

BİRİNCİ BASAMAK

TÜRKİYE'DE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ

Finansman, Kurumlar, İnsangücü Ve Hizmet Açısından Genel Bir Değerlendirme

İlker BELEK*, Hülya BELEK**

GİRİŞ

Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemli sorunları olduğu bilinmektedir. Kaynak sorunları, çalışan insangücünün motivasyonsuzluğu, ülkenin önemli kısmını içine alan savaş ortamı, kaynakların özel sağlık kuruluşlarına aktarılması, sevk sisteminin işletilmiyor oluşu ilk elde akla gelenlerdir. Kısacası sistem olarak değerlendirildiğinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin işlemlerini sağlayacak, ona işlerlik kazandıracak yapısal unsurların çalıştırılmadığı görülmektedir. Yukarıda sıralanan türden sorunların, esasen, genel düzeydeki bu sistem sorunundan kaynaklandıkları ve sistem sorununun bileşenleri oldukları da söylenebilir. Bütün bunlar birinci basamakla ilgili çalışma ve tartışmaların yaşamsal olduğunu göstermektedir.

AMAÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma Türkiye'deki birinci basamak sağlık hizmetlerini, en önemli göstergeleri ile ve genel olarak değerlendirmeyi hedeflemektedir. 1995 yılında yine Toplum ve Hekim dergisinde yayınlanan bir çalışmada da (Belek İ., Ermiş H. 1995) benzer bir yöntemle aynı konu ele alınmıştı. Konunun önemi ve elinizdeki dergide yeniden bir dosya hacminde toparlanacak olan birinci basamakla ilgili alan araştırmaları nedeniyle, bu araştırmalara bir üst çerçeve sunmanın bütünleyici olacağı düşünülmüş ve yeni verilerle konu bir kez daha ele alınmıştır. Değerlendirme 1990 ve sonrası için yapılmıştır.

Bu yazıda birinci basamak incelemesi finansman, sağlık kurumları, sağlık insangücü ve birinci basamakta üretilen temel hizmet alanları üzerinden gerçekleştirilecektir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin en önemli işlevi olan koruyucu sağlık hizmetleri Türkiye'de yalnızca Sağlık Bakanlığı tarafından üretildiğinden, kullanılan veriler çok önemli oranda Sağlık Bakanlığı'na ait olanlardır.

Finansman başlığında koruyucu sağlık harcamaları ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır. Bilindiği gibi koruyucu sağlık hizmetleri alanında harcama yapan tek kuruluş Sağlık Bakanlığı'dır. Özel sektörün ve SSK'nın bu alandaki harcamaları ihmal edilebilir derecededir. Koruyucu sağlık hizmetlerine ilişkin harcamalar için Sağlık Bakanlığı bütçesinin Bakanlık birimlerine dağılımını gösteren verilerle, Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilmekte olan sağlık harcaması araştırmasının sonuçları kullanılmıştır.

Sağlık kurumları olarak sağlık ocaklarının sayısı incelenmiştir. İncelemede bölgeler arasındaki eşitsizlikler ve her bölgenin kendi içinde yıllara göre seyri ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır. Bilindiği gibi Türkiye'de ana çocuk sağlığı merkezleri, verem savaş dispanserleri de birinci basamak sağlık hizmeti sunmaktadır. Ancak bunların sayısı az olduğundan ve kendi alanlarına özel hizmet ürettiklerinden ayrıca incelenmemişlerdir.

Sağlık insangücünün değerlendirilmesinde pratisyen hekimler ile ebeler ele alınmıştır. Her iki insangücü kategorisinin de hem bölgelere hem de yıllara göre sayısal değişimi araştırılmıştır. Kullanılan veriler Türkiye'deki toplam sayıları yansıtmaktadır. Bu verilerle ilgili bir sınırlılık, pratisyen hekim kategorisi içine eğitim hastanelerinde çalışmakta olan asistan hekimlerin de alınmasıdır. Dolayısıyla pratisyen hekimler üzerinden yapılan değerlendirme, tam anlamıyla birinci basamağa ilişkin olmamaktadır. Ancak eldeki verilerden yıllara göre birinci basamak kurumlarında çalışmakta olan pratisyen hekimleri ayırabilmek olanaklı değildir.

