

**DOSYA**

# TÜRKİYE AİLE HEKİMLİĞİ MODELİ: "HERKES İÇİN SAĞLIK" PERSPEKTİFLİ BİR DEĞERLENDİRME

Dr. İlker BELEK\*

## I- GİRİŞ: 1992-96 DÖNEMİ

Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerine ilişkin tartışmanın başlangıcı, Sağlık Bakanlığı'nın 1992 yılında gerçekleştirdiği ve kendisinin formüle ettiği "reform" önerilerini kamuoyunun gündemine sunduğu 1. Ulusal Sağlık Kongresi'ne (23-27 Mart 1992, Ankara) rastlamaktadır. Süreç o zamandan beri, ilgililer arasındaki ilişkilerin dinamik, gergin, kopuk nitelermelerinin tümünü hak ettiği bir özellik sergilemiştir. Bu yazıda incelenecek olan konu hakkındaki Bakanlık görüşlerinin ne şekilde geliştiğinin anlaşılabilmesi bakımından yaşanan bu tarihin kısaca hatırlanması yararlı olacaktır.

Sağlık Bakanlığı Kongre'ye, toplam 34 alandaki soruları içeren ve ilgili gruplarda tartışmaya açılacak olan bir dizi döküman sunmuştur. Bu dökümanlardan birisi de Temel Sağlık Hizmetleri Grubu Tartışma Soruları adını taşımaktadır ve doğrudan doğruya aile hekimliği konusuyla ilişkilidir (SB, 1992: 37-38). Bu dökümandaki sorular kabaca iki ana konuda formüle edilmiştir. Bunlardan ilki "mevcut durum"la ilgili olanlardır ve bu bölümdeki sorular sağlık ocakları ile "224 Sayılı Yasa"yı gündeme getirmiştir. İkinci bölümdekiler ise Hedeflere Ulaşmada İzlenmesi Gereken Politika ve Stratejiler başlığını taşımaktadır ve bu bölümde de aile hekimliği modeli ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda "özel hekim statüsü" verilmesi öngörülen aile hekimlerinin tartışılması istenmiştir.

Bir başka deyişle Kongre'de Sağlık Bakanlığı birinci basamak sağlık örgütlenmesi modeli olarak görüşünü aile hekimliği biçiminde sunmuştur. Nitekim Kongre katılımcılarına dağıtılan Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı adlı dökümanda "birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimlerine dayandırılması" gerekliliğinden söz edilmiştir. Ancak

o zaman aile hekimliği uygulaması yalnızca kentler için düşünülmüş, kırsal bölgelerde ise "224 sayılı yasa"nın getirdiği düzenlemenin aynen sürdürülmesi önerilmiştir (SB, 1992a: 10).

İlk kez bu dökümanda bir sistem bütünlüğü içinde ortaya konulan aile hekimliği modelinin temel unsurları şu şekilde sıralanmıştır: 1) Kentlerde birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından sunulacaktır. 2) Aile hekimleri kişiye yönelik koruyucu hizmetler ile ayaktan tedavi edici hizmetleri verecektir. 3) Aile hekimi asgari standardı tespit edilmiş bir muayenehanede serbest çalışan hekim olacaktır ve kendisine kayıtlı her kişi için kişi başına (per capita) ücret alacaktır. 4) Sevk sistemi oluşturulacaktır. Bireyler herhangi bir aile hekimi seçmekte serbest olacaktır. 5) Serbest çalışan uzman hekimler, sigorta kuruluşları ile anlaşma yaptıkları takdirde ikinci basamak tedavi hizmetlerini verebilecektir. 6) Çevreye yönelik koruyucu hizmetleri ve aile hekimlerini destekleyecek hizmetleri sunmak üzere ilçe merkezlerinde kamu sağlığı merkezleri açılacaktır. Bu yazı boyunca bu unsurlardan yalnızca örgütlenme ile ilgili olanlar üzerinde durulacak, birinci basamağı içine alan finansmanla ilgili unsurlar yazının kapsamı dışında tutulacaktır.

Anlaşılabileceği gibi, "reform" çalışmalarının bu dönemdeki en önemli hedeflerinden birisi, muayenehanelerin, oluşturulması düşünülen kamu sigorta kurumu ile ilişkilendirilmesidir. Öte yandan "reform"un Türkiye'nin kırsal ve kentsel bölgeleri için farklı nitelikte birinci basamak sağlık modelleri önerdiği ortaya çıkmaktadır. Aile hekimliği modeli ile, daha önceden sağlık ocakları düzeyinde entegre edilmiş olan bireye ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin ayrıldığı görülmektedir. Aile hekimi olarak tanımlanan insangücünün nitelikleri, kentsel bölgelerdeki sağlık ocaklarının akıbeti gibi konular ise, 1992 Kongre döneminde haklarında henüz karar verilememiş sorunlardır.

\* Yrd. Doç. Dr., Akdeniz Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.

Yukarıda özetlenen önerileri tartışan 1. Ulusal Sağlık Kongresi Temel Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubu ise, kendisine sunulan aile hekimliği önerisini reddederek, "224 sayılı yasa"nın belirlediği modeli benimsediğini açık şekilde belirtmiştir.

Buna karşın Sağlık Bakanlığı, Kongre'den bir kaç ay sonra yayınladığı Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dökümanı adlı yayınında birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenmesiyle ilgili önerilerini aynen yinelemiş, bunları Kongre'den de onay almış öneriler gibi sunmuş (SB, 1992b: 47) ve aynı temel görüşlerini 1993 yılında gerçekleştirdiği 2. Ulusal Sağlık Kongresi sürecinde de yinelemiştir (SB, 1993).

İşte Sağlık Bakanlığı'nın kendi oluşturduğu çalışma gruplarının önerilerini hiç dikkate almayan bu tutumu, hem kimi akademisyenlerle, hem de sağlık meslek birlikleriyle ilişkilerinin kopmasına kadar varacak olan gerilimli dönemin başlangıcıdır. 1. Ulusal Sağlık Kongresi'ne katılmış olan bu çevreler, 2. Kongre'de daha sonraki çalışmalara katılmama kararı almışlardır. 1993 Nisan ayında oluşan bu yeni durum sonrasında Sağlık Bakanlığı o zamana dek kamuoyu önünde izlediği açık tutumunu terk ederek, çalışmalarını hemen hemen tam bir gizlilik içinde sürdürmüştür. Bu nedenle 1993 yılı ortalarından itibaren Bakanlık çalışmalarının izlenmesi de son derece güçleşmiştir.

Sağlık Bakanlığı yine 1992 yılında yayınladığı bir dökümanda, ilk kez, aile hekimlerinin mesleki formasyonuna ilişkin olarak bir açıklık getirmiş ve aile hekimi olabilmek için mutlaka aile sağlığı ve hastalıkları uzmanı olmak gerektiğini, geçiş aşamasında bu işi pratisyen hekimlerin yapacaklarını öngörmüştür (SB, 1992c: 2-3). Aynı dökümanda daha öncekilerde ve daha sonrakilerde bulunmayan bir öneri daha bulunmaktadır. Buna göre kentsel alandaki sağlık ocakları da çalışmalarını sürdürecektir ve burada çalışan hekimlere de kişi başı ödeme yapılacaktır.

2. Ulusal Sağlık Kongresi'nin hemen öncesinde yayınlanan yasa taslaklarında birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenmesiyle ilişkili temel çerçevenin korunduğu, ancak buna kimi ayrıntıların eklendiği görülmektedir. 31.3.1993'te bir kitap şeklinde yayınlanan Sağlık Kanunu Tasarısı Taslağı'nın üçüncü kısmı Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri başlığını taşımaktadır. Bu bölümde kentsel bölgelerde birinci basamak sağlık hizmeti sunacak olan aile hekimleriyle ilgili ek öneriler şu şekilde belirmektedir: 1) Aile hekimleri bölge sağlık idareleri ile sözleşmeli olarak çalışacaktır. 2) Birden fazla aile hekimi biraraya gelerek bir merkez kurabilecektir. 3) Aile hekimi gezici sağlık hizmetleri için hemşire ya da ebe istihdam edecektir. Bunun olanaklı olmadığı durumlarda bölgesindeki sağlık ocağı tarafından görevlendirilecek bir elemanla işbirliği yapacaktır (SB, 1993a: 15).

