

KENTLERDE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ*

Dr. Nevzat EREN**

Türkiye'de kentlerde birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenişi ve hizmet sunumu alanlarında büyük sorunlar olduğu öteden beri bilinen ve yakınılan bir durumdur. Konuya "bu görevi sağlık ocakları yapacaktır" diye yaklaşmak sorunu hafife almak olacaktır. Oysa konunun çözümünde pek çok darboğazlar ve eksiklikler vardır. Bu özet yazıda konuya kısaca değinilecektir.

Kentlerde birinci basamak sağlık örgütlenmesinin nasıl olması gerektiğine karar verilebilmesi için bazı konularda açıklığa gereksinim vardır:

1. Politik Karar Alınması Gerekliliği : Siyasi otoritenin bu hizmetleri kimin yapacağı konusunda karar vermesi en önemli gerekliliktir. Her ne kadar kentlerdeki birinci basamak sağlık hizmetlerini kimin (kimlerin) yapıp yerine getireceği konusunda bazı yasal kurallar varsa da, açıklık ve kesinlikten söz edilememektedir. 1580 Sayılı Belediyeler Kanunu (özellikle 15'inci maddesi) ile 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un 33'üncü maddesi kesin kurallar getiriyor gibi görünüyorsa da, birinci basamak hizmeti koruyucu hizmetlerden ayırmakta oldukları için, uygulamada kargaşaya ve başarısızlığa yol açmaktadırlar. Bu istenmeyen durumu önlemek için yeni bir politik karar alınması zorunlu görülmektedir. Ayrıca bu karar, "birinci basamak sağlık hizmeti" ve "temel sağlık hizmeti" terimlerinin ortaya çıkardığı kargaşaya da son vermelidir. Doğru yaklaşım ve doğru terim "temel sağlık hizmeti" anlayışı ve terimidir. Basamak ve özellikle birinci basamak terimleri bulanık, içeriği değişken kavramlardır.

İkinci politik karar kurulacak örgütlenmede "personel önceliğinin nasıl olacağı" konusunda sap-

* Bu yazı Nusret Fişek Günleri/1994'te ilgili grupta tartışma ortamı yaratmak amacıyla hazırlanmış ve sunulmuştur.

** Hacettepe Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Prof. Dr.

tanmalıdır. Hizmetin temel özelliği "hekim ağırlıklı mı" yoksa "sağlık personeli ağırlıklı mı" olacaktır? Bu konudaki karar örgütlenme biçimini çok önemli ölçüde etkileyecektir. Ülkemizde böyle bir karar da yoktur.

2. Alınacak politik karar görevi kime veriyorsa yetki ve kaynakları da onun emrine vermek için gereken önlemler alınmalıdır. Oysa ülkemizde sıklıkla, görev ve sorumluluk verilmekte, yetki ve özellikle kaynaklar verilmemektedir. Sözgelimi, kentsel bölgelerde temel sağlık hizmetlerini karşılama görevi yerel yönetimlere verilirse, bu görevi yerine getirmek için parasal kaynaklar, nitel ve nicel yönden yeterli sağlık insangücü sağlama, kural (yasa, tüzük, yönetmelik, vb.) koyma yetkisi de yerel yönetimlere verilmelidir. Bu böyle olmazsa kesin bir başarısızlık beklenmelidir. Ülkemizde yıllardır olagelen budur.

3. Hangi öncelikli hizmet olursa, ya da hizmeti kim verirse versin "en az düzeyde yeterli hizmet kapsamı" ve bunun gene "en az düzeyde standartları ulusal düzeyde saptanmalıdır." Bunun yapılması hizmetin niteliğinin düşmesini önleyeceği gibi, gereksiz ve pahalı perfectionime'i de önleyecektir.

4. Kurulacak örgütün özdenetim mekanizmaları baştan düzenlenmeli (kuşkusuz sonradan ekleme çikarmalar, düzeltmeler yapılabilir) belli düzeyde bağımsız çalışabilmesinin kuralları da konmalı, halkın ve çalışanların yönetime katılımı sağlanmalıdır. Burada çok önemli bir nokta "halkın yönetime katılımı" ile "popülizm" arasındaki duyarlı dengeyi kurma gereğidir.

5. Sağlık hizmetlerinin kentlerde örgütlenmesinin önündeki en büyük engelin "mevzuat yetersizliği ve karmaşası" olduğunun üzerinde de, önemle durulmalıdır.