* Yrd.Doç.Dr., Adkeniz Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.

** Dr. Araş.Gör., Akdeniz Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.

Birinci basamaktaki temel hizmet alanları olarak ise poliklinik hizmetleri, bebek ve gebe başına düşen ortalama izlem sayıları ile başışıklama oranları alınmış ve bu veriler de yıllara göre değerlendirilmiştir.

BULGULAR

A) FİNANSMAN

1) Sağlık Bakanlığı bütçesi içinde en büyük pay Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne ayrılmaktadır ve bu gerçek yıllar içinde herhangi bir değişim de göstermemektedir: 1997 için %51.8. Buna karşılık koruyucu sağlık hizmetleri ile ilişkili oldukları düşünülebilecek olan birimlerin toplam içindeki oranı %41 civarındadır: 1997 için %41.6. Ancak bilindiği gibi bu birimlerin bütçeleri içinde ilaç ve tedavi ile ilgili ödenekler de bulunmaktadır. (Tablo 1) Dolayısıyla bu birimlerdeki harcamaların tümünü koruyucu sağlık harcaması olarak nitelemek olanağı yoktur. Nitekim bu duruma ilişkin açıklık Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilmekte olan "Sağlık Harcamaları ve Finansmanı" araştırmasından gelmektedir.

2) Türkiye'de koruyucu sağlık harcamalarıyla ilgili durum son derece olumsuz olduğu görülmektedir. Olumsuzluk iki yönlüdür. Bir yandan koruyucu sağlık harcamalarının gerek Sağlık Bakanlığı harcamaları gerekse toplam sağlık harcamaları içindeki oranı ve mutlak değeri son derece düşüktür; öte yandan da bu değerler yıllar içinde azalma eğilimi göstermektedir. Örneğin 1992 yılında koruyucu sağlık harcamalarının Sağlık Bakanlığı harcamaları içindeki oranı %7.2 iken, 1994'te %4.1'e ve 1996'da da %3.2'ye gerilemiş; buna karşılık hastane harcamalarının payı %51.1, %60.8 ve 62.0 olarak değişmiştir. (Tablo 2) Bu eğilim doğal olarak koruyucu sağlık harcamalarının Türkiye'deki toplam sağlık harcamaları içindeki oranına da yansımıştır. Bu oran 1992 yılında %2.2 iken, 1996'da %0.9 olmuştur. (Tablo 3) Dolar üzerinden miktar olarak ele alındığında da durum son derece olumsuzdur. Kişi başı koruyucu sağlık harcaması tutarı 1992'de 2.2; 1994 ve 1996'da 0.9 Dolar'dır. (Tablo 4)

B) SAĞLIK KURUMLARI

1) Sağlık ocağı başına düşen nüfus açısından en iyi

durumdaki bölge Karadeniz, en kötü durumdaki bölge ise Marmara bölgesidir. 1990-96 döneminde Marmara ve Akdeniz bölgelerinin gelişme hızı en yüksektir. Gelişme hızı açısından en kötü durumdaki bölgeler ise Doğu ve Güney Doğu Anadolu bölgeleridir. (Tablo 5) Sağlık ocağı başına nüfus bakımından en iyi durumdaki üç il sırasıyla Gaziantep (3144 kişi), Aksaray (3513 kişi) ve Ardahan (4490 kişi) iken; en kötü durumdaki üç il İstanbul (51025 kişi), Ankara (23576 kişi) ve Urfa (21317 kişi)'dir. Görüldüğü gibi üç büyük ilin ve özellikle de İstanbul'un sağlık ocaklarının durumu bakımından Türkiye içinde ayrı bir konumu bulunmaktadır. 1990 yılı için de İstanbul (90237 kişi), Ankara (31121 kişi) ve İzmir (21909 kişi) sağlık ocağı başına düşen nüfus açısından en kötü durumdaki illerdir. İstanbul açısından durumun il içinde de büyük bir eşitsizlik gösterdiği son bir araştırma ile ortaya konulmuştur. Örneğin son verilere göre İstanbul'da 460 bin nüfuslu Fatih ilçesinde tek bir sağlık ocağı bulunmaktadır (Dadan K. 1998:290). Bu durumda, büyük illerde sağlık ocağı sayısındaki yetersizliğin ve var olanların da dengesiz dağılımının birinci basamakta özel sağlık sektörüne alan açtığını kabul etmek gerekecektir.