Sağlık Bakanlığı birinci basamak sağlık hizmetleriyle

ilgili yasa tasarısı taslaklarını 1995 ve 1996 yıllarında yenilemiştir. Bunlardan ilkinde kır ve kent ayrımı yine korunmuştur. Ancak bu tasarısı taslağında da aile hekimlerinin uzman ya da pratisyen hekim olabilecekleri belirtilmiş ve uzman hekimlerin niteliği konusunda ise herhangi bir netlik getirilmemiştir. Ancak taslak tasarıda kullanılan ifade her türlü uzmanın kendi muayenehanesinde aile hekimliği yapabileceği yönünde bir anlam çıkarılmasına olanak tanımaktadır. Bu taslak tasarıda da serbest çalışan uzman ya da pratisyen hekimlerin muayenehanelerinde ikinci basamak hizmet verebilecekleri belirtilmiş ve ikinci basamak sağlık hizmeti sunacak mekanda hastane niteliğinde bir kurum olma koşulu aranmamıştır (SB, 1995).

Aile hekimliği modeline (bilebildiğimiz kadarıyla) son şeklini veren resmi döküman 1996 yılı sonunda hazırlanan yasa tasarısı taslağıdır (SB, 1996). Bu taslağa göre; 1) Her ilçe merkezinde kurulacak olan kamu sağlığı merkezleri de birinci basamak sağlık kurumu olarak çalışacaktır. Ama aynı zamanda birinci basamak sağlık hizmetlerini planlamak, koordine etmek ve denetlemek işlevlerini de yerine getirecektir. Burada bir karmaşa olduğu ortadadır. Gerçekten de kamu sağlığı merkezlerine hem planlama (yani ikinci basamaktaki idari kurumların yerine getirebileceği) işlevi, hem aile planlaması hizmetleri gibi birinci basamak kuruma ilişkin olan hizmetler yüklenmiştir. 2) Aile hekimlerine ilişkin olarak daha önceki dökümanlarda belirlenmiş hizmet içeriği aynen korunmuştur. 3) Aile hekimi özel hukuk tüzel kişiliğine sahip birimdir. 4) Aile hekimi, yanında, 1475 sayılı İş Kanunu hükümlerine göre en az bir ebe ve hemşire çalıştırmak zorundadır. 5) Aile hekiminin mesleki formasyonuna ilişkin bulanıklık sürmektedir. 6) İkinci basamak olarak "kuruluş" nitelemesi yapılmaktadır, böylece daha önceki dökümanlarda sözü edilmiş olan özel çalışan hekimlerin ikinci basamak işlevleri konusunda herhangi bir açıklık getirilmemektedir. 7) Daha önceki dökümanlarda aile hekimliği uygulaması kent merkezlerine sınırlı olarak önerilmişken, bu dökümanda böyle bir belirleme yapılmamış ve sağlık ocaklarından da hiç söz edilmemiştir. Böylece buradaki ifadenin aile hekimliğinin bütün Türkiye için önerildiği sonucu çıkarılabilmektedir.

Böyle bir yazının kapsamı düşünüldüğünce oldukça uzun, sağlık sektöründe son beş sene içinde yaşanan olaylar dikkate alındığında oldukça özet olan bu Giriş bölümünün amacı, Sağlık Bakanlığı'nın konuyla ilgili görüşlerinin ne derecede çeşitlilik ve değişkenlik, hatta tutarsızlık sergilediğinin saptanmasıdır. Ancak konunun bu yönü esas olarak, bu yazının son bölümündeki değerlendirmelerde ele alınacaktır. Sağlık Bakanlığı'nın birinci basamak sağlık hizmetleri hakkındaki görüşlerinin toparlanmasından ve bu görüşlerin en son durumunun belirlenmesinden sonra, şimdi yapılması gereken şey, bu önerinin yıllar içinde Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) ortaya koyduğu birinci basamak (primary care), temel sağlık hizmetleri (TSH) (primary health care), genel pratik (general practice) ve 2000 yılına kadar herkes için sağlık (Health for All by the Year of 2000) kavramlarıyla ne

derecede uygunluk gösterdiğinin tartışılmasıdır. Çünkü "reform" süreci boyunca WHO ve Sağlık Bakanlığı (SB) birbirlerine karşı çeşitli hak ve sorumluluklar yükledikleri bir ilişki geliştirmişlerdir. Bu ilişki iki biçimde kendisini ortaya koymuştur. İlk olarak TC Sağlık Bakanlığı 1992 yılından beri bütün "reform" çalışmalarını WHO'nun belirlediği 2000 yılında herkes için sağlık hedefine göre yönlendirdiğini savunan ve her türlü faaliyetinde "reform" çalışmaları ile 2000 yılı hedefleri arasında doğrudan ilişki kuracak bir üslup seçmiştir. Bütün SB dökümanlarının kapağında kullanılan "2000" logosu bunun en basit örneğidir. Öte yandan WHO da "reform" çalışmalarını başından beri izleme ve özellikle teknik destek sağlamaya çalışmaktadır. Örneğin 1992'de Sağlık Bakanlığı'nın Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dökümanı adlı yayınından hemen sonra, WHO bu yayını değerlendiren bir rapor hazırlamıştır.

Bu yazının amacı birinci basamak sağlık örgütlenmesine ilişkin olarak WHO tarafından geliştirilen olması gerekli ilkelerden hareketle, Sağlık Bakanlığı'nın önerdiği "reform" paketi içindeki aile hekimliği önerisini değerlendirmektir. Bir önceki paragrafta anılan karşılıklı ilişki nedeniyle böyle bir değerlendirmenin zorunluluk gösterdiği açıktır.

## II- HERKES İÇİN SAĞLIK VE TSH KAVRAMLARI NASIL ORTAYA ÇIKTI ?

2000 yılına kadar herkes için sağlık hedefi, 1977 yılındaki Dünya Sağlık Asamblesi'nde kabul edilmiştir. 1977 yılında WHO ve üye ülkeler, izleyen dekadlarda, hükümetlerin ve WHO'nun ana sosyal hedefinin, 2000 yılına kadar dünyadaki bütün herkese, onların sosyal ve ekonomik açıdan üretken bir yaşam sürmelerine izin verecek sağlık düzeyini sağlamak olduğu kararını almışlardır.

Daha sonra 1978'de UNICEF ve WHO'nun Sovyetler Birliği'nin Alma-Ata (Kazakistan) kentinde ortaklaşa organize ettikleri Uluslararası Konferans'ta, üye ülkeler "herkes için sağlık" hedefini gerçekleştirmenin anahtarı olarak temel sağlık hizmetleri (TSH) kavramını ve kavramın tanımladığı minimum içeriği geliştirerek onaylamışlardır.

İzleyen yıllarda hem dünya ölçeğinde hem de Türkiye'yi de içine alıp ilgilendiren Avrupa bölgesinde, hem herkes için sağlık hem de TSH kavramlarının içerik ve uygulamaları ile ilgili olarak çeşitli gelişmeler olmuştur. Örneğin 1979 yılında WHO herkes için sağlık bakımından bütün üye ülkeleri içine alan bir global strateji belirlemiştir. 1980'de bu kez WHO Avrupa bölgesi herkes için sağlık hedefi için ilk genel sağlık politikasını kabul etmiş ve bu hedefe ulaşabilmek açısından üye ülkelerin ulusal sağlık politikalarında temel değişiklikler yaparak, önceliğin sağlığın geliştirilmesine ve hastalıkların engellenmesine verilmesi gerektiğini belirtmiştir. 1984 yılında yine Avrupa bölgesi bölgeye özel 38 hedef ve (toplam 12 global indikatörün içinde yer alan) 65 bölgesel indikatör belirlemiştir. 1991 yılında hedefler güncelleştirilmiş ve üye

ülkeler ortak hedeflere ulaşmayı olanaklı kılabilmek amacıyla WHO'ya periyodik raporlar göndermeyi kabul etmişlerdir (WHO, 1996:3). (İşte Türkiye'deki "reform" çalışmaları böyle bir zaman dilimine rastlamaktadır. Özellikle gelişmelerin koordine edilmesi yönündeki uluslararası çalışmaların hız kazandığı 1990'lı yılların başlarında Türkiye'nin resmen "reform" çalışmalarına başlaması, bu çalışmalarda uluslararası söylem (herkes için sağlık gibi) ve hedeflerin dikkate alınmasını zorunlu kılmıştır.)

Hem 1977, hem de 1978 toplantıları, yani hem temel sağlık hizmetleri hem de herkes için sağlık kavram ve hedefleri, uluslararasındaki ve ulusal sınırlar içindeki çeşitli eşitsizliklerin insani değerler açısından kabul edilemez olarak değerlendirilmeye başlandığı bir döneme denk gelmektedir. Bu nedenle eşitlik vurgusu her iki toplantının ve kavramın içeriğine derinlemesine etki etmiştir.