Yukarıda çok kısa olarak altları çizilen karar eksiklikleri ve yetersizlikler üstesinden gelinemeyecek şeyler değildir. Ancak, bu konuda başarılı olabilmek

için plancılar ve sağlıkçılarda gözlenen kavram kargaşası ortadan kaldırılmalı, herkes diğerlerinin neyi amaçladığını kesinlikle doğru algılamalıdır. Yukarıda kısaca değinildiği gibi kavram kargaşası "birinci basamak sağlık hizmeti" ile "temel sağlık hizmeti" kavramları arasındadır. Bu iki terimi eşanlamli anlayanlar vardır. Kargaşaya yol açan da Alma Ata Bildirge'sinde "primary health care" teriminin bulunuşudur. Bu terimin Türkçe'ye çevirisinde "health" ve "care" sözcüklerinde bir sorun yoktur. Ancak "primary" sözcüğü Türkçe'ye değişik biçimlerde çevrilmiştir. İngilizcedeki primary sözcüğünün, doğal olarak Türkçe'de birden çok karşılığı vardır. Bu gerçekten yola çıkılarak kimileri bu sözcüğü Türkçe'ye "birincil" kimileri de "temel" olarak çevirmişlerdir. Yapılan çevirilere de, yanlış denemez. Diğer yandan uluslararası terminolojide "step (basamak)" teriminin tedavi özelliği baskın bir anlamı vardır. "Birinci basamak" terimi ise, "bireyin ilk başvurduğu sağlık kurumunda aldığı hizmet" olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımlama ise birçok ülkede, bu arada bizim ülkemizde daha çok tedavi hizmetini çağrıştırmaktadır. Bu nedenle "birinci basamak" terimi yerine "temel sağlık hizmeti" terimi yeğlenmelidir.

Alma Ata Bildirgesi'nde uluslara "halklarına vermekle yükümlü oldukları en az düzeyde yeterli sağlık" hizmetlerinin neler olduğu açıklanmaktadır. Altı çizilmelidir ki, Bildirge'de sıralanan hizmetler "en az düzeyde yeterli" hizmetlerdir. Başka bir anlatıyla Bildirge'nin 5'inci maddesinde sayılan hizmetler olmazsa olmaz hizmetlerdir ve belirtildiği gibi, bu hizmetler "en az düzeyde yeterli" dir. Önemi nedeni ile bu maddenin Türkçesi aşağıda sunulmaktadır.

ALMA ATA BİLDİRGESİ MADDE 5

Temel sağlık hizmetleri toplum içindeki asıl sağlık hizmetlerini içermekle birlikte, bu sorunlar ülke ve toplumlara göre ayırım göstermektedir. Bu nedenle temel sağlık hizmetleri EN AZINDAN,

1. Sağlık sorunlarını çözmek için eğitim yapılması,
2. Doğru bir beslenmenin sağlanması,
3. Yeterli ve temiz içme ve kullanma suyu sağlanması,
4. Aile planlaması ve ana-çocuk sağlığı ile doğum hizmetlerinin sağlanması,
5. Ateşli ve bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklık kazandırılması,
6. Yeterli salgın hastalıklardan korunma ve de-

netimin sağlanması,

7. Genel hastalık ve yaralanmaların doğru tedavi edilmesi, bunun için gerekli ilaçların sağlanması HİZMETLERİNİ KAPSAMALIDIR.

Türkiye Cumhuriyeti Alma Ata Bildirgesi'ni onayladığına göre, ister köyde ister kentte, halka en azından yukarıdaki hizmetleri sunacaktır. Öyleyse, adının "kentlerde temel sağlık hizmeti" olmasını önerdiğimiz örgütün neleri yapıp yerine getireceği, halka hangi hizmetleri sunacağı, tartışma götürmez bir biçimde ortadadır.

Alma Ata Bildirgesi 5'inci maddede sayılan hizmetleri kapsamak koşuluyla, ülkeleri örgütlenme konusunda özgür bırakmaktadır. Bunun üzerine 1979 yılında yapılan ve bizim de üyesi olduğumuz bir toplantıda Türkiye için bu hizmetler şöyle biçimlendirilmiştir:

1. Koruyucu Hekimlik Hizmetleri

A. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Hekimlik Hizmetleri

- Erken Tanı Hizmetleri,
- Bağışıklama Hizmetleri,
- Sağlık Eğitimi Hizmetleri,
- Beslenmenin Düzeltilmesi Hizmetleri,
- Aile Planlaması Hizmetleri,
- Sero ve Kemoprofilaksi Hizmetleri.