2) Birinci basamakta sağlık ocağı ve sağlık evi sayılarının yıllık değişim hızı Tablo 6'da izlenmektedir. Sağlık ocaklarının sayıca artışı her zaman nüfus artış hızının üzerinde olmuştur. Ve bu değişim, Tablo 5'te de izlendiği gibi bütün bölgelerde nüfusla ilişkiye de yansımıştır. Bu durumda önümüzdeki dönemde sağlık ocağı sayısındaki yetersizliğin önemli oranda ortadan kalkacağı beklenebilir. (Türkiye'de nüfusun kabaca yarısının kentlerde, yarısının köylerde yaşadığı; kentsel kesim için her 20 bin kişiye, köylerde ise her 7 bin kişiye bir sağlık ocağı yapılması gerektiği kabul edilirse, 1996 Türkiye nüfusu için gerekli sağlık ocağı sayısı 5700 ve nüfus artış hızı %1.8 kabul edildiğinde yıllık açılması gereken sağlık ocağı sayısı kabaca 110 olmaktadır. 1990 sonrasında yılda açılan ortalama sağlık ocağı sayısının 133 olduğu dikkate alındığında sağlık ocağı sayısındaki yetersizliğin önemli oranda giderilebileceğini beklemek yanlış gözükmemektedir.)

3) Buna karşılık aynı şeyi sağlık evleri için söylemek olanaklı değildir. Esasen bugünkü sağlık evi sayısının yeterli

Tablo 1: Türkiye Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Bakanlık Birimlerine Dağılımı (%) (3418 Sayılı Kanun Gelirleri Hariç)

	1990	1992	1994	1996	1997
Tedavi Hizm. Gn. Md.	51.4	51.4	50.6	50.0	51.8
Temel Sağlık Hizm. Gn. Md.	29.9	27.4	31.0	29.5	29.2
Sıtma Savaş D. Bşk.	2.2	2.3	4.2	1.6	1.4
Sağlık Eğitimi Gn. Md.	4.5	4.3	3.8	4.1	6.6
AÇS-AP Gn. Md.	1.8	2.5	2.4	5.9	1.9
Verem Savaş D. Bşk.	2.1	2.2	1.9	1.5	1.6
Refik Saydam Merk. Bşk.	1.4	1.7	0.9	0.7	0.9
Toplam koruyucu hizmetler	41.9	40.4	44.2	43.3	41.6
Diğer	6.7	8.2	5.2	6.7	6.6

Kaynak: SB 1989: 15; SB 1992: 18-19; SB 1994: 20-21; SB 1996: 24-25; SB 1997: 24-25

Tablo 2: Türkiye’de Koruyucu Sağlık Harcamalarının Sağlık Bakanlığı Harcamaları İçindeki Oranı. (%)

	1992	1994	1996
Koruyucu sağlık harcamaları	7.2	4.1	3.2
Ayakta tedavi harcamaları	24.5	24.2	21.6
Hastane harcamaları	51.1	60.8	62.0
Diğer	17.2	10.9	13.2

Kaynak: SB 1998: 19

olmadığı bilinmektedir. (Yine yukarıdaki verileri dikkate alarak ve sağlık evlerinin yalnızca kırsal kesim için gerekli olduğunu kabul ederek, 1996 nüfusu için gerekli olan sağlık evi sayısı 12400-15500 arasında olmaktadır.) sağlık evi sayısının yetersizliğinin yanısıra Tablo 6’dan 1990 sonrası dönem için sağlık evi açılma hızının nüfus artış hızının gerisinde kaldığı, bunun da ötesinde 1996 yılında sağlık evi sayısında azalma olduğu görülmektedir. Bunda Doğu ve Güney Doğu Anadolu’da sağlık evlerinin kapatılmasının etkili olduğu söylenebilir.