Nitekim Alma Ata Bildirisi'nin 2. maddesinde, gelişmiş ve geri kalmış ülkeler arasındaki sağlık eşitsizliklerinin en yüksek derecesine ulaştığı, ancak bu durumun, eşitsizlikleri olumsuz yönüyle yaşayan ülkeleri aşarak, bütün dünyanın ortak sorunu haline geldiği belirtilmiştir (Öztek, Z. 1986: 63-76). Kendisine atfedilen önemi nedeniyle eşitlik, 1984'de belirlenen herkes için sağlık Avrupa bölgesi hedefleri arasında ilk sırada yer almıştır. Böylece Avrupa bölgesi ilk hedefi 2000 yılına kadar, ülkeler ve ülkelerin kendi içindeki gruplar arasında varolan gerçek sağlık durumu farklılıklarının, dezavantajlı ulus ve grupların sağlık düzeylerinin geliştirilmesi yoluyla en azından %25 oranında azaltılması gerektiğini belirlemiştir (WHO, 1985:24).

Ancak ne Alma Ata'nın, ne de herkes için sağlık hedefinin belirledikleri bu kadarla sınırlıdır. Eşitsizlik olgusuyla ilgili olarak, her ikisinde de, izleyecek dönemin strateji, öncelik ve ağırlıklı alanlarını belirleyecek bir kaç tespit daha yapılmıştır. Bunlar şu şekilde özetlenebilir: 1) Ekonomik ve sosyal gelişmeler, tüm insanların tam sağlıklı duruma gelebilmeleri ve uluslararası gözlenen sağlık eşitsizliklerinin kapatılabilmesi bakımından büyük önem taşımaktadır. Bir başka ifade ile sağlıktaki eşitsizliklerin giderilebilmesi, yalnızca sağlık sektöründe gerçekleştirilecek çalışmalarla çözülebilecek kapsamda bir sorun değildir. Daha da ötesinde, genel olarak sağlıktaki sorunların çözümlenebilmesi ve sağlıkta dikkate değer gelişmelerin sağlanabilmesi, diğer toplumsal sektörlerde ve en önemlisi ekonomide sağlanacak gelişmelerle olanaklı olabilir. Hatta WHO daha da belirgin bir vurguyla herkes için sağlık hedefi bakımından asıl sorumluluğun sağlık sektörü dışında bulunduğu da belirlemiştir. 2) Öte yandan insanların sağlıklarının geliştirilmesi ve korunması ekonomik ve sosyal kalkınma bakımından gereklidir ve daha iyi bir yaşam seviyesine ve dünya barışının elde edilmesine de katkıda bulunacaktır. 3) Genel kalkınma stratejilerinin bir parçası olan temel sağlık hizmeti uygulamaları, herkes için sağlık hedefini eşitlikçi bir ortam içinde elde etmenin anahtarıdır.

Böylece temel sağlık hizmeti WHO literatüründe sağlıkta eşitlikçi sağlamanın ve eşitlikçi bir yöntemle herkes

için sağlık hedefine ulaşmanın aracı olarak ele alınmaktadır. Dolayısıyla, WHO bir sağlık sistemini değerlendirirken kullanılması gereken iki temel kavramı da belirlemektedir: Eşitlik ve temel sağlık hizmetleri. O nedenle, Sağlık Bakanlığı'nın birinci basamak "reform" önerilerini değerlendirmeden önce temel sağlık hizmetleri kavramının içeriğinin belirlenmesi gereklidir. Böylece "reform" önerilerinin değerlendirilmesi aşamasında kullanılacak standartların elde edilmesi de olanaklı olacaktır.

### III- TEMEL SAĞLIK HİZMETİ NE İFADE EDİYOR?

WHO temel sağlık hizmeti kavramını, ilk kez 1978 yılındaki Alma-Ata Konferansı'nda tanımlamıştır. Kavramın kimi yönleri üzerindeki tartışmalar halen sürse de, bu konuda esasen oldukça bütünlüklü ve tutarlı bir çerçevesinin bulunduğunu belirtmek gerekir. WHO daha sonradan kavram üzerindeki kimi tartışmalı noktaları netleştirmek ve kavrama ilişkin yanlış anlamaları giderebilmek bakımından bir de kitap yayınlamıştır. Bu kitapta, WHO'nun kavramın yanlış anlaşılma yönleri olarak vurguladıkları onun daha iyi anlaşılmasına da yaramaktadır. Konunun bu yönünden, bu yazının ileriki bölümlerinde sözü edilecektir.

Temel sağlık hizmetleri kavramı esas olarak üç boyutlu bir kavramdır. Bir boyutuyla sağlık hizmetlerinde yeni bir yönelime vurgu yapar. Bu vurgu içinde eşitlik paradigması belirleyici bir konuma oturur. Sağlıkta eşitliği sağlamanın yolunun, toplumsal yaşantıdaki eşitlikçi politikalar olduğunu belirtir. Yine bu yönüyle sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde sağlık sektörünün geleneksel sınırlarını zorlayan organizasyonel uygulamalar önerir. Bu organizasyonel öneriler kavramın ikinci boyutunu oluşturur. Sektörlerarası işbirliği, toplum katılımı, ekip çalışması gibi unsurlar bunların başlıcalarıdır. Son boyut ise, hizmetin uygulanışına yönelik pratik önerileri kapsar. Bu yönüyle temel sağlık hizmetleri bir programlar paketi olarak da görülebilir. Nitekim Alma-Ata Konferansı'nın 5. Önerisi bu paketi eğitim, doğru beslenmenin sağlanması ve geliştirilmesi, yeterli temiz içme suyu sağlanması, aile planlaması da dahil olmak üzere ana çocuk sağlığı ve doğum hizmetleri, ateşli hastalıklara karşı bağışıklık, salgınların kontrolü, yaralanmaların doğru tedavi edilmesi ve gerekli ilaçların sağlanması olarak tanımlamıştır.

İçeriği, yukarıda tanımlanan ikinci ve üçüncü yönlerce belirlenen temel sağlık hizmetleri, aynı zamanda, ulusal sağlık sisteminin insanların bulunduğu her türlü mekanın en yakınına kadar götürülmüş, bireylerin ve toplumun ilk başvuru yeri olan ilk halkasını da oluşturur (WHO, 1984: 7).

Temel sağlık hizmetleri kavramının asıl yaratıcı, geliştirici ve perspektif açıcı olan yönü, deyim yerindeyse daha felsefi nitelikli olan ilki ile sağlık hizmetlerinin örgütlenmesindeki genel ilkeleri belirleyen ikincisidir. Sonuncu yön ise, özellikle tek başına ele alınması durumunda, ilk iki boyutun ön açıcı perspektifinden yoksun bir teknisizme,

daralmaya ve bütün enerjinin asgari düzeydeki gereklilikleri yerine getirmek için harcanmasına neden olabilir. Bunun da ötesinde toplumların yoksul kesimleri ya da yoksul uluslar için asgari ("hiç olmazsa" nitelikli) bir paketin sağlanması gibi bir hedefin amaçlaştırılması sonucunu da doğurabilir. Temel olarak eşitlik hedefini belirleyen ilk boyutun karşısında, böyle bir daralmanın politik açıdan tutarsızlık olacağını kabul etmek gerekir. Çünkü bu tip bir amaçlaştırma, nihai olarak eşitsizliklerin sürekliliğini kabul etmek, deyim yerindeyse eşitsizlikçi ekonomik politik ortamı meşrulaştırmak gibi bir sonuca neden olacaktır. O nedenle Alma-Ata'nın genel olarak sağlık anlayışına ve özel olarak da sağlık sistemlerine getirdiği katkı esasen onun ilk boyutunda aranmalıdır.

Toplum katılımı, Alma-Ata'da hiçbir ön sınırlamaya tabi kılınmaksızın, toplumun sağlık hizmetlerinin planlanmasından, uygulanmasına kadar bütün aşamalarında karar sahibi olabilmesi olarak belirlenmiştir.

Tarım, hayvancılık, gıda, endüstri, eğitim, konut, banyındalık, ulaşım gibi diğer sektörlerin ve toplumsal kalkınma ile ilgili bütün çalışmaların sağlık düzeyinin geliştirilmesi açısından yaşamsal olarak algılanması, sağlığa getirilen kapsamlı yaklaşımdan ileri gelmektedir (WHO, 1981: 35).

