

SAĞLIK REFORMU SÜRECİNDE TÜRKİYE VE AVRUPADA BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Oya Özdemir* ❖ Esin Ocaktan* ❖ Recep Akdur**

ÖZET

Son yirmi yıldır, Türkiye’de sağlık sektörü özellikle kamuya bağlı olanlar sürekli bir reform arayışı içindedir. Sağlık, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlıkları tarafından yapılan son açıklamalar ile uygulamalardaki kimi değişimler, bu reform paketinin temel bileşenlerinden biri olan; “sağlık ocaklarının” kaldırılarak yerine muayenehane temeline dayalı olan “aile hekimliğinin” yerleştirilmesi sürecinin başladığını göstermektedir.

Aile hekimliğine geçişe gerekçe olarak, “Avrupa Ülkeleri” ya da Topluluk anlamında, Avrupanın örnek alındığı ya da referans olarak gösterildiği görülmektedir. Oysa, gerek “Avrupa kıtasında” ve gerekse Avrupa Topluluğunda “aile hekimliği-family practitioner” ve “genel pratisyenlik-general practitioner” terimleri çoğu kez eş anlamlı ve birbirlerinin yerine kullanılabilen terimlerdir. Her ikisi de, hizmetlerin örgütlenme ve finansman biçiminden bağımsız olarak, birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekim anlamını taşımaktadır. Bu terimlerden hangisi kullanılırsa kullanılсын uygulamalardaki esas amaç ya da endişe; koruyucu hizmetler ve kalitedir. Buna karşılık, genelde sağlık politikası, özelde sağlık hizmetlerinin finansmanı, sunumu ve sağlık insan gücü uygulamaları açısından, Avrupa ülkeleri arasında büyük farklılıklar vardır.

Bu çalışmada, Türkiye ve Avrupada birinci basamak sağlık hizmetleri örgütlenmesi ve işleyişi özetlenerek, Türkiye’deki reform arayışı nedenleri ile getirilen çözüm önerileri değerlendirilmekte ve bu bilgilerin ışığında bazı öneriler getirilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, Pratisyen Hekim, Aile Hekimliği

SUMMARY

The Assessment Of Primary Health Care Services in Turkey and European Countries Due To Health Reform in Turkey

Continuos reform efforts in the health sector has been discussed thoroughly for the last 20 years especially the public organizations. The declarations and major changes made by Ministry of Health in 2003, points out that replacement of “health centers” by the office based “family medicine” is aimed. “Family medicine” and “general practitioners” are synonymic in Europe, which has taken as a model due to the geographic position and the ambition of Turkey to enter “Europe Union”. Both of the terms refer to the doctor whom works in primary health care, independent of the organization and financial support of the services. As well as that, many differences exist between the European countries in terms of presentation, application and financial policy of health services. Quality of the health care and decreased significance of prevention services are the main drawbacks coming along the family medicine concept. In this study, organisation of primary care health services, applications, necessity for the reform and suggestions for the solution of the problems in Turkey are discussed and recent changes that are the modified from the European countries are evaluated.

Key Words: Primary Health Care Services, General Practitioners, Family Medicine

Türkiye’deki sağlık sektörünün, özellikle kamu örgütlerinin son yirmi yıldaki temel özelliği, sürekli bir reform arayışı içinde olmasıdır (1). Başka bir

anlatımla, 1980’li yıllardan itibaren, iktidara gelen hükümetlerin sağlık alanındaki temel çabası, sağlık sektörünü yeni resmi politikaya uygun hale ge-

*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uz. Dr.

** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Prof. Dr.

tirmek olmuştur. Sağlık ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlıkları tarafından, 2003 yılının başından beri yapılan açıklamalar ve uygulanmasına geçilen kimi değişimler, bu reform paketinin temel bir bileşeni olan, “sağlık ocaklarının” kaldırılarak yerine muayenehane temeline dayalı olan “aile hekimliğinin” yerleştirilmesi sürecinin başladığını göstermektedir.

Bu yeni örgütlenme modeli için sıklıkla Avrupa Topluluğunun ya da Avrupa ülkelerinin örnek alındığı belirtilmektedir. Oysa, gerek kıta olarak ve gerekse Topluluk olarak Avrupa’da “aile hekimliği” ve “genel pratisyenlik” terimleri çoğu kez eş anlamlı ve birbirlerinin yerine kullanılabilen terimlerdir. Her ikisi de, hizmetlerin örgütlenme ve finansman biçiminden bağımsız olarak, birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekim anlamını taşımaktadır. Burada asıl üzerinde durulması gereken konu, bu hizmeti yürüten hekimin adı yerine, yürüttüğü hizmetin niteliğidir. Bu açıdan bakıldığında da, örnek olarak gösterilen Avrupa Topluluğunun, kendi içinde farklı örgütlenme ve finansman biçimlerinin var olduğudur. Özellikle sağlık göstergeleri yönünden iyi durumda bulunan bir kısım Avrupa ülkesinde; aile hekimleri / pratisyen hekimler kamu kurumu niteliğindeki sağlık merkezlerinde, ekip anlayışı içinde belli bir bölgeden sorumlu, evde ve ayakta bakım ile kişiye ve çevreye yönelik koruyucu hizmetleri bir bütün olarak yürütmekte iken, diğer bir kısmında ise aile hekimlerinin / pratisyen hekimlerin muayenehanelerinde ve çoğunlukla yalnız başlarına ayakta tıbbi bakım hizmetleri ile kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmeti verdiğini görmekteyiz (2,3).

