını önermektedir. Bu yolla Bakanlığın tüm faaliyetleri-

nin TSH bölümü ile koordinasyonu sağlanacak ve kaynak tahsisi uygulamaları daha gerçekçi olacaktır.

TSH'nin Türkiye'de algılanış biçimi incelenirken üzerinde durulması gereken bir başka konu da seçici TSH'ne bakış açısidir. Türkiye'de dikey programlar ilk olarak Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile girmiştir. Sağlık Bakanlığı organizasyonu içinde 1949 yılında sıtma, 1963 yılında verem savaş birimleri kurulmuş daha sonra 1965'de ise ana-çocuk sağlığı birimi ve programları örgüt hiyerarşisine eklenmiştir. Araştırma sırasında özellikle Bakanlık içinde üst düzeyde çalışanlar hatta bu birimlerin amirleri koordinasyon sorunlarına değinerek bu birimlerin ve programların TSH birimine entegre edilmesi gereğine değinmiştir. Bu örgütlenme tipinin yanısıra seçici TSH konusu açısından değinilmesi gereken bir başka nokta da 1985 yılında gerçekleştirilen aşı kampanyasıdır. Daha önce seçici TSH konusu incelenirken UNICEF'in politikaları ve Genişletilmiş Aşı Kampanyası konusu üzerinde durulmuş ve birçok gelişmekte olan ülkenin UNICEF'in desteğiyle bu programı başlattığı üzerinde durulmuştu. Türkiye de 1985 yılında bu ülkeler arasında girmiştir. Kampanya konusundaki görüşler ikiye ayrılmış ve olumlu düşünenler bu tip kampanyaların, sosyal hareketlilik üzerinde pozitif etki yapacağını öne sürerek aşı kampanyasının, %80 oranında bağışıklama oranına ulaşmanın tek yolu olduğunu savunmuşlardır. Buna karşı çıkan grup ise tartışmasını bu kampanyalar sırasında ulaşılan bağışıklama oranlarının yapay olduğu ve kampanya bitiminde eski oranlara hemen dönüldüğü görüşü üzerinde yoğunlaştırmış bunun da hem sağlık hizmeti verenler hem de halk arasında moral bozukluğuna neden olabileceği üzerinde yoğunlaştırmıştır (63). UNICEF'in değerlendirmelerine göre kampanya, 1.3 milyon kızamık, 9000 çocuk felci ve 873.000 boğmaca vakasını ve bu vakalar nedeniyle oluşabilecek 22.500 ölüm vakasını önlemiştir (64). Uluslararası alanda da kampanya bir başarı öyküsü olarak ilan edilmiş (65) ancak kampanya bitiminden sonra bağışıklama oranındaki düşme negatif düşünenlerin görüşlerini haklı çıkarmıştır. Yapılan araştırma esnasında, benimsenen tıbbi yaklaşıma paralel olarak, seçici TSH uygulamalarının olumlu yanları araştırmada görüşülen kişiler tarafından savunulmuştur. Son reform çalışmalarında dikey programların sisteme entegre edilmesi önerilmekte ve önerilen örgütlenme modeliyle Sağlık Bakanlığı içindeki yukarıda sözü edilen birimler ortadan kaldırılmaktadır.

## SONUÇ

Bu makalede öncelikle TSH tamamen teorik olarak incelenmiş ve Alma-Ata Bildirgesinden sonra ge-

lişen TSH tanımları üzerinde durulmuştur. Politik ve ideolojik tercihleri -ki bunlar sağlık sistemlerine ilişkin önerilerde belirleyici faktörlerdir- bir yana bırakılırsa, benimsenen TSH tanımının buna yönelik politikaların belirlenmesinde belirleyici faktör olduğu söylenebilir. Geniş kapsamlı tanım bir ülkede sadece sağlık sektöründe değil tüm sektörlerde çeşitli düzenlemeleri öngörmekte, toplumun her aşamada katılımının sağlanmasını ve desantralize bir yönetim sistemini vurgulamaktadır. Buna karşılık dar kapsamlı tanım sağlığı sağlık sektörü ile sınırlayarak sağlık hizmetleri sisteminde etkili ve verimli bir birinci basamak sağlık hizmeti sunumunu yeterli görmektedir.