Sağlığı etkileyen faktörlerin oldukça geniş çerçeveli bir bütünlük içinde ele alınması; a) sağlık hizmetlerinin bir bütün olarak (sağlığı geliştirici hizmetler, çevreye ve bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve toplum kalkınması çalışmaları), b) sosyal ve teknik yönden birbirlerini tamamlayan bir ekip tarafından ve c) olabildiğince toplumun en yakın yerindeki kurumlarda verilmesi gerektiği düşüncesinin kabul edilmesini sağlamıştır. Ekip çalışması, bir sağlık sisteminin sorumluluklarını yerine getirmesinin en uygun yoludur. Ekibin bütün elemanlarının, ancak özellikle de hekimlerin, toplum içinde çalışma, iletişim kurma, sosyal çevreyi çözümlenebilme ve çözüm önerileri üretme becerilerine sahip biçimde eğitilmelerinin sağlanması son derece önemlidir (Öztek, Z. 1986: 72). Bu nedenle eğitim yalnızca temel ve klinik bilimlerle sınırlı görülemez. Aynı derecede sosyal ve psikolojik bilimleri, antropoloji, ekonomi gibi disiplinleri de içermek zorundadır. Yönetimle, toplum kalkınmasıyla, epidemiyolojiyle ve farklı programların entegrasyonu ile ilgili becerilerin sağlık personeline kazandırılması gerekmektedir (Tarimo, E., Webster, E.G. 1994: 8). Gereksinimler düşünüldüğünde ekibin en uygun elemanları hekimler, toplum hemşireleri, ebeler, sosyal çalışma uzmanları, klinik psikologlar, fizyoterapistler olarak önerilmektedir. Multidisipliner bir ekibi sağlayacağı avantajlar şunlar olacaktır: 1) Daha entegre bir toplum hizmeti, 2) hizmetin sürekliliğinin güçlendirilmesi ve daha üst düzeyde hizmet yönünde teşvik edici bir ortam yaratılması (CE, 1986: 43-59).

Alma-Ata'da belirlenen temel sağlık hizmetleri yaklaşımı bütün bunların gerçekleştirilmesi görevini de hükü-



metlere vermiştir. Hükümetlerin, temel sağlık hizmetlerini öncelikle geri kalmış bölgelere götürmek zorurluluğu bulunmaktadır (Alma-Ata bildirge ve öneri maddeleri için bkz. Özbek, Z.).

Temel sağlık hizmetleri yaklaşımı, WHO Avrupa bölgesinin herkes için sağlık hedefleri arasında da yer almaktadır. Avrupa bölgesi hedeflerinin 26-30. maddeleri doğrudan doğruya sağlık sistemlerinin temel sağlık hizmetleri felsefesi ile örgütlenmesine ilişkin öneriler içermektedir. Bu maddelerde, bütün üye ülkelerin, etkin bir toplum temsiliyetinin sağlandığı ve temel sağlık hizmeti anlayışı üzerine oturan sağlık sistemleri geliştirmeleri gerektiği vurgulanmaktadır. Sağlık sistemi, kaynaklara ulaşılabilirliği fiziksel, ekonomik ve kültürel bakımlardan en etkin biçimde sağlayacak şekilde düzenlemeli; sağlığı geliştirici, tedavi ve rehabilite edici hizmetleri bir arada sunan bir kapsayıcılığa sahip olmalı; en yoksul durumda olan toplumsal gruplara öncelik vermeli; ekip çalışmasına dayanmalıdır (WHO, 1985: 99-113).

#### IV- AVRUPA'DA TSH İLE İLGİLİ SON DURUM:

2000 yılı hedefleri bakımından temel sağlık hizmetlerine yüklenen anahtar öneme karşın, Avrupa bölgesi sağlık sistemlerinde temel sağlık hizmetleri yönelimli değişimlerin kısıtlı ve neredeyse rastlantısal nitelikli olduğu görülmektedir. İlkesel olarak TSH'nin koruyucu, geliştirici, tedavi ve rehabilite edici hizmetleri entegre biçimde sunması gerektiği geniş kabul görmekle birlikte, uygulama halen ülkeden ülkeye değişmektedir. Özellikle kamu tarafından yürütülen sağlık sistemlerinde entegrasyonun sağlandığı ve TSH alt yapısının uygun olması durumunda da sistemin gayet etkin biçimde çalıştığı görülmektedir.

Ekip çalışmasının önemi vurgulanmasına karşın, ülkelerin bir kısmında halen solo genel pratik uygulaması kullanılmaktadır. Sevk sistemi giderek yaygınlaşmaktadır. Hekimin hasta tarafından serbestçe seçildiği sistemden, belirlenmiş bir hasta listesi sistemine geçiş söz konusudur ve kayıt sistemi belli bir coğrafi bölgede yaşayanların, yine o bölgedeki sağlık kuruluşuna/hekime kaydedilmesi biçiminde gerçekleşmektedir. Böyle bir ilişki tarzı hasta ile sağlık kurumu arasındaki ilişkiyi geliştirmek ve sosyal çevrenin de gözlenmesine olanak tanımak bakımından daha uygun bir ortam yaratmaktadır.

Sağlık sistemlerinin, tıp bilimindeki gelişmeler ve yeni teknolojiler gibi dışsal etkenlerin yarattığı ortamda başarılı olabilmesi için TSH anlayışının entegre hizmet esasına oturtulması gerektiği yinelenmektedir. Entegrasyon işlevi birbirini tamamlayan üç boyutlu bir süreçtir. İlk boyut fonksiyonel entegrasyondur ve hastalığın, bireysel, ailevi ve toplumsal gereksinimlerin dikkate alınarak yönetilmesi anlamına gelmektedir. İkinci boyut organizasyonel entegrasyondur. Bu, sağlık merkezi içinde multidisipliner nitelikli bir ekibin güçlendirilmesi demektir. Üçüncü boyut ise eğitimsel entegrasyondur. Entegre hizmetin gerekliliklerine yanıt verebilecek nitelikteki personeli yetiştirebil-

mek için; mezuniyet öncesi, uzmanlık ve sürekli eğitim programlarının organize edilmesi anlamına gelmektedir (WHO, 1996a: 31-32).

Bu düzeyde bir değerlendirme yapıldığında, WHO hükümetlerin halen geleneksel sağlık sistemi anlayışlarını değiştiremediklerini, bu yönde gerekli politik iradeyi gösteremediklerini ortaya koymaktadır. Esasen bu değişim gerek sağlık anlayışında, gerekse bir bütün olarak toplumsal kaynakların kullanımında politik düzeyde bir farklılaşmayı zorunlu kılmaktadır. Farklılaşma bir yandan bütün toplumsal kaynakların daha eşitlikçi kullanımını, daha fazla oranda gereksinimi olan toplumsal gruplara daha çok kaynak aktarılmasını ve bunun için de varolan üretim ve bölüşüm ilişkilerinin sorgulanmasını gerektirmektedir. Öte yandan ise hastanecilik hizmetleri yönelimli olan geleneksel sağlık paradigmasına, doğal olarak da hastanecilik hizmetlerini ve tıbbi teknolojiyi bir tüketim malzemesi olarak algılayan ve örgütleyen güç odaklarına karşı tavrın alınmasını gerektirmektedir. Aradan 20 yıl geçmiş olmasına rağmen kağıt üzerinde kabul edilenlerin yaşama geçirilmesinde karşılaşılan bu kadar güçlüğün altındaki gerçek neden de bu tavrın hükümetlerce yerine getirilememiş olmasıdır.

Nitekim WHO, 1994 yılında TSH uygulamalarını ve bu felsefenin yaşama geçme düzeyini değerlendirerek, karşılaşılan güçlükleri saptamıştır. Bu değerlendirmede özellikle altı çizilmesi gereken vurgular, sağlık hizmetine evrensel ulaşım hakkı ile kaynakların hastanelerden toplum sağlığı merkezlerine kaydırılması yönündedir.

WHO bütün kaynak ve hizmetlere evrensel ulaşım hakkını TSH'nin ana amacı olarak belirlemektedir. Evrensel ulaşım yalnızca sağlık sektörüne ek kaynak tahsisi değil, aynı zamanda kaynakların en fazla oranda gereksinimi olanlara tahsis edilmesi demektir. Kaynakların hastane hizmetlerinden, diğer sektörlerle işbirliğinin gerçekleştirildiği toplum sağlığı merkezlerine kaydırılması ise toplumsal sağlık sorunlarının çözümünün en etkin yolu olarak gündeme gelmektedir (WHO, 1994: 3-5).