4-) Sağlık evlerinin ve ocaklarının bina durumunda ciddi bir olumsuzluk vardır. Böylece sağlık evlerinin içinde bulunduğu olumsuzluk daha da artmakta, sağlık ocaklarındaki olumlu görünen gelişme ise en azından tereddüt uyandıran bir ortama girmektedir. Nitekim 1996 yılı için sağlık evlerinin %55.7’si binasızdır. 1984’den bu yana binasız sağlık evi oranında önemli düşme olsa da, belirtilen bu oran halen yüksektir. Sağlık ocaklarının ise 1996 yılı için %37.7’si geçici binalardadır ve geçici binadaki sağlık ocağı oranı giderek artmaktadır. (Tablo 7) Bu da sağlık ocaklarında gözlenen sayısal artışın, kiralık binalarla çözülmekte olduğunu göstermektedir. Kiralık binalarda sağlık ocağı açma stratejisinin özellikle kent merkezlerinde benimsendiği söylenebilir. Geçici binaların önemli kısmının sağlık ocağı işlevlerini yerine getirmekten çok uzak

Tablo 3: Türkiye’de Koruyucu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Oranı. (%)

	1992	1994	1996
Koruyucu sağlık harcamaları	2.2	1.1	0.9
Ayakta tedavi harcamaları	63.2	65.6	64.1
Yataklı tedavi harcamaları	25.2	26.9	28.9
Diğer	9.4	6.4	6.1

Kaynak: SB 1998: 69

Tablo 4: Türkiye’de Kişi Başına Toplam Ve Koruyucu Sağlık Harcamaları. (Dolar olarak)

	1992	1994	1996
Koruyucu sağlık harcaması	2.2	0.9	0.9
Toplam sağlık harcaması	102.8	77.2	108.0

Kaynak: SB 1998: 69’dan yararlanılarak hazırlanmıştır.

olduğu, yeterli muayene odası, hekim odası, laboratuvar odası oluşturmakta zorluk çekildiği bilinmektedir. Bu durumda sağlık ocaklarındaki sayısal artışın, yeterli bir birinci basamak hizmeti sunmak açısından ne derecede çözüm getirci olacağı konusu büyük kuşku uyandırmaktadır.

C) SAĞLIK İNSANGÜCÜ

1-) Nüfus dikkate alındığında, pratisyen hekim dağılımı bakımından 1990 sonrası için söz konusu olan eşitsizliğin değişmediği görülmektedir. Pratisyen hekim başına düşen nüfus açısından bölgeler arasında ciddi farklar vardır. Bu bakımdan en iyi durumdaki bölge İç Anadolu’dur. O’nu

Tablo 5: Türkiye’de Yıllara Ve Bölgelere Göre Sağlık Ocağı Başına Düşen Nüfus

Bölgeler	1990	1992	1994	1996	1990-96 Yıllık Ort. Değ. Hızı
Marmara	30217	27740	24692	20322	5.5
Ege	13936	12774	11520	9824	4.9
Akdeniz	16190	14913	13654	11861	5.6
İç Anadolu	15297	13847	12934	10712	5.0
Karadeniz	11784	10969	10257	8665	4.4
Doğu	12672	11880	11124	10112	3.4
Güney Doğu	16550	18917	18716	13843	2.7
Toplam	16711	15244	14184	11958	4.7