Makalede ikinci olarak Türkiye'de TSH uygulamaları ve son reformlar üzerinde durulmuş, sağlık politikası belirleyicileri arasında yapılan bir araştırmanın konuya ilişkin bulguları özetlenmiştir. Buna göre, gerek geçmişte, gerekse önümüzdeki dönemlerde uygulamaya girecek yeni reformlarda ve sağlık politika belirleyicileri arasında dar kapsamlı TSH tanımının benimsendiği gözlenmiştir. Bu makalenin kapsamı dışındaki birçok nedenin yanısıra, Türkiye'de bu alandaki literatürün gelişmiş olmaması, TSH kavramlarına yönelik çalışmaların yetersiz olması bu tip bir yaklaşımın benimsenmesinde önemli rol oynamış olabilir. Bu nedenle TSH ve ilgili konularda tartışma açılması, akademisyenlerin bu konuya eğilmeleri ülkenin sağlık statüsünün yükseltilmesinde gerekli ve zorunlu bir adım olarak görülebilir.

## KAYNAKLAR

1. Agbonifo, P.O., "The State of Health as a Reflection of the Level of Development of a Nation", *Social Science and Medicine*, Vol. 17, No.24, 1983.
2. Grosse, R.N., Harkavy, O., "The role of Health and Development", *Social Science and Medicine*, Vol. 14, 1980.
3. McKeown, T., *The Role of Medicine*, Oxford, Blackwell, 1979.
4. Fendall, R., "Myths and Misconceptions in Primary Health Care", *Third World Planning Review*, Vol. 7, No.4, 1985. S.30.
5. Evans, J.R. ve diğerleri, "Shattuck Lecture-Health Care in the Developing World: Problems of Scarcity and Choice", *Social Science and Medicine*, Vol.305, No.19, 1981. s.1117.
6. World Bank, *Health Problems and Policies in Developing Countries*, Washington, World Bank Staff Working Paper No.412, 1980. ss.18-20.
7. Dayal, L. Pennel, I. *The Political Economy of Health*, London, Pluto Press, 1979. s. 137.
8. MacPherson, S., *Social Policy in the Third World*, Brighton, Wheatsheaf Books, 1982. s.95.
9. UNICEF, *The State of the World's Children 1990*, Oxford, Oxford University Press, 1990. s.3.
10. Aynı, s.17.
11. Banerji, D., "Social and Cultural Foundations of Health Services Systems", *Economic and Political Weekly*, Vol.9, No.32-34, 1974. s.1133.