#### V- TSH'NE İLİŞKİN YANILGILAR:

Bu yazının buraya kadar olan kısmında TSH felsefesinin en önemli yönleri tanımlanmaya çalışılmış ve bu konuda en azından Avrupa bölgesi için varolan sorunlar genel hatlarıyla özetlenmiştir. İçinde bulunulan gerçek durumun, arzulanla arasındaki açının hiç de dar olmadığı görülmektedir ve bu açığı yaratanın ülkelerin politik koşulları olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

Bu nedenle WHO Slovenia'nın Ljubiana kentinde Haziran 1996'da düzenlediği konferansta sağlık sistemlerinin TSH felsefesi ile reforme edilmesinin önemini bir kez daha vurgulamıştır. Konferans sonrası yayınlanan bildiri eşitlik, mesleki etik, kapsayıcılık konularının reform çalışmalarına yön vermesi gereken temel değerler olduğu belirtilmiş

ve sağlığın geliştirilmesi ve korunmasının toplumun öncelikli ilgi alanı olması gerektiği yeniden vurgulanmıştır (WHO, 1996b: 2).

Öte yandan TSH kavramı aradan geçen 20 yıla yakın süre boyunca kendisine ilişkin kimi yanlışlara da neden olmuştur. Bu yanlışların, bir yandan da, kavramı benimsemek niyetinde olmayan çevrelerce bilinçli biçimde üretildiği de söylenebilir. Çünkü yanlış olarak sözü edilenler, aynı zamanda kavramın yaşam alanını daraltan bir etki göstermektedir. WHO yanlışları şu şekilde sıralamaktadır:

**İlk yanlış:** TSH topluma dayalı tek sağlık hizmetidir. Bu yaklaşım TSH'nin uygulanabilmesi için gerekli olan ve bütün düzeyleri kapsamı gereken değişim zorunluluğunu sınırlayan bir etkiye sahiptir. Toplum katılımı vurgusundan ve katılımın yalnızca en uç birimdeki kurumlarda gerçekleştirilebileceği inancından kaynaklanan bu yanlış, hastanelerdeki yapısal değişim gereksiniminin göz ardı edilmesine yol açmaktadır. Oysa hastane gibi destekleyici kurumların da toplumun en fazla yakındığı sorunlara yönelik olarak ve toplumla birlikte hareket etmesi sağlıklı gerekli ilerlemeler için zorunluluktur.

**İkinci yanlış:** TSH bireylerin ve toplumların sağlık sistemi içindeki ilk temas düzeyidir. Bu yanlış aslında ilkiyle de yakından ilişkilidir. Gerçekten de TSH'nin bu tanımı Alma-Ata bildirisi içinde yer almaktadır. Ancak WHO 1994'deki dökümanında bu konuya açıklık getirmek gereksinimi duymuştur. Çünkü TSH'ni sağlık sisteminin ilk temas noktaları olarak algılamak, sağlık sistemi organizasyonunun basamaklı yapısını ve sevk sistemi zorunluluğunu anlamada yararlı olsa da, TSH'nin anlamındaki genişliğin gözden kaçırılmasına yol açmaktadır. Bu nedenle ilk temas noktası için "birincil tıbbi bakım (primary medical care)" ya da "birincil bakım (primary care)" gibi kavramların kullanılmasının daha uygun olacağı, TSH (primary health services) teriminin ise Alma-Ata'daki kapsamlı anlamıyla bırakılması gerektiği belirtilmiştir.

**Üçüncü yanlış:** TSH yalnızca, gelişmekte olan ülkelerin fakir ve gerçek hekimlere ulaşamayan insanları içindir. TSH'nin şimdiye dek daha çok gelişmekte olan ülkelerde uygulandığı doğrudur. Ancak bu, kavramın yalnızca gelişmekte olan ülkeler için uygun olduğu anlamına kesinlikle gelmez. Nitekim WHO Avrupa bölgesi 2000 yılı hedefleri içinde sağlık sistemlerinin TSH felsefesi yönünde yeniden yapılandırılması gerektiği hedefini açık biçimde ifade etmiştir. Özellikle yaşam stiliyle ilgili olan kardiyovasküler ve AIDS gibi hastalıklar, yaşam stiline değiştirilmesine yönelik geliştirici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmasını ve sektörlerarası işbirliğini zorunlu kılmaktadır.

**Dördüncü yanlış:** TSH bir seri çekirdek sağlık hizmetidir. Alma-Ata'da böyle bir çekirdek hizmet paketinden söz edilmiştir. Ancak bu paket TSH anlayışının yalnızca bir parçasıdır. TSH'ni bir çekirdek hizmet paketi olarak görmek, ikinci yanlışta benzer bir başka yanlış olmaktadır.

**Beşinci yanlış:** TSH hekimler, hastaneler ve modern teknoloji ile değil; yalnızca kırsal bölgelerle ilgili olan, düşük teknoloji yatırımlar yapan ve sınırlı bilgi ve eğitim düzeyli sağlık çalışanlarıyla yürütülen bir hizmettir. Bu noktada TSH'nin önemli oranda, kaynakların eşit dağılımı ile ilgilendiğini vurgulamak gerekir. Bu da zorunlu olarak hizmete ulaşamayan, önlenebilir hastalıklardan yakın fakir toplum kesimlerinin öncelenmesini ve bu sorunlar karşısında gereksiz biçimde hastanelere yönlendirilen kaynakların koruyucu hizmetlere aktarılmasını gerektirir. Ancak bu yukarıdaki yanlışta yol açacak bir saptama değildir. Çünkü TSH kesinlikle modern teknolojiyi yadsımaz, ancak onun gerekli olduğu yer ve sorunlarla ilgili olarak kullanılması gerektiğini savunur. Soğuk zincir teknolojisi bunun için iyi bir örnektir. Hastaneler için de aynı şey geçerlidir, ancak basamak sistemi içinde uygun rollerini yerine getirmeleri koşuluyla (Tarimo, E., Webster, E.G. 1994: 6-8).

## VI- BİRİNCİ BASAMAK VE TSH:

Buraya kadar ele alınanlardan anlaşılacağı gibi, TSH oldukça geniş bir kapsama sahipse de, sağlık sistemi içindeki en önemli etkisini, topluma en yakın olduğu noktada, yani birinci basamak düzeyinde göstermesini beklemek yanlış olmayacaktır.

Öte yandan birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütleniş, Avrupa ülkeleri arasında önemli farklılıklar göstermektedir. Ekip çalışması karşısında tek hekimli solo uygulamalar; birinci basamak düzeyindeki genel pratik (general practice) uygulamalarında mezuniyet sonrası eğitim almış hekim tipi karşısında çeşitli uzmanlık dallarındaki klinisyenlerin istihdam edildiği modeller bu değişikliğin çeşitli yönlerini oluşturmaktadır. Ancak bu konuyla ilgili olarak ve Türkiye'deki tartışmalar da dikkate alındığında bir noktanın altının çizilmesi özellikle gereklidir. O da ülkeler arasındaki farklılığı tanımlayan asıl unsurun Türkiye'de sık sık yinelenen hatada olduğu gibi, aile hekimi ve genel pratisyen olarak yansıyan isim farklılığı olmayıp; insangücünün nasıl bir birinci basamak sağlık sistemi içinde istihdam edildiği, dolayısıyla kendisinden ne tür işlevler beklendiği ve nihayet de bu insangücünün ne tür bir eğitimden geçirilmesi gerektiğidir. Kısaca farklılık birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik beklentilerden ileri gelmektedir. Bunun ötesinde kimi kez aynı işlevi gören hekim insangücüne aile hekimi (family doctor), genel pratisyen (general practitioner) şeklinde farklı isimler verilebildiği gibi; farklı işlevleri gören ve farklı nitelikteki birinci basamak sağlık kurumlarında çalışabilen hekim insangücüne (değişik ülkelerde) aynı isim de verilebilmektedir. (Birinci basamak modellerinin ülke örnekleri için bkz. Boerma, W.G.W. et. Al 1993).

Sağlık sistemlerinin ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin 2000 yılı hedefleri bakımından TSH'ne yönlendirilmesi konusunda Avrupa bölgesi içinde halen önemli eksiklikler vardır. İşte bu ortam WHO'yu sağlık sistemlerinin reforme edilmesi konusunda daha etkin bir tavır

takınmaya zorlamaktadır. Böylece WHO sağlık sistemlerindeki olması gerekli değişiklikleri, özellikle 2000 yılı hedefleri içinde, ana hatlarıyla belirlemiş ve gelişmeleri izleyebilmek açısından da çeşitli indikatörler geliştirmiştir.