Kaynak: SB 1990 verileri; SB 1992: 52; SB 1995: 62; SB 1997: 67

Tablo 6: Sağlık Ocağı Ve Sağlık Evi Sayılarının Yıllara Göre Durumu

Yıllar	Sağlık ocağı sayısı	Sağlık evi sayısı	Sağlık ocağında yıllık değişim %	Sağlık evinde yıllık değişim %
1980	1467	5776		
1981	1890	6262	28.8	8.4
1982	1967	6749	4.1	7.8
1983	2525	7055	8.4	4.5
1984	2793	8086	10.6	14.6
1985	2887	8464	3.4	4.7
1986	3019	9040	4.6	6.8
1987	3084	10045	2.2	11.1
1988	3170	10531	2.9	4.8
1989	3304	10731	4.5	1.9
1990	3454	11075	4.5	2.8
1991	3672	11262	6.3	1.7
1992	3901	11490	6.2	2.0
1993	4226	11630	8.3	1.2
1994	4575	11878	8.3	2.1
1995	4927	11888	7.7	0.0008
1996	5167	11877	4.9	-0.0009

Ege ve Marmara bölgeleri izlemektedir. Güney Doğu Anadolu bölgesi ise en olumsuz konumuyla bütün bölgelerden ayrı bir yerde bulunmaktadır. 1996 için pratisyen hekim başına düşen nüfusun en az olduğu üç il sırasıyla Ankara (655 kişi için), İzmir (890 kişi için) ve İstanbul (1082 kişi için)'dir. Bu gösterge için en kötü durumdaki üç il ise Şırnak (4670 kişi için), Urfa (4438 kişi için) ve Batman (4241 kişi için)'dir. Sağlık ocağı sayısı bakımından en kötü iller arasında bulunan üç büyük il, pratisyen hekim sayısı bakımından en iyi durumdadır. Tablo 8'deki asıl dikkat çekici nokta Güney Doğu Anadolu bölgesinin durumudur. 1990-95 dönemi için bu bölgede hekim başına nüfus açısından herhangi bir gelişmenin gerçekleşmediği söylenebilir.

Tablo 7: Sağlık Evlerinin Ve Ocaklarının Yıllara Göre Bina Durumu

Yıllar	Sağlık Evi		Sağlık Ocağı	
	Binalı (%)	Binasız (%)	Kendi Binasında (%)	Geçici Binada (%)
1984	27.7	72.3		
1986	26.6	73.4		
1988	26.9	73.1		
1990	27.9	72.1	74.7	25.3
1992	33.4	66.6	66.5	33.5
1994	39.7	60.3	62.6	37.4
1996	44.3	55.7	62.3	37.7

Kaynak: SB 1989: 45; SB 1992: 54; SB 1995: 60-61; SB 1997: 65, 66

Tablo 8: Türkiye'de Yıllara Ve Bölgelere Göre Pratisyen Hekim Başına Düşen Nüfus

Bölgeler	1990	1992	1994	1995	1990-95 Yıllık Ort. Değ. Hızı
Marmara	2212	2009	1939	1819	3.6
Ege	1980	1624	1411	1387	6.0
Akdeniz	3498	2559	2241	2273	7.0
İç Anadolu	1541	1253	1095	1125	5.4
Karadeniz	3024	2309	1893	2000	6.8
Doğu A.	3233	2587	2284	2143	6.7
G.Doğu	3172	3714	3079	3062	0.7
Toplam	2244	1869	1597	1589	5.8

Kaynak: DİE 1995; SB 1996: 31; SB 1997: 35

2-) Ebe başına düşen nüfusun Güney Doğu Anadolu dışındaki bölgeler için normal sınırlarda olduğu söylenebilir. Güney Doğu Anadolu'daki sorun ise yalnızca bir ebe başına düşen nüfusun 2500'ün üzerinde olmasından kaynaklanmamaktadır. Ek olarak bu bölgede ebe başına düşen nüfusta artış da vardır ve bu bakımdan 1994'ün durumu 1995'ten de kötüdür. Ebe başına düşen nüfusun artışı şeklindeki eğilim İç Anadolu bölgesi için de geçerlidir. Buna karşılık Doğu Anadolu bölgesi için 1990 ile 1995 yılları için herhangi bir gelişmenin olmadığı görülmektedir. 1994 yılı dikkate alındığında ise Doğu Anadolu'da da, Güney Doğu Anadolu benzeri bir durum saptanmaktadır. (Tablo 9) Doğu Anadolu'nun genel geliş-

mişlik düzeyi de dikkate alındığında, bu veriler, bu bölgede ebe başına düşen nüfus ölçütü bakımından bir sorunun yaşanacağına göstergesi olabilir. Ebe başına düşen nüfus bakımından en iyi durumdaki iller Tunceli (572 kişi için bir ebe), Artvin (590 kişi için bir ebe), Burdur (644 kişi için bir ebe)'dur. En kötü üç il ise Urfa (4206 kişi için bir ebe), Şırnak (3713 kişi için bir ebe), Mardin (3251 kişi için bir ebe)'dir.