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri (BBSH) tanımı ve stratejileri 1978’de Alma Ata Konferansında belirlenmiş ve katılımcıların imza altına alınan Alma Ata Bildirgesi ile dünyaya duyurulmuştur. Bu bildirgenin altında imzası olan ülkelere birisi de Türkiye’dir. Bu tarihten sonra, bir çok Avrupa ülkesi BBSH’i yerleştirecek ve geliştirecek kararlar almış, çevreye ve toplumun yaşam tarzına yaptıkları müdahaleler yoluyla sağlığı iyileştirecek politikalar uygulamışlardır (4). Türkiye, 1961 yılında başlamış olduğu “sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri uygulaması” nedeni ile BBSH uygulamalarına bir çok Avrupa ülkesinden önde ve avantajlı konumda girmiştir. Ancak, bu avantaj zamanla bir dezavantaj ve yavaşlamaya dönüşmekle kalma-

mış, reform arayışlarının temel gerekçesi haline gelmiştir. Bu çalışmada, Türkiye’deki reform arayışı nedenleri ve getirilen çözüm önerileri ana hatları ile özetlenmekte, Avrupa ülkelerindeki örgütlenme ve işleyiş göz önüne alınarak yapılmakta olan değişimler ve uygulamalar değerlendirilmektedir.

2. TÜRKİYE

2.1 Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetleri, 1961 yılından bu yana yürürlükte olan 224 sayılı yasaya göre yürütülmektedir. Bu uygulamada temel hizmet birimi sağlık ocağı olup, günümüzdeki uygulamaya göre; köy tipi (nüfusu 10 binden az olan), ilçe tipi (nüfusu 10-20 bin arasında) ve il tipi (nüfusu 20 binden fazla) olmak üzere üç tipi vardır. Bu ocaklarda, yaklaşık her 2000 - 2500 kişiye bir hekim, 2000 kişiye bir sağlık memuru ve hemşire, 1500 kişiye bir ebenin yanında, sayıları ocak tipine göre değişen memur, hizmetli ve şoförü de içeren bir ekip çalışması öngörülmektedir. Sağlık ocaklarından, evde ve ayakta tedavi edici hizmetler, bireye ve çevreye yönelik koruyucu hizmetler gibi temel işlevlerinin yanında, diğer sektörlerle birlikte toplumsal kalkınmada da rol alması beklenir. Bu nedenle de başta belediye, milli eğitim, tarım, sosyal hizmetler il ve ilçe müdürlükleri gibi diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği içinde çalışması istenir. Sağlık ocağı gerek gördüğünde hastaları bir üst basamağa sevk eder (1,5).

2001 yılı verilerine göre, Türkiye’de 5773 adet sağlık ocağı vardır (6). Bunların %62’si kırsal ve %38’i kentsel tiptedir. Bunlardan doktoru olmayan sağlık ocağı oranı %11.3’tür. Sağlık ocaklarında yaklaşık 12000 sağlık evi, 40000 civarında pratisyen hekim ve 300 dolayında aile hekimi mevcuttur. Ortalama nüfuslara bakıldığında, doktor başına 4768, ebe başına 5471, hemşire başına 6074 ve sağlık memuru başına 10154 kişi düştüğü görülmektedir. Standart kadrolara göre sağlık ocaklarının doluluk oranları ise şöyledir: doktor %70.8, diş doktoru %12.2, eczacı %6.1, sağlık memurları %46.1, çevre sağlık teknisyenleri %52.4, hemşireler %68.1, ebeler %70.8, laboratuvar teknisyenleri %50.4 ve memurlar için %28.3 (7).

Türkiye’de tıp fakültesinden mezun olduktan sonra Sağlık Bakanlığı aracılığıyla belirlenecek bir

yerde pratisyen hekim olarak göreve başlanabilmektedir. Ancak sağlık ocaklarının mevcut yapısı, hekimlerin aldığı ücretler ve toplumdaki saygınlıkları açısından, pratisyen hekimlere bir uzmanlık dalının alınmasının mutlak zorunluluğu hissettiriyor ve uzmanlaşmaya özendirme politikası gündülyor gibidir.

Mezuniyet sonrasında, pratisyen hekimler, yılda iki kez düzenlenen ve yabancı dil barajının bulunduğu bir merkezi sınava girme hakkına sahiptirler. Yabancı dil barajını aşanlar bilim sınavında aldıkları puanlara göre bir uzmanlık dalında eğitim alma hakkını kazanırlarken, aile hekimliği uzmanlığı hakkını elde etmek için ise baraj niteliğindeki yabancı dil sınavından yüksek bir puan almak gerekmektedir, bir başka deyişle Türkiye’de sağlık hizmetlerinde önemli bir işlev yüklenmesi beklenen aile hekimi uzmanı olmak için iyi derecede yabancı dil bilmek ve bir tıp fakültesinden mezun olmuş olmak yeterlidir.

2.2 Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Sunumunda “Reform” Arayışı Nedenleri

Sağlık sektörünün temel belirleyicileri olan finansman, örgütlenme ve istihdamda bir karmaşa ve belirsizlik vardır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında, dünyada bilinen tüm biçimler uygulanmakta ve bu yöntemlerden birinin tercih edildiğinden söz edilememektedir. Sağlık hizmetlerine ayrılan finanssal kaynağın yeterliliği tartışılmakta, ayrılan kaynak ise verimli kullanılmamaktadır. Çok sayıda resmi, yarı resmi ve özel kuruluş gerek sağlık hizmeti üretiminde ve gerekse finansmanında görev yapmakta olup, bunların sayısı elliye yakındır. Bundan ötürü de, hizmetler birbirinden habersiz ve birbiri ile eşgüdümü olmayan kurum ve kuruluşlarca yürütülmektedir (1,8,9). Sağlık Bakanlığı, ülkenin sağlık politikasının çizilmesi ve uygulanmasından resmen sorumlu olmakla birlikte, diğer sağlık kuruluşları üzerindeki yetki ve etkisi oldukça sınırlıdır.