Bunun da ötesinde WHO birinci basamak sağlık hizmetleri düzeyindeki gerekli değişimleri 2000 yılı hedefleri doğrultusunda somutlayabilmek kaygısıyla 1995 yılında bir de rehber yayınlamıştır (WHO, 1995). Bu dökümanda WHO, birinci basamak sağlık hizmetinin işlevi anlamında genel pratik (general practice) kavramını kullanmaktadır. Bu rehberdeki önemli noktaları kısaca değerlendirmesi, bu yazının bundan sonraki bölümünde ele alınacak olan Türkiye'deki aile hekimliği ve birinci basamak tartışmalarının analizinde son derece değerli veriler sağlayacaktır. Bu nedenle yazının bu kısmında böyle bir değerlendirme yapılacaktır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin en önemli özellikleri şunlardır:

Geneldir. Yani hizmet nüfusun belli kesimleri ile sınırlı olmayıp, yaş, cinsiyet, ırk ve dine bağlı olmaksızın herkes içindir. Ayrıca bütün sağlık sorunlarıyla ilgilendiği için de geneldir.

Kolay ulaşılabilir. Bu hem coğrafi, hem de kültürel anlamda ulaşılabilirliği ifade eder ve bireylerin ödeme güçlerinden etkilenmemelidir.

Entegredir. Yalnızca tedavi ve rehabilitasyonu değil, onlarla birlikte ve (asıl önemlisi) sağlığın korunması ve geliştirilmesi çalışmalarını da kapsar.

Sürekli. Yalnızca hastalık anıyla ya da hastalığın belirli bir dönemiyle ilgili değildir. Bireyleri sağlıklı dönemlerinde de izler.

Ekip hizmetidir. Bu anlamda, hekim iyi işleyen ve farklı disiplinlerden oluşmuş bir ekibin parçası olmalıdır.

Bütüncüdür. Bireyler, aileler ve toplumların sağlık sorunları, sorunları yaratan bütün koşullar dikkate alınarak değerlendirilir.

Toplum yönelimlidir. Hastanın sorunları kendi sosyal çevresi bağlamında değerlendirilmelidir. Hekim toplumun sağlık gereksinimlerinden haberdar olmalı ve diğer sektörlerle işbirliği yapmalıdır.

Koordine. Yani sağlık sisteminin daha yukarıdaki basamakları tarafından destek gereksinimi her zaman vardır.

Bütün bu ilkelerin yaşama geçirilebilmesi için gerekli koşullar yapısal, organizasyonel ve mesleki olmak üzere başlıca üç grupta toplanmıştır. Bunların içinde en önemli olanlar da şöyle belirlenmiştir:

Belli bir nüfus. Kişisel, kapsamlı ve kesintisiz bir biçimde çalışabilmek için hekimlerin, iyi tanımlanmış bir gruba, sürekli hizmet vermeleri önerilmektedir.

Nüfusun geneline hizmet. Hizmeti bütün yaş gruplarına götürmek daha iyi sonuçlar vermektedir.

Çalışma ortamı. Topluma en yakın ve kolay ulaşılabilir konumda olmalıdır.

Hasta kayıtlarının tutulması. Tüm karşılaşılanların sistematik, gereğince ayrıntılı, soruna yönelik ve tam kaydının tutulması tedavi ve kurumlar arası koordinasyon bakımından gereklidir.

Ekip çalışması.

Pratiğin organizasyonu. Hekimlerin uygun mekan, ekipman ve hekim dışı sağlık personeli ile çalışması gerekmektedir.

Eğitim. Tıp öğrencileri, kendilerine kariyer seçeneği oluşturabilecek genel pratik uygulaması ile tıp eğitimleri sırasında tanıştırılmalıdır. Mezuniyet sonrasında ise genel pratiğin icrası bakımından bir mesleki uzmanlık eğitimi gereklidir. Bu eğitimin yarımından fazlası genel pratik içinde geçirilmeli ve oradan temellenmelidir. Eğitilene hastalarla iletişim kurabilme, danışmanlık yapabilme ve pratik yönetimi gibi kapsamlı beceriler kazandırılmalıdır. Bunun da ötesinde sürekli tıp eğitiminin organize edilmesi gerekmektedir.

Akademik genel pratik bölümleri. Bu, genel pratiğin akademik bir disiplin olarak organize edilmesi anlamına gelmektedir.

Görüldüğü gibi TSH ve TSH yönelimli birinci basamak örgütlenmesi oldukça tutarlı bir çerçeveye oluşturmaktadır. İşte bu çerçeve bundan sonra Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından önerilen aile hekimliği modelinin incelenmesinde kullanılacaktır. Böyle bir inceleme konunun üç yönü birbirinden ayrıştırıldığında daha verimli olabilir. Bu yönlerden ilki Türkiye'de yaşanan "reform" sürecine, ikincisi biçime, üçüncüsü ise hazırlanan yasa tasarı taslaklarının içeriğine ilişkindir. İzleyen bölümde böyle bir ayrıştırma yoluna gidilecektir.

## VII- YASA TASLAKLARI NEREDE DURUYOR?

### VII- a) SÜRECE İLİŞKİN DEĞERLENDİRME YA DA TÜRKİYE "DEMOKRASİ" Sİ:

WHO sağlık sistemlerinin reformu çalışmalarında konuyla ilgili bütün çevrelerin görüşlerinin alınmasına ve değişikliklerin ulusal bir konsensus ortamı içinde gerçekleştirilmesine büyük önem vermektedir. Nitekim Sağlık Bakanlığının Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dökümanı'nı

yayınlanmasının hemen bir kaç ay sonrasında (Aralık 1992) WHO Taslak ile ilgili bir değerlendirme raporu yayınlamış ve bu raporun Genel Değerlendirme başlığını taşıyan ilk bölümünün ilk paragrafında Taslak Döküman'ı yine böyle bir bağlamda ele almıştır.

WHO bu paragrafta Türkiye'de Taslak Döküman'ı ortaya çıkaran süreci sürekli ve uzun erimli bir konsensus ortamının inşası süreci olarak nitelemektedir. (WHO, 1992: 1). Aşağıda görüleceği gibi WHO bu raporda bu yönüyle oldukça yanlış bir değerlendirme yapmıştır. Bu nedenle, belki de daha doğru bir değerlendirme WHO'nun hükümet tarafından yanıtıldığı biçiminde olmak durumundadır.

Çünkü yazının başında da belirtildiği gibi Sağlık Bakanlığı'nın tutumu süreç içinde önemli değişiklikler göstermiş ve sonuç itibarıyla hiç de WHO'nun değerlendirmesini doğrulamayan bir ortam yaratılmıştır. "Reform" çalışmalarının gerçekleştiği sürecin esas olarak iki farklı döneme ayrıldığı görülmektedir. İlk dönem aslında oldukça kısa sürmüştür. Bu 1992 yılı sonlarıyla 1993'te 2. Ulusal Sağlık Kongresi arasında yer almaktadır. Ancak Sağlık Bakanlığının kendi görüşlerini dayatması çok daha önceye 1. Ulusal Kongre'nin hemen ertesine ve Taslak Döküman'ın yayınlandığı tarihe denk gelmektedir. Aşamalandırmak gerekirse yaşananlar şöyle sıralanabilir: 1) 1992'deki ilk kongreye sağlık iş kolundaki bütün meslek örgütleri, sendikalar ve çok sayıdaki üniversiteden öğretim üyeleri katılmış ve gerçekten de sağlık sektörü dışından da pek çok kişinin bu kongreye katılımı sağlanmıştır. 2) Kongre'de aile hekimliği ile ilgili tartışmaları yapan ve 30 kadar katılımcıdan oluşan ve Taslak Döküman'ın ilgili bölümü için görüş oluşturan grup hemen hemen oy birliğiyle aile hekimliği modelini reddederek, 224 sayılı yasanın belirlediği çerçevenin Türkiye'nin birinci basamak sağlık hizmetleri bakımından gereksinim duyduğu model olduğunu kabul etmiştir. 3) Daha sonra Bakanlık hiçbir şey olmamış ve grup aile hekimliği modelini onaylamış gibi bir ortam yaratmış ve sonucu da Taslak Döküman'a bu şekilde yansıtılmıştır. 4) Bundan sonra 2. Kongreye kadar geçen zaman dilimi, sağlık meslek birliklerinin ve sendikaların, bu arada görüşlerinin ciddiye alınmamasından rahatsızlık duyan öğretim üyelerinin yine de Sağlık Bakanlığı ile işbirliğini sürdürmekten yana oldukları ve Sağlık Bakanlığının da tartışma bakımından açık bir tavır sergilediği bir ortam içinde geçmiştir. 5) Ancak 2. Kongre'de, özellikle, meslek birlikleri ve sendikalar, bu arada da kimi öğretim üyeleri ilk Kongre'deki çalışma raporlarının dikkate alınması önerisini getirmişler ve bu önerileri Bakanlıkça reddedilince de 2. Kongre'yi terketmişlerdir.