Tablo 9: Türkiye'de Yıllara Ve Bölgelere Göre Ebe Başına Düşen Nüfus

Bölgeler	1990	1992	1994	1995	1990-95 Yıllık Ort. Değ. Hızı
Marmara	2212	2009	1939	1819	3.6
Ege	1704	1472	1368	1252	5.3
Akdeniz	1729	1532	1437	1364	4.2
İ.Anadolu	1541	1661	1774	1589	-0.6
Karadeniz	1585	1404	1466	1292	3.7
Doğu A.	1603	1500	1870	1584	0.2
G.Doğu	2522	2372	3291	2825	-2.4
Toplam	1841	1672	1726	1564	3.1

Kaynak: DİE 1995; SB 1996: 31; SB 1997: 35

D) SAĞLIK OCAKLARINDA SUNULAN HİZMETLER

1) Sağlık Bakanlığı yapısı içindeki poliklinik hizmetlerinin önemli oranda hastaneler tarafından verildiği görülmektedir. Sevk sisteminin işlemesi durumunda 1/9 olması beklenen hastane/sağlık ocağı poliklinik oranı, 1996 yılı için 1.3'tür. Oranda 1990'dan beri bir ölçüde düzelme olmuşsa da sonucun beklenenin çok uzağında olduğu ortadadır. Kısacası sağlık ocağı ile hastaneler arasında olması gerekli ilişki biçimi, hiç bir biçimde işlemektedir ve beklenenden çok uzaktır. (Tablo 10)

Tablo 10: Türkiye'de Sağlık Bakanlığı Hastaneleri İle Sağlık Ocaklarında Poliklinik Hizmetlerinin Dağılımı

Yıllar	Hastanede	Sağlık Ocaklarında	Hastane/S.O.
1990	30296309	17666984	1.7
1992	31848906	22118741	1.4
1994	38711615	27173586	1.4
1996	42849819	32622163	1.3

Kaynak: SB 1992: 63; SB 1993: 51, 62 ve 75; SB 1995: 57 ve 69; SB 1997: 60 ve 74

2) Koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir bileşeni olan bebek izlemlerinin gereken sayının ancak yarısı kadar

yapılabildiği anlaşılmaktadır. Gebe izlemlerinde durum daha da kötüdür. (Tablo 11)

Tablo 11: Türkiye'de Yıllara Göre Bebek Başına Düşen İzlem Sayıları

Yıllar	İzlem/Bebek	İzlem/Gebe
1990	3.7	1.8
1991	4.1	2.0
1992	3.9	2.0
1993	3.6	1.9
1994	3.8	2.2
1995	3.8	2.0
1996	3.7	2.0

Kaynak: SB 1997: 73'den ve DİE'nin nüfus projeksiyonlarından yararlanılarak hazırlanmıştır

3) 1991 ve 1996 yılı verileri karşılaştırıldığında; BCG bağışıklamasında Marmara bölgesi dışında diğer bölgelerde; DBT3, Polio3 bağışıklamasında Güney Doğu dışındaki bölgelerde ve Kızamık bağışıklamasında ise bütün bölgelerde gelişme söz konusudur. Güney Doğu Anadolu'da Polio3 ve DBT3 bağışıklama oranlarında gerileme söz konusudur. (Tablo 12) Doğu Anadolu için BCG, DBT3 ve Polio3 bağışıklama oranları ile Güney Doğu Anadolu için incelenen bütün bağışıklama oranları diğer bölgelerden önemli denebilecek derecede daha düşüktür. Aradan geçen 5 yıllık zaman diliminde BCG bağışıklamasında Doğu ve Güney Doğu'da önemli gelişme olsa da, her iki bölge için de oranlar %42 düzeyinde olup, toplumsal bağışıklamayı sağlayacak düzeyin gerisindedir. Ek olarak Güney Doğu Anadolu'da DBT3 ve Polio3 için de bağışıklama oranları toplumsal bağışıklamayı sağlayabilecek düzeyde değildir.