Politik müdahalelerden dolayı, sağlık birim ve kurumlarındaki yönetici seçimi, kaynakların dağıtımı ve yatırımların dağıtımı akılcı değildir. Uzman doktor, pratisyen doktor, ebe-hemşire ve destek personelin kısa, orta ve uzun vadeli planlarının olmaması, çalışanların özlük haklarının yetersiz olması, moral ve motivasyon unsurlarının dikkate alınmaması gibi nedenlerle, özellikle kamu kurumlarındaki çalışma ortamını olumsuz etkilemek-

tedir. Enformasyon sisteminin iyi çalışmaması, tıbbi araç, gereç, ilaç ve diğer tüketim malzemelerinde açık standartların bulunmaması/uygulanmaması sağlık sektöründe gözlenen yetersiz başarının başlıca nedenlerindedir.

Sosyal güvenlik, Türkiye’de 1961 anayasasında uluslararası normlara uygun olarak, temel insan haklarından biri ve devlet görevi olarak tarif edilmiş ve garanti altına alınmıştır. Ancak, 1982 anayasası ile devletin rolü denetleyici hale getirilmiştir. Sosyal güvenlik sistemini, II. Dünya Savaşı sonrası dönemde primli rejimler olarak da adlandırılan, sosyal sigorta kurumlarını esas alarak oluşturmuş, 1945’de SSK’yı ve 1949’da T.C. Emekli Sandığı’nı kurmuştur. 1971’de Bağ-kur’un kurulması ile, toplumun hemen tamamını kapsayan sosyal güvenlik sisteminin bugünkü çatısı oluşturulmuştur. Takip eden yıllarda çıkarılan 2925 ve 2926 sayılı kanunlar ile sosyal güvenlik kapsamına giren nüfus daha da genişletilmiş, en son 1999’da 4447 sayılı kanunla işsizlik sigortası da getirilmiştir. Takip eden yıllarda çıkarılan 2925 ve 2926 sayılı kanunlar ile sosyal güvenlik kapsamına giren nüfus genişletilmiş, en son 1999’da 4447 sayılı kanunla işsizlik sigortası da getirilmiştir. Ancak, sosyal güvenlik sistemi 1990’lı yılların başından itibaren ciddi finansman problemleri yaşamakta olup, günümüzde neredeyse tıkanma noktasına gelmiştir.

Türkiye’ye sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından bakıldığında; Sağlık Bakanlığı harcamaları, doğrudan devlet ödemeleri ve üniversite hastaneleri giderlerinin genel bütçeden karşılanırken, SSK, Bağ-kur ve Emekli Sandığı uygulamaları zorunlu sigortacılık kapsamına girdiği görülmektedir. Ayrıca, hizmet başına ödeme de yaygındır. Türkiye’de toplam sigortalı ve bağımlı sayısı konusunda bir netlik söz konusu değildir, ancak nüfusun %15’inden fazlasının sosyal güvenlik kapsamı dışında olduğu da bilinmektedir (1,8). Sosyal güvenlik kuruluşlarının sigortalı ve bağımlı sayılarının dağılımı Tablo 1’de özetlenmiştir. Türkiye’de mevcut sosyal güvenlik kurumlarına ek olarak, kişilere yaşlılık (emeklilik), dulhuk, yetimlik, sakatlık ve hastalık gibi risklere karşı sosyal güvenlik olanacağı sağlayan mevcut tamamlayıcı programlar vardır: münzam sosyal sigorta kuruluşları (OYAK, Amele Birliği gibi) kamu kurumları veya özel şirketler tarafından katılımcıları yararına kurulmuş

Tablo 1: Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Sigortalı ve Bağımlıları Sayıları ile Devlet Bütçesinden Yapılan Transferlerin Dağılımı (1998)

	SSK	Emekli Sandığı	Bağ-kur	Toplam
Toplam Sigortalı ve Bağımlı Sayısı (%)	35.770.000 (%61)	6.325.000 (%11)	16.401.000 (%28)	58.496.000 (%100)
Devlet Bütçesinden Yapılan Transferler (Milyar TL)	451.000	550.000	435.000	1.436.000

Kaynak: Hazine Müsteşarlığı, 1998

bulunan vakıf statüsündeki munzam sandıklar ve bireylere veya çeşitli kurumlara emeklilik teminatı veren özel sigorta şirketleri. Buradan hareketle, Türkiye’de etkili bir sosyal yardım sisteminin bulunmadığı, büyük bir kayıt-dışı sektörün varlığı ve sosyal sigorta kurumları arasında norm ve standart birliğinin sağlanmamış olduğu söylenebilir (9).

Türkiye’ye sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından bakıldığında; yüksek öğrenimli sağlık personelinin yetiştirilmesi ve sayısal planlaması DPT ve YÖK tarafından yapılmakta ve eğitim tamamen YÖK tarafından düzenlenmekte iken, sağlık insan gücünün planlanması ve eğitim esaslarının planlanması yetkisi DPT ve Sağlık Bakanlığı’na aittir. 2000 yılı verilerine göre 38064 uzman ve 47053 pratisyen olmak üzere toplam 85117 hekim, 16002 diş hekimi, 23266 eczacı 71612 hemşire, 41590 ebe ve 46528 sağlık memuru çalıştığı görülmektedir (6). Türkiye’de 797 kişiye bir hekim düşerken, bu sayı AB ülkelerinde 230 ile 667 arasında değişmektedir. Benzer şekilde, hekim dışı sağlık personeline düşen kişi sayısı Türkiye’de 1010 iken, AB ülkelerinde 70 ile 990 arasında değişmektedir (1).

İyi bir tıbbi eğitim verilememesi sağlıkta eşitsizlikleri artırmaktadır. Tıp Fakültesinin öğretim düzeyleri eşit olmadığı gibi, kalitesi de her geçen gün düşmektedir. Gelişmiş ülkelerde pratisyen hekim/uzman hekim oranı 2/1 iken, Türkiye’de bu oran bire yakındır. Ayrıca hekimlerin %55’ini oluşturan pratisyen hekimler, temel sağlık hizmetlerine gereken kamu yatırımı olmaması nedeni ile gittikçe artan oranda hekimlik yapamaz hale gelmektedir (10).