İşte ikinci aşama da bu noktada başlamaktadır. Çünkü bu noktadan itibaren Bakanlığın çalışmalarının dışarıdan izlenmesi hemen hemen olanaksızlaşmış ve Bakanlık en başında kendi belirlediği modelinin ayrıntılarını kendi kendine tartışmaya başlamıştır. Bu nedenle önerilen modeli bir konsensusun ürünü olarak değerlendirmek tamamen olanaksızdır. Dolayısıyla WHO'nun çok önem verdiği

ulusal uzlaşma ortamının da sağlanamadığını belirtmek gerekir. Böyle bir sonuç Bakanlığın en sonunda tercih ettiği bir yöntem olabilir, ancak bunun konsensus olarak sunulması tamamen ayrı bir konudur.

#### VII- b) BİÇİMSEL DEĞERLENDİRME: TUTARSIZLIK:

Vurgulanması gereken öncelikli konu, Sağlık Bakanlığının tüm süreç içinde, Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerini düzenleyen mevzuatta bir yetersizlik hatta kimi kez tam bir boşluk olduğunu ileri sürmesidir. Bir başka deyişle SB 224 sayılı yasa sürekli olarak eleştirmiştir. Kabul etmek gerekir ki bir sistemin eleştirilebilmesi için öncelikle o sistemin gereksindiği asgari koşul ve olanakların yerine getirilmiş olması gerekir. 224 sayılı yasaya 1961 yılından beri böyle bir şansın tanınmadığı açıktır. Aksi takdirde bugün Türkiye'de (varolanların niteliksel durumları ayrıca tartışılmak koşuluyla) 5000 yerine yaklaşık 10 bin sağlık ocağı, 11 bin yerine yaklaşık 20 bin sağlık evi olması gerekirdi. Kurumların ve sağlık personelinin Türkiye genelinde dengeli dağılımı sağlanabilmeliydi. Tıp fakültelerindeki eğitim, mezunları bir uzmanlık sınavına yönlendirecek şekilde değil, genel pratisyenliği sevdirecek bir içerikte sunulabilmeliydi, vb. Yasanın başına gelenler daha da uzatılabilir. Hükümetlerin uygulama iradesi gösteremedikleri bir yasa, yetersiz olarak suçlamanın olanaksızlığını göstermek açısından bu kadarı yeterlidir. Bunun ötesinde 224 sayılı yasanın yetersizliğinin kanıtlanması, hükümetlerin inisiyatifsizliği dışında somut verilerin ortaya konulmasını gerektirir. Sağlık Bakanlığı ise hiçbir zaman böyle bir tartışma tarzını benimseyememiştir.

Belirlenmesi gereken ikinci konu yine 224 sayılı yasaya ilintili olmak durumundadır. İlk bölümde ana hatları özetlenen bütün Bakanlık yaklaşımı ve dökümanları birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenmesine ilişkin pek çok şeyi ilk kez kendileri öneriyorlar tavrı içindedir. Bunun en tipik örneği sevk sistemidir. Gerçekten de Kasım 1996 tarihli ilgili yasa tasarısı taslağının dördüncü kısmı (md. 11) sevk sistemini tanımlamaktadır. Aynı maddenin gerekçesinde de bütün dünyada sevk sistemine verilen önemden söz edilmektedir. Bütün bunlar doğrudur. Bir başka gerçek ise sevk sisteminin yine 224 sayılı yasanın (md. 10-14) içinde tanımlanmış olmasıdır. Burada yapılan bütün bu açıklamaların nedeni, Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerine ilişkin olarak ortaya çıkan sorunların hemen tamamen hükümetlerin siyasi iradelerindeki boşluktan ileri geldiğini netleştirebilmek bakımındandır.

Biçime yönelik bir diğer değerlendirme hazırlanan yasa tasarısı taslaklarının ve ilgili diğer resmi dökümanların aralarında ortaya çıkan ciddi uyumsuzluklara ilişkin olarak yapılabilir. Bakanlık 1993 yılı Nisan ayından itibaren, dışarıda kalanların ancak arada sırada elde edebildikleri bir dizi yasa tasarısı taslağı ve döküman hazırlamıştır. Özellikle yasa metinleri için "bunlar en nihayetinde taslaklardır" şeklinde bir değerlendirme yapılabilir. Ancak yine de kimi yaşamsal noktalarda aralarında saptanan uyumsuzluklar oldukça dikkat çekicidir ve bu durum çalışmaların



düzye ve ciddiyeti bakımından da kuşku uyandırıcı olabilmektedir. Örneğin Bakanlık aile hekimliğini kimi kez yalnızca kentler için düşünmüş, kırsal bölgelerde ise sağlık ocakları ve sağlık evlerinden oluşan 224 sistemini korumayı planlamıştır. Ancak son tasarı taslağında 224 sayılı yasanın organizasyonundan hiç söz edilmemekte ve aile hekimliği sistemi dört yıllık bir geçiş aşaması ile bütün Türkiye'yi kapsayan bir sistem olarak önerilmektedir. Ülkenin her tarafına yayılmış 5000 sağlık ocağı göz önüne alındığında bu tercihin düşünülerek yapıp yapılmadığı konusunda ister istemez kuşku uyanmaktadır. Bir diğer örnek aile hekimlerinin uzmanlık konularına ilişkindir. Bakanlık önce aile hekimliği yapabilmek için mutlaka uzmanlık aranmayacağını belirterek, geçiş aşamasında pratisyen hekimlere de bu yönde çalışma izni verileceğini belirtmiştir. Daha sonra aile hekimlerinin uzman ya da pratisyen olabilecekleri belirtilmiş ve uzman terimi konusunda herhangi bir açıklık getirilmemiştir. Son tasarı taslağında ise aile hekimliğini ancak aile hekimlerinin ya da bu konuda uygun sertifika almış hekimlerin yapabileceği belirtilmiştir. Aynı durum kamu sağlığı merkezleri için de geçerlidir. Kamu sağlığı merkezleri önce birinci basamağı lojistik olarak destekleyen ve yönetsel işlevleri de olan birimler olarak öngörülmüş, daha sonra ise hem birinci basamak, hem de ikinci basamak niteliğinde bir kurum olarak son tasarı taslağına girmiştir. Bu sonuncu biçim başlı başına bir karmaşadır ve bu karmaşanın ne şekilde çözüleceği herhalde bir başka tasarı taslağına bırakılmıştır. Sağlık ocaklarına bakışta da aynı karmaşa gözlenmektedir. Kimi dökümanlarda sağlık ocaklarının kent merkezlerinde de teknolojik olarak desteklenecekleri belirtilmiş, kimi kez kentlerdeki sağlık ocaklarının kamu sağlığı merkezleri şekline dönüştürülmesi planlanmış, kimi kez sağlık ocaklarının aile hekimlerine personel desteği sunması öngörülmüş ve nihayet son tasarı taslağında da ne kırsal bölgede, ne de kentlerde sağlık ocağı adından bile söz edilmiştir.

Bütün bu tutarsızlık ve karmaşa acaba bir kafa karışıklığı mı yansıtmaktadır? Yoksa niyet eksikliğini mi? Şüphesiz, bu tutarsızlıklar yaşanan canlı tartışma ortamının göstergesi olarak da değerlendirilebilir. Ancak hatırlamak gerekir ki, yukarıda sıralananların hemen tümü birinci basamak anlayışı içindeki konuları oldukça netleşmiş konulardır.

#### VII- c) İÇERİĞE İLİŞKİN DEĞERLENDİRME: TASLAKLAR İLE TSH ARASINDAKİ AÇI:

Sağlık Bakanlığının aile hekimliği modeli birinci basamağın işlevlerini bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile ayaktan tedavi edici hizmetlere sınırlamıştır. Bu yazıda TSH'nin asıl geliştirici, ön açıcı yönleri olarak nitelenen teorik ve organizasyonel boyutları, sağlık sisteminin topluma en yakın olan birinci basamak noktasından alınarak, ilçe düzeyindeki toplum sağlığı merkezlerine çekilmiştir. Böylece birinci basamaktaki TSH anlayışı bir hizmet paketi olarak örgütlenmektedir. Oysa yukarıda da belirtildiği gibi bu yönelim TSH ile ilişkili en önemli pratik yanılardan birisidir. Bu yaklaşım doğal olarak sağlık

kavramının içeriğinin ve sağlığı belirleyen çevresel, sosyal, toplumsal dinamikleri kavramak zorunda olan anlayışın kısıtlanması anlamına da gelmektedir.