SONUÇLAR

Bu araştırmada kullanılan verilerin birinci basamak sağlık hizmetlerinin durumunu tam olarak yansıtmayacağı açıktır. Bu, özellikle, sayılar ancak niceliksel durum hakkında fikir verebileceği ve hizmetin niteliği hakkında bir şey ifade edemeyeceği için böyledir. Ancak bunun da ötesinde sayıların kimi özel durumları gizleyebildiğini de belirtmek gerekir. Örneğin sağlık ocağı başına düşen nüfus için Marmara bölgesinin geneli hakkındaki veriler İstanbul'un son derece olumsuz durumunu gözlerden saklamaktadır. Aynı şey illerin içindeki eşitsizlikler için de söz konusudur. Burada kullanılan verilerden, illerin kendi sınırları içindeki gecekondulu/merkez, kır/kent ayrımlarını yakalayabilmek olanaksızdır. Oysa bilindiği gibi, kentlrimizin içinde bu türden oldukça önemli derecelere ulaşabilen eşitsizlikler mevcuttur. Örneğin Güney Doğu Anadolu için sağlık ocağı başına düşen nüfus yeterli gibi görünse de, buradaki verilerin, açık gibi görünüp, işlev görmeyen, hekimsiz olan sağlık ocaklarının durumunu yansıtmayacağı kabul edilmelidir. Aynı şekilde İstanbul'da Fatih ilçesinin durumunu, İstanbul'un ortalama sağlık ocağı

Tablo 12: Türkiye’de Yıllara Ve Bölgelere Göre Başışıklama Oranları (%)

Yıl	Bölge	BCG	DBT3	POLİO3	Kızamık
1	Marmara	87.9	88.9	89.0	77.7
9	Ege	73.4	82.9	82.3	76.4
9	Akdeniz	63.5	87.7	87.8	80.9
1	İç Anadolu	65.8	83.4	83.4	73.2
	Karadeniz	61.7	81.4	81.3	75.6
	Doğu A.	20.3	71.3	71.3	65.5
	G.Doğu	29.0	68.1	67.7	64.0
1	Marmara	78.6	88.4	87.6	82.9
9	Ege	78.6	91.3	90.4	85.8
9	Akdeniz	80.6	94.5	94.2	88.7
6	İç Anadolu	77.4	92.5	92.4	85.6
	Karadeniz	77.1	89.3	87.9	83.2
	Doğu A.	42.6	73.5	73.0	88.7
	G.Doğu	42.3	59.2	58.8	78.7

Kaynak: Belek İ., Hamzaoğlu O., ve ark. 1996: 27; SB 1996 yılı yayınlanmamış başışıklama verilerinden yararlanılarak hesaplanmıştır.

başına düşen nüfus verisine bakarak anlamak da olanaksızdır. Kısacası elde edilen sonuçlar bu türden kısıtlılıklar dikkate alınarak yorumlanmalıdır. Buna rağmen, bu çalışmada elde edilen sonuçlar kendi içinde oldukça anlamlı bir birinci basamak ortamına da işaret etmektedir. Şöyle ki:

1) Koruyucu sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar hem Sağlık Bakanlığı sağlık harcamaları, hem de toplam sağlık harcamaları içinde azalmaktadır. Türkiye’de koruyucu sağlık hizmeti sunan tek kurumun Sağlık Bakanlığı olduğu gerçeği dikkate alındığında, Sağlık Bakanlığının yaptığı koruyucu sağlık harcamalarının azalmasının oldukça kötü bir tercih olduğunu belirlemek gerekir.