2.3 Sağlık Bakanlığı’nca Türkiye’deki Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Yönelik Bulunan Çözüm

Sağlık Bakanlığı tarafından öngörülen çözüm, genel hatlarıyla örgütlenmede sağlık ocaklarının

kaldırılarak yerine muayenehane temeline dayalı olan “aile hekimliğinin” yerleştirilmesi, devlet hastanelerinin önce özerkleşip zamanla özelleştirilmesidir. Finansmanda ise, genel bir kamu sigortası “genel sağlık sigortası” üzerine oturtulmuş “özel sigortacılık ve cepten ödeme”dir.

Türkiye’de son dönemlerde aile hekimliğine geçiş süreci yaşanmakta, diğer yandan da farklı kurumlarca yürütülen sağlık güvencesi sistemi tek çatı altında toparlanmaya çalışılmaktadır. Bir yandan bu yapılırken, öte yandan kamu sigortalarının sağlanan ve oldukça geniş kapsamda olduğu söylenen yardımların (teminat paketlerinin) sınırlarının ve kamu sağlık sigortası prim miktarlarının, sigortalıların bağımlıları da dikkate alınarak (aktüeryal) güncel gerçeklere uygun olarak yeniden belirlenmesi istenmektedir (8, 9). Nitekim, VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda; “Türkiye’deki sosyal güvenlik kurumlarının, finansman alanındaki sorunlarının demografik kökenli olmadığı, gelişmiş ülkelere özgü aktüeryal ilkelerin ihlalinden kaynaklandığı” tespiti yapılmış ve “finansman sorununu çözmeye yönelik yasal düzenlemelerin gerekliliği” vurgulanmıştır. Aynı şekilde, devlet bütçesi üzerindeki yükün azaltılabilmesi için sosyal güvenlik kurumlarının finansman sorunlarının çözümü yönünde alınacak önlemlerin, bireyler açısından sosyal güvenliğin maliyetini artıracığı, bunun yanında hak ve menfaatleri ise azaltıcı yönde etki yapacağı da belirtilmiştir (8).

Sağlık Bakanlığı’nca, Türkiye’deki bu reform çalışmalarının hemen tümüne “Avrupa Ülkeleri” örnek olarak gösterilmektedir. Oysa, “Avrupa Ülkeleri” sanıldığı ya da gösterilmeye çalışıldığı gibi, genelde sağlık politikaları özelde de sağlık örgütlenmesi, finansmanı ve insan gücü açısından aynı yapıya sahip değildir. Genel pratisyenlik/aile hekimliği açısından ise ülkelerin büyük çoğunluğu Türkiye’nin halihazırda sahip olduğu pratisyen he-

kim ve koruyucu sağlık hizmetleri ağırlıklı bir yapıya sahiptir. Buna karşılık, Türkiye’de son dönemdeki reform adı altındaki bazı uygulamalar ve bu uygulamaların sonucunda koruyucu sağlık hizmetlerinin aldığı konum, gelecek için iyi çağrışımlar yapmaktan uzaktır.

3. AVRUPA

Gerek Topluluk ülkelerinde ve gerekse Topluluk dışı Avrupa ülkelerinde sağlık politikaları, ülkelerin kendi özelliklerine göre biçimlendirilmiş olup, çoğunlukla kendi öz kaynaklarına dayandırılmıştır. Dolayısıyla Avrupa ülkeleri arasında sağlık hizmetlerinin sunumu, insan gücü uygulamaları ve uygulanan sağlık finansman politikaları açısından büyük farklılıklar vardır (4,11).

3.1 Birinci Basamağın Sağlık Örgütlenmesi ve Sunumundaki Yeri

İngiltere, Finlandiya, İzlanda, Avusturya, Portekiz, İtalya ve Hollanda’da BBSH, hastanın ilk başvurduğu yerdir. Ancak İsveç, İsviçre, Avusturya ve Norveç’te sevk alınmadan da uzmana gidilebilir.

İngiltere’de nüfus bazında oluşturulmuş bir “bölge” kavramı, temel örgütlenme birimidir ve bir bölge için esas alınan nüfusun hesaplanmasında yaşayan insan sayısından çok karşılaşılan hastalığın sıklığı/sağlık talebi (morbiditeler) göz önünde bulundurulur ki, bu da 250.000 kişi ve 10 sağlık merkezi anlamına gelmektedir. Hastalar kendi pratisyenini seçebildiği gibi, pratisyenin de o başvuruları listesine alıp almamaya karar verme yetkisi vardır. Buradaki temel sorun, sağlık merkezi ekibinin sorumlu olduğu nüfusla hekimin sorumlu olduğu nüfusun farklı olmasından kaynaklanmaktadır. Bu durumda sürekli takibi yapılan ve değişmeyen bir nüfustan söz edilmez. Yıllık olarak yaklaşık 300 milyon adet olan doktora ilk başvurunun %95’i pratisyenlerdir ve bunların da sadece %12’si sevk edilmektedir. Pratisyenlerin %80’i ekipler halinde çalışmakta ve bu ekiplerin büyük çoğunluğu ortaklık esasına dayanmaktadır. Bu ekipte saha hemşireleri, ebe, hemşire gibi yardımcı sağlık personeli de yer almaktadır. Hizmet sunumunda evde hemşirelik ve ebelik, bağışıklama ve aşılama, aile planlaması, okul sağlığı hizmetleri gibi sağlık hizmetleri başta olmak üzere diş, göz sağlığı ile aile doktorluğu hizmetleri yürümektedir. Pratisyenin ücretinin bir kısmı, kişi başı esasına dayalı olarak ve kendisine kayıtlı olan hasta lis-

tesi büyüklüğüne göre hesaplanır. Ücretin bu kısmı, hasta/sigortalı hekime başvursa da başvurmasa da ödenir ve pratisyenin toplam ücretinin yarısından biraz fazlasına denk gelir. Ücretin geri kalan kısmı da, hizmet başı esasına göre hesaplanır ve hekimin onaylanan/listelenen hizmetlerinin sayısından hesaplanır. Hesaplanan bu iki miktar birleştirilerek tamamı genel vergiden karşılanır.