B. Çevreyeye Yönelik Koruyucu Hekimlik Hizmetleri

- Yeterli ve Temiz İçme ve Kullanma Suyu Sağlanması,
- İnsan ve Hayvan Dışkı ve İdrarının Sağlık Koşullarına Uygun Olarak Uzaklaştırılması,
- Çevrenin Korunması,
- Barınak Hijyeni,
- Vektör Denetimi,
- İonizan Işınlardan Korunma, vb.

2. İlk Yardım Hizmetleri

3. Acil Tedavi Hizmetleri,

4. Evde-Ayaktan Bakım (Poliklinik) Hizmetleri,

5. Hasta Sevki ve Sonuçlarını İzleme Hizmetleri,

6. Adli Hekimlik Hizmetleri,

7. Yönetici Hekimlik Hizmetleri.

Görüldüğü gibi, Türkiye için saptanan temel sağlık hizmetlerinin içeriği Alma Ata Bildirgesi'nden daha kapsamlı ve ileridir. Böylece kentsel alanlardaki

temel sağlık hizmeti olarak hangi hizmetlerin verileceği, Türkiye koşullarına uygun olarak ortaya konmuş bulunmaktadır. Bu kapsam üzerinde tartışma açmak, olayı anlamsızlığa ve çözümsüzlüğe itmek demektir. Bunun bilimsel ve yönetsel bir nedeni de yoktur.

Üzerinde tartışılması gereken önemli bir diğer konu da hekimlik eğitimi başta olmak üzere, sağlık personeline uygulanan eğitimin niteliğidir. Tıp eğitimi uzun yıllardır "iyi genel pratisyenler yetiştirememekle" suçlanmaktadır. "İyi genel pratisyen olma", içeriği belirsiz bir kavramdır. Türkiye'de tıp eğitiminin temel kusuru ise "hangi hizmeti yapmak için hekim yetiştirileceğinin" kararının verilmemiş olmasıdır. O nedenle, cami ne denli büyük olursa olsun fakülte hocaları bildiklerini okumaktadırlar. Temel sağlık hizmeti, ister kırsal ister kentsel, her yere götürülmesi gereken hizmetler olduğuna göre, tıp eğitiminin içeriğinin çerçevesi açıkça ortada bulunmaktadır. Bu çerçeveyi açıp bir "curriculum" oluşturmak zor olmasa gerektir. Hekim dışı sağlık personeli eğitimini de, bu çerçeveye göre oluşturmak gereklidir.

Böylece, kentsel bölge temel sağlık hizmeti örgütünün temel görevleri ve bu alanda görevlendirilecek personelin eğitiminin çerçevesi ortaya çıkmış olacaktır. Detayları düzenlemek herhalde

zor değildir. Ayrıca, detayların bölgesel büyük değişkenliğinin, genel kurallar koymayı, genel olarak yanlışlayacağı da akılda tutulmalıdır. Ancak, ortada görünen bu gerçeklerin uygulanmasında başarı sağlayabilmek için, yukarıda özetlenen kararların verilmesinin yaşamsal önemi de akılda tutulmalıdır. Bilimsellikten ayrılmamak bilimsel bir kuraldır. Bununla birlikte, halka ve politikacılara, karar verici ve yöneticilere rağmen başarılı olmak da, asla beklenmemelidir.

Sağlık hizmeti üretenler ve sağlık yöneticileri sıklıkla karar vericiler değillerdir.

SONUÇ

Bu özet yazıda kentsel alanlarda temel sağlık hizmetlerinin uygulanması konusunda bazı politik kararların alınması zorunluluğu üzerinde durulmuş, Alma Ata Bildirgesi'ni onaylayan bir devlet olarak Türkiye'nin kırsal ya da kentte, halka vermek zorunda olduğu sağlık hizmetlerinin neler olduğu, bu hizmet içeriğinin hekimlik eğitimi ve diğer sağlık personeli eğitimlerinin çerçevesini belirlediği ortaya konmuştur.

Sağlık hizmeti üretenlerle bu hizmeti yönetenlerin halkı, karar vericileri ve politikacıları eğitip kazanmaları gerektiğinin de altı çizilmiştir.