2-) Sağlık ocaklarındaki sayısal açığın kapatılabileceği konusunda ümitli olmak olanaklı görünmektedir. Bu durumda bile büyük kentlerin durumu ayrıca ele alınmalıdır. Sağlık evlerinde ise sayıca bir azalma söz konusudur. Var olan eğilim dikkate alındığında sağlık evi sayısındaki açığın kapatılması olanaksızdır. Gerek sağlık ocakları, gerekse sağlık evleri, önemli oranda, birinci basamak için uygun olmayan binalarda hizmet vermek durumundadır. Bu bakımdan sağlık ocaklarının açığı yıldan yıla daha da büyümektedir. Alt yapıdaki bu yetersizliğin, sayısı artan sağlık ocaklarında gereken hizmetin verilmesini engelleyen bir ortam yaratabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

3) Pratisyen hekim başına düşen nüfus bakımından bölgeler arasında eşitsizlik vardır. Ayrıca bu gösterge için, 1990-95 döneminde Güney Doğu Anadolu bölgesinde hemen hiç bir gelişme olmamıştır. Ebe başına düşen nüfus için ise hem Doğu, hem de Güney Doğu Anadolu bölge-

lerinin durumu olumsuzdur. Güney Doğu Anadolu’da ebe başına düşen nüfusta artış vardır.

4) Sevk sistemi işletilmediği için poliklinik hizmetleri önemli oranda hastanelerde verilmektedir. Bebek izlem ortalaması gerekenin yarısı kadardır. Gebe izlemlerinde durum daha da kötüdür. Bu durumda izlemler ya gerçekten düşük sayıda gerçekleştirilmekte ya da Sağlık Bakanlığı dışındaki kurumlar tarafından yerine getirilmektedir. Her iki seçenek için de Sağlık Bakanlığının kendi sorumluluğunu yerine getiremediği açıktır. Esasen bu olumsuzluk son 10 yıl için hep söz konusudur. Başışıklama oranlarında Doğu Anadolu’nun durumu BCG; Güney Doğu Anadolu’nun durumu da BCG, Polio ve DBT açısından önemli derecede sorunludur.

5) Bütün bu verilerin Doğu ve özellikle de Güney Doğu Anadolu’daki birinci basamak ortamı hakkında uyarıcı olması gerekir. Güney Doğu Anadolu’ya ilişkin veriler birlikte değerlendirildiğinde (sağlık evi sayısındaki azalma, sağlık ocağı başına düşen nüfustaki gelişme bakımından diğer bölgelere göre gerilik, pratisyen hekim başına düşen nüfusun diğer bölgelere göre fazlalığı ve bu açıdan herhangi bir gelişmenin olmayışı, ebe başına düşen nüfusun artışı ve başışıklamadaki sorunlar) Güney Doğu Anadolu’nun sağlık sistemi alt yapısı ve hizmet sunumu bakımından ciddi sorunların içinde bulunduğu ve sürecin sorunların çözümünden uzakta kaldığı söylenebilir. Görüldüğü kadarıyla bölgede personel tutulamamakta, var olan birinci basamak kurumlar kapanmaktadır. Bütün bunlar, devletin birinci basamak sağlık hizmetleri üretiminde yapması gerekenleri yapmadığını ortaya koyan verilerdir.

KAYNAKLAR

Belek İ., Ermiş H., (1995), Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri; Durum, Toplum ve Hekim, 10(67): 35-43.

Dadan K., (1998), İstanbul Ölçeğinde Özel Sağlık Sektörüne Bir Bakış, Toplum ve Hekim, 13(4): 284-291.

DİE, (1995), Türkiye İstatistik Yıllığı, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (1989), Sağlık İstatistikleri 1989, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (1992), Sağlık İstatistikleri 1992, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (1994), Sağlık İstatistikleri 1993, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (1995), Sağlık İstatistikleri 1994, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (1996), Sağlık İstatistikleri 1995, Ankara.

Sağlık Bakanlığı 1996 yılı başışıklama verileri.

Sağlık Bakanlığı (1997), Sağlık İstatistikleri 1996, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (1998), Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı, Ankara.