Almanya’da devlet; ekonomik ve sosyal durumları ne olursa olsun bütün vatandaşlarının sağlıklarının korunması ve geliştirilmesinde eşit haklara sahip olduğunu kabul etmekte ve uygulamada da bu anlayışı gözetmektedir. Kişiler, ayaktan tanı ve tedavide doktorunu özgürce seçebilir, pratisyene ve uzmana doğrudan erişim olanağı vardır. Pratisyen ve uzman doktor sayısı arasındaki dengeyi sağlamak için, genç doktorlar pratisyenliğe özendirilir. BBSH içinde, çocuklarda dört yıldan fazla izlem, erken tanı gibi koruyucu hekimlik hizmetleri üzerinde en çok durulan hizmetlerdir. Ayrıca pratisyenler acil tanı-tedavi, iş sağlığı, danışmanlık gibi toplum sağlığı hizmetlerini de yürütmektedir. Bu hizmetler bir ekip çalışması şeklinde sunulur, bir hekim sorumluluğunda çalışan bu ekipte ihtiyaca göre değişen sayıda hekim, diş hekimi, sağlık teknisyeni, laboratuvar ve dezenfeksiyon çalışanları yer almaktadır. Doktorların ücretleri konusunda gelenekselleşmiş olan hizmet başına ödeme sistemi kullanılmakta olup, 1996 Ocak ayından beri değişme ve yeniden yapılanma sürecini yaşamaktadır.

Finlandiya ve İzlanda’da hizmet sunumu konusunda sahip olunan bir nüfus vardır. Ancak, sağlık düzeyi göstergeleri bakımından dünyanın en iyi ülkeleri içinde yer alan Finlandiya’da da, koruyucu hizmetlerin temelini oluşturduğu aktif bir ekip ile yürütülen BBSH mevcut iken, İzlanda’da aile hekimliği bir uzmanlık dalıdır ve hizmet sunumunun temelini oluşturmaktadır. Finlandiya’da ana çocuk sağlığı, aile planlaması, okul ve öğrenci sağlığı, ruh sağlığı hizmetleri, geriatri hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve araçları, kitle taramaları BBSH’ini oluşturmaktadır. Benzer bir çalışma sistemi, yine sağlık göstergeleri hatırı sayılır şekilde iyi durumda olan Danimarka’da da mevcuttur ve burada ülkenin toplam sağlık giderlerinin %40’ı tamamen BBSH için kullanılır. İyi yapılmış ve aktif olarak çalışan BBSH sunan ekibin içinde pratisyen hekim, uzman hekim, diş hekimi,

fizyoterapist, ev ziyareti yapan hemşireler, okul sağlığı personeli yer alır ve ana çocuk sağlığı, bağışıklama gibi hizmetlerin yürütülmesinin yanı sıra, belediye ve sosyal kurumların organizasyonlarına da katılırlar. İtalya'da da BBSH içerisinde ev ziyaretleri, tanı-tedavi, önleme-izleme ve sağlık eğitimi önemli bir yer tutmaktadır, ayrıca bu ülkede deontoloji ve tıbbi etik açısından uygulamalarda ciddi bir denetim de söz konusudur. İsveç'te de giderek BBSH'ne verilen önem artmaktadır ve sorumlu olunan popülasyona sunulan ana çocuk sağlığı, ev ziyaretleri, bağışıklama, çevre sağlığı gibi koruyucu sağlık hizmetlerine verilen ağırlık artmaktadır (10).

3.2 Birinci Basamak Hekimin Aile ya da Kişi Listesi ve Ücretlendirilmesi

Bir çok Batı Avrupa ülkesi, hizmetlerin finansmanının ve sunumunun daha verimli ve adil olması amacıyla alternatif stratejiler bulmak için kendi sağlık sistemlerini gözden geçirmektedir. BBSH'nin sunumunun en uygun şekilde yapılandırılması konusunda tartışmalar vardır. Yine, Avrupa ülkeleri arasında genel uygulama, grup uygulaması ve multidisipliner sağlık merkezlerine dayalı düzenlemeler yapılmaktadır. Hastaların uzmanlara sevk edilip edilmemesi ve hastaların listeye alınıp alınmaması konularında farklı görüşler vardır. Hasta listesi uygulamasının başlamasındaki ortak politik amaç; ücretlendirmenin maaştan kişi başına ödeme şekline dönüştürülmesini kapsamakta ve BBSH hekimlerinin sevki kontrol edici ve düzenleyici rollerini güçlendirdiği düşünülmektedir, çünkü Türkiye'de de olduğu gibi, bir çok Avrupa ülkesinde doktordan önce nereye ve kime başvuracağına karar veren kişi hastadır.

