

Editör
Doç. Dr. Muzaffer Eskiocak

KENTSEL BÖLGEDE SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİ:
ÇOK SEKTÖRLÜ YAKLAŞIM
AİLE HEKİMLİĞİ ÜLKEMİZ İÇİN
UYGUN BİR MODEL MİDİR?



TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ YAYINLARI

KENTSEL BÖLGEDE SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİ: ÇOK SEKTÖRLÜ YAKLAŞIM AİLE HEKİMLİĞİ ÜLKEMİZ İÇİN UYGUN BİR MODEL MİDİR?

Editör

Doç.Dr. Muzafer ESKİOCAK

Editör Yardımcıları

Dr. Evin ARAS

Dr. Aslı DAVAS

Atölye Çalışması 3. Grup Raporu

TTB Halk Sağlığı Kolu

13-14 Ocak 2007, İçkale Oteli, Ankara



**KENTSEL BÖLGEDE SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİ:
ÇOK SEKTÖRLÜ YAKLAŞIM
AİLE HEKİMLİĞİ ÜLKEMİZ İÇİN UYGUN BİR MODEL MİDİR?**



*Birinci Baskı, Ekim 2007, Ankara
Türk Tabipleri Birliği Yayınları*



ISBN 978-975-6984-96-3



Kapak - Sayfa Düzeni

Sinan Solmaz

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ MERKEZ KONSEYİ

GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok.

No:2 Kat:4, 06570 Maltepe / ANKARA

Tel: (0 312) 231 31 79 ● Faks: (0 312) 231 19 52-53

e-posta: ttb@ttb.org.tr ● <http://www.ttb.org.tr>

Yazarlar*

| | |
|---|--|
| TTB Merkez Konseyi | Uzm.Dr. Handan Yüksel Aile Hekimliği Uzmanı, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Arş.Gör. |
| Doç.Dr.Mehmet Zencir TTB Halk Sağlığı Kolu | Prof.Dr. Ali Osman Karababa Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD |
| Doç.Dr. Nilay Etiler TTB Halk Sağlığı Kolu | Uzm.Dr. Oya Z. Afşar Halk Sağlığı Uzmanı Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre |
| Doç.Dr. Muzaffer Eskiocak Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD | Dr. Naciye Demirel Sağlık Ocağı Tabibi Genel Pratisyenlik Enstitüsü |
| Mümtaz Peker Demograf, Emekli | Prof.Dr. Meltem Çöl Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD |
| Yrd.Doç.Dr. İnci User Marmara Üniversitesi Soyoloji Bölümü | Yrd.Doç.Dr. Aysun Özşahin Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD |
| Yrd.Doç.Dr. Seval Alkoy Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD | Dr. Aslı Davas Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD |
| Yrd.Doç.Dr. Murat.Civaner Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji ve Tıp Tarihi AD | Uzm.Dr. Haluk Başçıl İşçi Sağlığı Uzmanı İşyeri Hekimi, Ankara |
| Uzm.Dr. Hasan Akpınar Aile Hekimliği Uzmanı AÇS-AP Merkezi, Muğla | Dr. Atilla Saraçoğlu Cezaevi Hekimi, Edirne |
| Uzm.Dr. Nazmi Algan Aile Hekimliği Uzmanı AÇS-AP Merkezi, İstanbul | Dr. Cavit Olgun Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji ve Tıp Tarihi AD, Doktora Öğrencisi |
| Dr. Hakan Pehlivan Toplum Sağlığı Merkezi Hekimi, Düzce | Dr. Metin Bakkalcı Türkiye İnsan Hakları Vakfı, TTB MK Eski Üyesi |
| Yrd.Doç.Dr. Öner Kurt Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD | Uzm.Dr. Gamze Varol Saraçoğlu Halk Sağlığı Uzmanı, Hasta Hakları İl Koordinatörü, Edirne |
| Doç.Dr. Dilek Aslan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD | Yrd.Doç.Dr. Cavit Işık Yavuz Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD |
| Hacer Nalbant Sosyolog İstanbul Üniversitesi, Çapa Tıp Fakültesi, Kadın ve Çocuk Sağlığı Merkezi | Yrd.Doç.Dr. Kevser Vatansever Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi AD |
| | Dr.Evin Aras Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Arş.Gör. |

* Yazarlar sunularının akıştaki sıralamasına göre sıralanmıştır.