12. Gish, O., "The Political Economy of Primary Care and 'Health by the People' an Historical Exploration", *Social Science and Medicine*, Vol.14, 1980.s.205.
13. Hasan, Z., "Bringing Health Care Back to People", *Assignment Children*, Vol.42, 1978. s.20.
14. Roemer, M.I., "Priority for Primary Health Care: Its Development and Problems", *Health Policy and Planning*, Vol.1, No.1, 1986. s.60.
15. Aynı, s.61.
16. Seers, D., "The Meaning of Development", *International Development Review*, Vol.XI, 1969.
17. Stewart, F., *Basic Needs in Developing Countries*, Baltimore, Maryland, The John Hopkins University Press, 1985. s.1.
18. Djukonovic, V.; Mach, E.P., *Alternative Approaches to Meeting Basic Needs in Developing Countries*, Geneva, World Health Organization, 1975.
19. Newell, K.W., *Health by the People*, Geneva, World Health Organization, 1975.
20. World Bank, a.g.e., s.28.
21. WHO/UNICEF, Alma-Ata 1978. Primary Health Care, Geneva, WHO, 1976. s.3.
22. Aynı, s.5.
23. Sidel, V.W.; Sidel, R., "Primary Health Care in Relation to Socio-Political Structure", *Social Science and Medicine*, Vol.11, 1978.
24. Navarro, V., "A Critique of the Ideological and Political Position of the Brandt Report and the Alma-Ata Declaration", *International Journal of Health Services*, Vol.14, No.2, 1984.
25. Frenk, J., ve diğerleri, "First Contact, Simplified Technology or Risk Anticipation? Defining Primary Health Care", *Academic Medicine*, Vol. 65, No.11, 1990. s.678.
26. Banerji, D., "Hidden Menace in the Universal Child Immunization", *International Journal of Health Services*, Vol.18, No.2, 1988. s.294.
27. Frenk ve diğerleri, a.g.e., s.678.
28. Ebrahim, G.J.; Ranken, J.P., *Primary Health Care. Reorienting Organizational Study*. London, MacMillan Publishers Ltd., 1988. s.7.
29. Heggenhougen, H.K., "Will Primary Health Care Efforts Will be Allowed to Succeed", *Social and Medicine*, Vol.19, No.3, 1984. s.221.
30. Rifkin, S.; Walt, G., "Why Health Improves: Defining the Issues Concerning Comprehensive Primary Health Care and Selective Primary Health Care", *Social Science and Medicine*, Vol.23, No.6, 1986. S.560.
31. MacPherson, S., *Five Hundred Million Children*, Sussex, Wheatsheaf Books, 1987.
32. Kleckowski, B.M. ve diğerleri, *Health System Support for Primary Health Care*, Geneva, WHO Public Health Papers No 80, 1984. s.7.
33. Banerji, a.g.e., 1988. s.29.
34. WHO/UNICEF, *National Decision-Making for Primary Health Care*, Geneva, WHO, 1981. s.8.
35. Vaughan, P., ve diğerleri, "Can Ministries of Health Support Primary Health Care? Some Suggestions for Structural Reorganization and Planning", *Public Administration and Development*, Vol.5, 1985. s.1.
36. Van der Geest, S. ve diğerleri, "Primary Health Care in a Multi-Level Perspective: Towards a Research Agenda" *Social Science and Medicine*, Vol.30, No.9, 1990.
37. WHO/UNICEF, a.g.e., 1981. s.7.
38. DeKadt, E., "Ideology, Social Policy, Health and Health Services: A Field of Complex Interactions", *Social Science and Medicine*, Vol.16, 1982, s.741.
39. Frenk, J., ve diğerleri, a.g.e., 1990. s.678.
40. Kaprio, L.A., *Primary Health Care in Europe*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1979.
41. Joseph, S.G.; Russel, S.S., "Is the Primary Health Care the Wave of the Future", *Social Science and Medicine*, Vol.14C, 1980. s.142.
42. Segall, M., "Planning and Politics of Resource Allocation for Primary Health Care: Promotion of a Meaningful National Policy", *Social Science and Medicine*, Vol.117, No.24, 1983. s.1948.
43. Klouda, A., "Prevention is More Costly than Cure: Health Problems for Tanzania", Morley, D., ve diğerleri (eds), *Practising Health for All*, Oxford, Oxford University Press, 1983.
44. Fendall, R., "Primary Health Care, Issues and Constraints", *Third World Planning Review*, Vol.3, No.4, 1981. S.394.
45. Gish, O., "A Primary Health Care Planning Strategy", *Assignment Children*, Vol. 42, 1978. s.51.
46. Walsh, J.; Warren, K., "Selective Primary Health Care: An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries", *Social Science and Medicine*, Vol. 14C, 1980.
47. Mills, A., "Vertical vs Horizontal Health Programmes in Africa: Idealism, Pragmatism, Resources and Efficiency", *Social Science and Medicine*, Vol.17, No.24, 1983. s.1972.
48. Wisner, B., "GOBI vs. PHC? Some Dangers of Selective Primary Health Care" *Social Science and Medicine*, Vol.26, No.9, 1988. s.946.
49. Kasango Project Team, "Influences of Measles Vaccination on Survival Pattern of 7-35 Month Old Children in Kasongo, Zaire" *The Lancet*, Vol.II, 1981.
50. Cheyne, J., "Stengthening the Vaccine Cold Chain", *World Health Forum*, Vol.3, No.4, 1982. s.436.
51. Unger, J.P.; Killingsworth, J.R., "Selective Primary Health Care: A Critical Review of Methods and Results", *Social Science and medicine*, Vol.22, No.10, 1986.
52. Banerji, D., "Crash the Immunization Programme: Consequences of a Totalitarian Approach", *International Journal of Health Services*, Vol.20, No.3, 1990, s.508.
53. Newell, K.W., "Selective Primary Health Care: The Counter Revolution", *Social Science and Medicine*, Vol.26, No.9, 1988.s.906.
54. Rifkin, S.; Walt, G., a.g.e., 1986. s.565.
55. Newell, K.W., a.g.e., 1988.
56. Fendall, R. a.g.e., 1985.
57. Gish, O., "Selective Primary Health Care: Old Wine in New Bottles" *Social Science and Medicine*, Vol.16, 1982.
58. Sağlık Bakanlığı, 2000 Yılında Herkese Sağlık. Türk Milli Sağlık Politikası, Ankara, 1990.
59. Tatar, M., *Health for All by the Year 2000 and Primary Health Care: The Turkish Case*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Nottingham University, Nottingham.
60. Sağlık Bakanlığı, a.g.e., 1990.
61. Sağlık Bakanlığı, *Ulusal Sağlık Politikası*, Ankara, 1993.
62. Vaughan, P., ve diğerleri, a.g.e., 1985.
63. Bertan, M.; Reid, R.S., "The National Immunization Campaigning of Turkey", *Assignment Children*, Vol 69/72, 1985. s.267.
64. UNICEF, *Turkish National Immunization Campaign of 1985, Rapid Assessment*, 1986. s.iv.
65. Walsh, J., "Selectivity Within Primary Healthd Care", *Social Science and Medicine*, Vol.26, No.9, 1988. s.901.