Kişilerin hangi BBSH'nden ya da sağlık biriminden yararlanacağını belirlemede kullanılan yöntemler karışıktır. Bulgaristan, Hırvatistan, Finlandiya, Yunanistan, Macaristan, İzlanda, İsrail, Litvanya, Norveç, Polonya, Portekiz, Romanya, Slovakya, Slovenya, İspanya, İsveç, Avusturya, Belçika, Çek Cumhuriyeti, Fransa, Almanya, Lüksemburg, İsviçre ve Türkiye'de kişilerin ikamet ettikleri yer belirleyici olmaktadır. Bu uygulamada tanımlanmış uzmanlık alanları ya da hastalık listeleri yoktur. İsrail, Portekiz, İspanya, Danimarka, İrlanda, İtalya, Hollanda ve İngiltere'de ise doktor ve hasta arasında kişisel bir ilişki oluşmasını desteklediği fikrinden hareketle aile veya kişisel liste

sistemi uygulanmaktadır. Diğer bir deyişle her genel pratisyen, belirli kişi ya da ailelerden oluşan bir listeye sahiptir. Belçika'da kişi listeleri ve kişi başına ödeme sistemi lehinde bir hareket vardır ve genel pratisyenler bu yöntemi tercih etmektedirler. Avusturya'da bazı bölgelerde kişi başına yarı ödeme sistemi mevcuttur. Çek Cumhuriyeti, kişilerin tüm doktorlara doğrudan başvurularının sağlandığı "tanımlanmayan nüfus" sistemi kullanmaya başlamıştır.

Liste sistemi karmaşasının bir örneği olan Hollanda'da nüfusun %61'ini oluşturan kamu tarafından sigortalı olmuş kişiler, bir genel pratisyenin listesinde olmak zorunda iken; özel sigortalıların böyle bir zorunluluğu yoktur. İtalya'da 14 yaş altı çocuklar bir BB çocuk doktoruna kayıtlıdır. Finlandiya, Macaristan, Norveç, Romanya, Slovakya, Slovenya ve Türkiye'de liste uygulamalarına geçiş süreci yaşanmaktadır. Hastanın seçim yapması fikrini destekleyenler coğrafi yaklaşıma olumsuz bakmaktadırlar.

Bunlar kişi başına ödeme sistemi ile ücretlendirilir, bağımsız sözleşmeler yapar ve dolayısıyla serbest meslek mensubu sayılırlar. Bazı coğrafi sınırlamalar genellikle uygulanmaktadır. Ülkeler arasında gözlenen en önemli fark, Portekiz ve İspanya'da olduğu gibi, genel pratisyenlerin maaş sistemi ile ücretlendirilmesidir. Sevki kontrol edici ve düzenleyici rol iki sistemde de mevcuttur (4).

3.3 Finans Sistemleri

Avrupa ülkelerinin finans sistemleri için bir standarttan söz etmek mümkün değildir. Sağlık hizmeti sunumunda olduğu gibi her ülke kendi özelliklerine göre bir yöntem benimsemiş durumdadır. Örneğin, Portekiz, İngiltere ve Finlandiya'da sağlık hizmetleri genel bütçeden, İtalya ve İsveç'te ulusal sigortalardan karşılanmaktayken; Belçika ve İspanya'da doğrudan cepten ödemeler de söz konusudur.

Almanya'da tüm nüfus sosyal güvenlik şemsiyesi altındadır ve doktor hizmetleri ücretsiz ve sadece fizyoterapist, hastanede yatma, hastaneye transport gibi bazı hizmetler için halkın az miktarlarda ödeme yapması gerekmektedir (11).

Hollanda'da sağlık hizmetleri ile ilgili sosyal güvenlik sistemi sigorta temeline dayalıdır. Toplumun tamamını kapsayan ve sadece %60'ını kapsayan olmak üzere iki sağlık sigortası vardır. İkinci-

ci grubu daha az geliri olanlarla 65 yaş ve üzerindeki kişiler oluşturmaktadır.

Sağlık sigortası sisteminde reform yapılarak, yönetimle ilgili konuların desantralize edilmesi ve aile doktorluğu sistemi uygulamasının başarısızlığının tipik bir örneği Çin'dir. Burada 1949 devriminden sonra sağlanan, kolay ulaşılabilir ve ücretsiz hizmetin sunulduğu kamu sağlık sistemi, koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili bir uygulamayı ülke genelinde halkın katılımı uzun süre ile yürütmüş ve olumlu sonuçlar almıştır. Ancak, Dünya Bankası'nın genellikle üçüncü dünya ülkelerine "çözüm" olarak sunduğu sözü edilen reform ile devletin sağlığa sağladığı ekonomik katkı azaltılıp, özel sektör sağlık alanına çekilmiş, ancak beklenen sonuç alınmamıştır. 35 yılda çok olumsuz koşullarda yaratılan gelişmeler, reformla tahrip sürecine girmiş, sağlık harcamaları arttığı gibi rüşvet, ihmalkarlık artmış ve ilk olumsuz etkiler, azalma yönünde yavaşlamış bir bebek ölüm hızının bazı bölgelerde artmasıyla ve en önemli ölüm sebeplerinin bulaşıcı hastalıklar ve solunum sistemi hastalıkları olmasıyla gözlenmektedir (12).

3.4 Pratisyen Hekim-Aile Hekimi

İzlanda, İsveç ve Portekiz'de aile hekimliği bir uzmanlık dalıdır. Tıp Fakültesi mezuniyetinden sonra diğer uzmanlıklar gibi belirli bir süre (genellikle 3 yıl) bu alanda eğitim alındıktan sonra aile hekimi uzmanı olunmaktadır. Ancak bu üç ülkede de uygulama standardizasyonunu sağlamak amacı ile, halen tüm pratisyenler minimum 18 ay süren hizmet içi eğitimden geçirilmektedirler. UEMO (European Union of General Practitioners) da pratisyenlerin diğer uzmanlıklarla eşit bir tıp uzmanı olarak yeniden yapılandırılması ihtiyacına ikna olmuş görünmektedir. Ayrıca, Avrupa Parlamentosu da, pratisyen doktor olmak için altı yıllık temel tıp eğitiminden sonra alınan üç yıllık özel bir eğitim, aile hekimliği için ise, beş yıllık özel bir eğitim alınmasını gerekli kılan bir kararı kabul etmiştir.