TSH'ndeki geniş kapsamın bu şekilde daraltılması entegre hizmet anlayışını da zedelemektedir. Entegre hizmet koruyucu, geliştirici, tedavi ve rehabilite edici hizmetlerin yine topluma en yakın noktada birlikte sunulmasını öngörürken, bu boyutlu entegrasyonun, yasa tasarı taslağında düşünülmediği açıktır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerini ve genel olarak da sağlık kavramını daraltıcı aynı yaklaşım ekip anlayışını da zedelemektedir. TSH kavramı ekip olarak değişik disiplinlerden profesyonellerin katılımıyla oluşan ve toplumsal kalkınmaya katkıda bulunup, sağlığın geliştirilmesi ve korunması programlarının yürütülmesini de sağlayacak, oldukça geniş bir ekip önerirken, yasa taslağı tasarısı ekibi hekim, hemşire ve ebe ile sınırlanmaktadır. Sağlık Bakanlığının öngördüğü sağlık hizmeti kapsamı düzeyinde başarılı olmak açısından bu ekibin yeterli olacağı düşünülebilir, ancak bu ekibin TSH kapsamındaki hizmeti üretebilmesinin ve toplumsal kalkınma açısından işlevsel olabilmesinin olanaksız olduğu da açıktır.

WHO, TSH kavramının belirlediği hizmet bileşenlerini üretebilecek ekibin eğitiminde toplumu tanıma, iletişim teknikleri, sosyal sorunların nedenlerini çözümü, öneriler geliştirebilme gibi becerilerin kazandırılmasını önermektedir. Bunun için de sosyal bilimlerin, psikolojinin gerek mezuniyet öncesinde, gerekse mezuniyet sonrasında yer alması gerektiğini vurgulamaktadır. Bütün bunlar genel pratik içinde çalışacak hekimlerin uzmanlık eğitiminin saha ağırlıklı olması gerektiğini de açığa çıkarmaktadır. Türkiye'deki durum ise hiç de böyle değildir. Türkiye'deki mezuniyet öncesi eğitim sorunlarının tartışılması ayrı bir konudur. Ancak bu konuyla ilgili olarak, belirtilmesi gereken nokta, mezuniyet öncesi eğitimin hiç de birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışacak hekimin moral ve teknik yönlü eğitimini sağlamaya yönelik olmadığıdır. Mezuniyet sonrası aile hekimliği uzmanlık eğitimi ise, mezuniyet öncesindeki bu sorunların çözümlenmesi şeklinde planlanabileceken, Sağlık Bakanlığı bu eğitimi tamamen üçüncü basamak düzeyli hastanelerdeki klinik eğitimle sınırlamış ve WHO'nun sıraladığı becerilerin hiçbirisini eğitim programının içine sokmayı düşünmemiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenmesiyle ilgili dökümanların hiçbirisinde sağlık sistemi ile toplumsal kalkınma arasındaki ilişki üzerinde durulmadığı izlenmektedir. Oysa hatırlanacağı gibi TSH anlayışı içinde bu konunun da ağırlıklı bir konumu bulunmaktadır. TSH anlayışı, SB'nin klinik ve klinisyen yönelimli yaklaşımını terketmesini gerektirmektedir.

Sağlık Bakanlığı, Alma-Ata bildirisinde ve 2000 yılı hedefleri içinde yine merkezi bir konuma oturtulan toplum katılımı ve sektörlerarası işbirliği uygulamalarını, birinci basamak düzeyinden kopararak, daha yukarı bir düzeyde

yer alan toplum sağlığı merkezlerine daraltmıştır. Oysa ki WHO her iki mekanizmanın da her düzeyde ve düzeylerdeki özgün gereksinimler doğrultusunda kurulması gerektiğini sürekli olarak yinelemektedir (Bkz. Avrupa bölgesi 2000 yılı hedeflerinin 13.'sü).

Bütün bunlar açık bir biçimde, Sağlık Bakanlığı'nın sağlık ve sağlık hizmeti kavramlarının kapsamını daraltmaya yönelik bir anlayış içinde bulunduğunu göstermektedir. Daraltma işlemi sağlığı esas olarak bireysel düzeyde ve ağırlıklı olarak da hastalık sorunu bağlamında; sağlık hizmetini bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve tedavi edici sağlık hizmetleri olarak; birinci basamak hekimini de klinisyen tipinde tanımlamaya yöneliktir. "Reform" önerilerinde birinci basamakta yani sağlık sisteminin toplumun en içindeki ucunda, toplumla sistemi bütünleştirmeye yönelik hiçbir katılımcı mekanizma düşünülmemiştir. Oysa mahalle meclisleri, semt konseyleri gibi bu tür kuruluşlar 2000 yılı hedefleri içinde vardır.

Bütün bunların dışında Sağlık Bakanlığı'nın "reform" önerileri ile çok önemli bir kaynak israfını da göze aldığı gözlenmektedir. Çünkü Sağlık Bakanlığı sayıları 5 bini bulan sağlık ocağını ve 40 bin civarındaki pratisyen hekimi nasıl değerlendireceğini, şu anda varolan sağlık kaynaklarını öngördüğü planla ne şekildeki bir uygulama ile uyum içine sokacağını halen belirleyememiştir. Bu halen geçerli olan koşul ve olanakları tam anlamıyla görmezden gelen, herşeyi elde hiçbir olanak yokmuşçasına sıfırdan planlamaya çalışan, hayalci bir tutumdur. Oysa çok açık bir şekilde bilinmektedir ki, olanak ve koşulları değerlendirmeyen, dikkate almayan bir "reform" çalışması ne başarılı olabilir, ne de inandırıcı. Bütün bunların dışında şüphesiz ki, 300 kadar aile hekimi üzerine 65 milyonluk Türkiye nüfusuna hizmet sunmayı düşünen Sağlık Bakanlığı'nın 40 bin pratisyen hekimin akıbetini açıklamak konusunda da (gerçekçi ve bilimsel projelerle) hazırlıklı olması gerekmektedir.

#### KAYNAKLAR

**Boerma, W.G.W.** et. Al (1993), "Health Care and General Practice Across Europe", NIVEL and Dutch College of General Practitioners, Netherlands.

**Council of Europe** (1986), "Organization of Prevention in Primary Health Care", Strasburg.

**Kleczkowski, B.M., Elling, R.H., Smith, D.L.** (1984), "Health System Support for Primary Health Care: A Study Based on the Technical Discussions held During the Thirty-Fourth World Health Assembly", 1981, WHO, England.

**Öztek, Z.** (1986), "Temel Sağlık Hizmetleri", HÜTF Yayını, Ankara.

**Sağlık Bakanlığı** (1992), "Çalışma Grupları Tartışma Soruları", Ankara.

**Sağlık Bakanlığı** (1992a), "Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı", Ankara.

**Sağlık Bakanlığı** (1992b), "Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dökümanı", Ankara.

**Sağlık Bakanlığı** (1992c), "Türkiye Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje", Ankara.

**Sağlık Bakanlığı** (1993), "Ulusal Sağlık Politikası", Ankara.

**Sağlık Bakanlığı** (1993a), "Sağlık Reformu ile İlgili Kanun Tasarısı Taslakları ve Gereçekleri", Ankara.

**Sağlık Bakanlığı** (1995), "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanun Tasarı Taslağı", Ankara.

**Sağlık Bakanlığı** (1996), "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanun Tasarı Taslağı", Ankara.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, No: 224, 1961.

**Tarimo, E., Webster, E.G.** (1994), "Primary Health Care Concepts and Challenges in a Changing World: Alma-Ata Revisited", WHO, Geneva.

**WHO** (1981), "Global Strategy for Health for All by the Year 2000", Switzerland.

**WHO** (1985), "Targets for Health for All: Targets in Support of the European Regional Strategy for Health for All", Denmark.

**WHO** (1992), "Comments on the Draft Document "National Health Policy: Republic of Turkey Ministry of Health".

**WHO** (1995), "Avrupa'da Genel Pratik/Aile Tıbbi için Rehber", Çev: Ertuğrul, Ü., Gören, D.

**WHO** (1996), "Health Interview Surveys, European Series", No. 58, Finland.

**WHO** (1996a), "European Health Care Reforms: Analysis of Current Strategies", Copenhagen.

**WHO** (1996b), "The Ljubliana Charter on Reforming Health Care".