UEMO tarafından yapılan, pratisyen hekim ya da aile doktorunun görev tanımında; "hasta merkezli bakım, birincil temas edilen kişi, problem çözümü, kapsamlı yaklaşım, sağlık bakım hizmetinden yararlanım ve akademik profesyonellik" kavramlarını içeren altı temel özellik belirlenmiştir. Aile doktorluğu kavramı ile birlikte, uygulama ile sağlanacak kalite ve geri plana itilen koruyucu hizmetler başlıca endişe kaynaklarıdır.

4. YENİDEN YAPILANDIRILMA SÜRECİNDE ÖNERİLER

19. yy sonlarında koruyucu hekimlik hizmetleri gelişmeye başlamıştır. Sağlık hizmetlerinde korunmanın önem kazanmasının doğal sonucu, hekimlerin hizmet ettikleri kişinin sadece hastalar değil, tüm kişiler olması ve bunlara doğumlarından ölümlerine kadar sürekli hizmet edilme gereğidir. Gerçekte, Dr.Fişek'in belirttiği gibi; az gelişmiş ülkeler ile gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerindeki önemli fark, az gelişmiş ülkelerde yetkin hastanelerin olmayışı değil, halkın büyük çoğunluğunun evde ve ayakta tedavi hizmetinden yoksun oluşudur. Hasta bakım hizmetlerinin örgütlenmesinde çağdaş görüş, evde, ayakta, hastanede ve tıp merkezlerinde tedaviyi bir bütün olarak örgütleme ve koşullar elverdiği ölçüde evde-ayakta tedaviye ağırlık vermektir. Bu yaklaşım hastaların daha iyi bakılması, maliyetin düşmesi yanında hekimlerin sürekli eğitiminin sağlanması açısından yararlı olduğu gibi, aynı zamanda bireylerin verimliliğinin artırılması, iş gücü kayıplarının en aza indirilmesi ve beşeri sermaye oluşumunun hızlandırılmasına önemli katkılar sağlayacaktır (11,14).

Örgütsel bütünleşme, sağlık ocaklarının hem kendi içinde ve hem de diğer hizmetlerle olan ilişkisinde nasıl bir fonksiyonu olduğuna odaklanır. Multidisipliner sağlık ekibi kavramı güçlendirilmeli, böylece değişik BBSH çalışanları birlikte çalışmalıdır. Hastalara değişik hizmetler sağlayan kurumlarla bütünleşmek, refah, halk sağlığı hizmetleriyle hasta bakımı kalitesini geliştirmek için klinik uzmanlık hizmetleriyle sıkı olarak çalışmalıdır (4,11).

Türkiye'deki sağlık personeli sayısı, bir hekime veya hemşireye düşen insan sayısı gibi verileri Avrupa ülkeleri ile kıyaslayarak düşük yada yetersiz olarak değerlendirmek doğru değildir, mutlak sayılara bakarak ölçmek yanıltıcı sonuçlar doğurabilir. Çünkü, bu karşılaştırmalar yapılırken, toplumun sağlık hizmet kullanım sıklığı, sağlık fizik alt yapıları, sağlık insan gücü istihdam kapasiteleri, personelin başvuran kişiler için ayırdığı zaman da göz önünde bulundurulmalıdır. Buna göre bir değerlendirme yapıldığında, ülkemizde sağlık insan gücünün mutlak rakamlardaki kadar az olmadığı ve yeterli olarak değerlendirilebileceği görülmektedir.

BBSH toplum sağlığının korunması ve iyileştirilmesi konusunda vazgeçilmez ve en önemli basamaktır. Pek çok hastalığın morbidite ve mortalitesini azaltmada, koruyucu hizmetleri etkili kılmada ve onlar için yeterli ödenek alınmasında önemli bir etkisi vardır. UEMO'nun da üzerinde durduğu gibi, koruyucu hizmetler, pratisyenlerin yol gösterici rolü ile BB bakımın önemli bir bileşenidir. Etkili olmalı ve bilimsel bir temel üzerine inşa edilmelidir. Bunu sağlamak üzere mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimler düzenlenmeli ve bu aktiviteleri verimli kılacak yeterli kaynak ayrılmalıdır, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimler düzenlenmeli ve finanse edilmelidir. Hepsinden de önemlisi, koruyucu hizmetler sosyal müdahalelerle desteklenmelidir.

Koruyucu hizmetlerin yürütülmesinde karşılaşılan engellerin en yaygın olanları finansal, yapısal ve kişisel bariyerlerdir. Bunlar doktor, hasta ve sağlık sistemi ile ilişkilidir. Sağlık sistemi yönünden; yetersiz miktarda para ayrılması, sağlık sigortası eksikliği, nüfus hareketleri, birden fazla doktorlu hastalar, bilimsel destek eksikliği olan tarama programları, yetersiz bilgi sistemleri, önleyici hizmetlerin tüm maliyetine karar veren diğer siyasi faktörler sayılabilir.

Kalite konusundaki tartışmalar "iyi doktor" ve "iyi tıbbi uygulama" çerçevesinde yürümektedir. Buna göre iyi doktor; sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesi, bakımın sürekliliği, iletişim becerisi, hastaların sağlık eğitimi, kronik hastalıkların yönetimi, uygun tıbbi kayıt tutma-saklama, acil ve mesai dışı hizmet, ekip çalışması, meslektaş ve hastalarla profesyonel ilişkiler, maliyet-yarar analizi yapma, öğretme ve araştırma kavram ve uygulamalarının bütünü oluşturur. İyi tıbbi uygulama ise, özellikle bugünlerde, özel durumlarda etkili bakım prosedürlerinin uygun kullanımı anlamını taşımaktadır. Aile doktorluğu, aynı zamanda bağlamsal (her durumda biyo-psikososyal yaklaşım), tutumsal (profesyonel değerler ve etik kurallar) ve bilimsel (uygulamaya analitik ve araştırmaya dayalı bir yaklaşım adapte etme) olmak üzere üç bilgi alanını da içeren hasta merkezli ve bilimsel bir disiplin olarak ele alınmaktadır. Bununla birlikte, günlük işinde iyi bir uygulama yapan, kişinin performansını düzenli bir temelde denetleyen, inceleme-tanı-tedavi ve izlem verilerini düzenli toplayan, içte ve dışarıda hasta gizliliğine

riayet eden, tanı ve tedavide grup uygulamaları ve kılavuzluk yapan, sürekli tıp eğitimi ve sürekli profesyonel gelişim aktivitelerine katılıp, not tutan ve saklayan hekim "kaliteli aile doktoru" olarak ele alınmaktadır.

Avrupa Birliği son altı yıldır bir halk sağlığı planını tartışmaya başlamıştır. Buna göre, halk sağlığı programının tüm amacı, halk sağlığını iyileştirme, insan rahatsızlıklarını önleme ve sağlığı tehdit eden kaynakların yok edilmesi yönünden direk eylemler yoluyla, sağlığın korunmasında yüksek bir düzey kazandırılması yönünde katkı yapmaktır. Uygulama planları, prematüre ölümlerin önlenmesi, özürllülük ve hastalık olmaksızın yaşam beklentisinin artması, yaşam kalitesi ve fizik-mental iyilik halinin korunması ve ekonomik ve sosyal durumun sağlık önündeki sonuçlarının minimize edilmesi (böylelikle eşitsizliklerin azaltılması) ihtiyacıyla hazırlanmalıdır. Bilim ve "eylem planı" ilişkileri; medya organizasyonları; gönüllü ajanslar; araştırma topluluğu ve sanayi arasında ilişkilere ihtiyaç vardır. Her sektörün bir rolü vardır (11).

Hekimlikteki çağdaş görüşlerin ışığı altında sağlık politikası ilkeleri şu şekilde sıralanabilir:

1. Sağlık hizmeti; eğitim, güvenlik, adalet hizmetleri gibi bir devlet hizmeti olmalıdır.
2. Her çeşit sağlık hizmeti, hizmet sırasında para ödemeksizin yararlanılabilen bir hizmet olmalıdır.
3. Amaç, bir azınlığa yüksek düzeyde hizmet götürme değil, herkese olanaklar ölçüsünde eşit hizmet götürmek olmalıdır.
4. Kişinin sağlığını ve sağlık hizmetlerini olumsuz etkileyen sosyal ve ekonomik etkenlerin kaldırılması ve olumlu etkenler geliştirme temel politika olmalıdır.
5. Koruyucu hekimlik hizmetlerine, özellikle halkın sağlık eğitimine öncelik verilmelidir.
6. Evde-ayakta, hastanede ve tıp merkezlerindeki hasta bakım hizmetleri birbirini destekleyecek ve tamamlayacak şekilde örgütlenmelidir.
7. Toplum içindeki kişiye yönelik koruyucu hizmetler ile evde-ayakta bakım hizmetleri, tedavi hizmetlerine entegre bir biçimde yürütülmeli ve hizmet sunan bu ekip halk ile bütünleşmelidir.

8. Sağlık hizmetleri, sıkı ve sürekli denetlenen bir ekip hizmeti olarak örgütlenmelidir.
9. Devlet, tüm sağlık personelinin sürekli eğitimini sağlamaktan sorumlu olmalıdır.

Çalışmada belirtilen, Türkiye'deki Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerindeki sorunlar ve buna yönelik uygulanmaya başlanan "çözüm önerileri"

yıllardır Türkiye'nin gündemindedir. Gerçekte yapılması gerekenler de her seferinde karar vericilere çeşitli yollarla aktarılmıştır. "Türkiye'de var olan sosyalleştirilmiş hizmetlerin desteklenmesi" doğru bir politika olmasının yanı sıra, daha ekonomik ve kolaydır. Salt misyon nedeni ile örgütlenme toptan değiştirilmemelidir.

KAYNAKLAR

1. Akdur R, "Sağlık Sektörü", Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyum, Ankara 2003
2. Eur/Icp/Dlvr 04 01 01, Framework For Professional and Administrative Development of General Practice/ Family Medicine In Europe, World Health Organization, Regional Office For Europe, 1998, Eur/Hfa Target 28
3. Sağlıkta Özelleştirme ve Aile Hekimliği, TTB Tezleri, Türk Tabipleri Birliği, Mart 1997
4. Saltman RB, Figueras J, Avrupa Sağlık reformu, Mevcut Stratejilerin Analizi, T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Aralık, 1998
5. Gülerüz İ., Altinyollar H. Ve akd.:Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi hakkında Yönerge, Sağlık Personeli İçin Temel Mevzuat, TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü yayını Ankara 2002
6. Sağlık istatistikleri yılığı 2001, TC Sağlık Bakanlığı Araştırma ve Planlama Kurulu Başkanlığı yayını, Ankara 2002
7. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı, Ankara-2001
8. VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005), Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik ve Sosyal Sigortalar Alt Komisyon Raporu, 1999
9. DPT, <http://www.dpt.gov.tr>, 2001
10. Sağlıkta Gündem: Herkese Eşit Fırsat mı? Serbest Piyasa Egemenliği mi? Sağlık Bakanlığı "Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dökümanı" Değerlendirme Raporu, TTB Merkez Konseyi, Ekim 1992
11. UEMO, European Union of General Practitioners, www.uemo.org/GpinEurope
12. Soyer A, Düünden Bugüne Sosyalist Ülkelerde Sağlık Hizmetleri, Toplum ve Hekim, 1994; (64-65): 122-137
13. Nusret Fişek ve Hekimlik, Türk Tabipleri Birliği, TİSAMAT Basım Sanayi, Ankara,1991
14. Bhargava A, Jamison D.T, Lau L, Murray CJL, Modeling the Effects of Health on Economic Growth, http://www-nt.who.int/whosis/statistics/discussion_papers/ 2001