Teşekkür

Eleştiri ve katkılarından dolayı Doç.Dr.Mehmet Zencir, Doç.Dr. Nilay Etiler başta olmak üzere TTB Halk Sağlığı Kolu çalışanlarına teşekkür ederiz.

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|-----------|
| ÖNSÖZ (TTB MERKEZ KONSEYİ) | 7 |
| ÖNSÖZ (TTB HALK SAĞLIĞI KOLU) | 9 |
| BU ATÖLYE ÇALIŞMASI NASIL KURGULANDI? YÖNTEM, GEREKÇE VE BEKLENTİLER..... | 11 |
| BİR BİRİM OLARAK AİLE VE SAĞLIK | 25 |
| Aile sorunlarla nasıl başa çıkma yolları kullanır? Sağlık bu sorunlar arasında özellikli bir alan mıdır? Demografi bilimi ve sağlık ışığında değerlendirir misiniz? | 27 |
| Aile kendi sağlığının belirleyicisi olabilir mi? Aile Hekimliği bu süreçte yeterli olabilir mi? | 37 |
| Aile hekimliği, kentlerdeki/ ülkemizdeki aile tiplerinin sağlık gereksinimini karşılayabilir mi?..... | 40 |
| BİR MESLEK OLARAK HEKİMLİK VE SAĞLIK..... | 47 |
| AH hekimliğinin sağlıkçı rolünü nasıl etkileyebileceğine ilişkin öngörüleriniz nelerdir? | 49 |
| Hekimliğin etik değerleri bu süreçten nasıl etkilenir? | 51 |
| Sağlık hizmeti üreticisi ekibin üyesi olarak hekimin ve diğer sağlık personelinin ekip üyeliği rolünde-ekibin niteliğinde ne yönde bir değişim beklenebilir? | 54 |
| BİR MODEL OLARAK AİLE HEKİMLİĞİ | 55 |
| Aile hekimliği (AH) kavramının içinde neler var? Türkiye’de dillendirilen AH kavramı ile diğer ülkelerdeki kavram aynı mıdır? | 57 |
| AH, özel hekimlik özelleştirme uygulaması mıdır? | 59 |
| Düzce’de Aile Hekimleri Profili | 61 |
| Edirne’de Aile Hekimleri Profili | 63 |
| BİR COĞRAFYA OLARAK ÜLKEMİZ VE SAĞLIK | 67 |
| Ülkemizde sağlık hizmetlerine erişim sorunlu mudur? AH bu sorunu çözebilir mi? | 69 |
| Sağlık için riskler bölgelere-yerleşimlere göre farklılık gösteriyor mu? AH bu farklılığın etkilerini giderebilir mi? | 79 |
| BİR KÜLTÜR ÖRÜNTÜSÜ OLARAK ÜLKEMİZ VE SAĞLIK..... | 83 |
| Toplumumuzda kültürel birikim sağlığı destekleyici midir, engelleyici midir? Aile Hekimliği bu süreçte sağlık gereksinimini karşılayıcı kültürel destek bulur mu? | 85 |
| Toplumsal dayanışmada tasada birlik açısından Sağlık ne anlamlar yükler? | 91 |

MODELLERİN UYGUNLUĞU VE AİLE HEKİMLİĞİ: BİR MODEL OLARAK AİLE HEKİMLİĞİ SORUN ÇÖZÜCÜ NİTELİKTE MİDİR?..... 93

| | |
|---|-----|
| Aile Hekimliği Modeli Bireye Yönelik Korunmayı Gerçekleştirebilir mi? | 95 |
| Çevreye yönelik korunmayı gerçekleştirebilir mi? | 97 |
| Topluma yönelik korunmayı gerçekleştirebilir mi? (Bağışıklama, salgın yönetimi) | 99 |
| Kronik Hastalıklara karşı korunmayı gerçekleştirebilir mi? | 102 |
| Ruh sağlığı sorunlarına karşı korunmayı gerçekleştirebilir mi? | 106 |
| Dezavantajlılara yönelik (örn.kadınlar) özel programları yürütebilir mi? | 110 |
| İş- işçi sağlığı gereksinimini karşılayabilir mi? | 114 |

ÇÖZÜMLER VE BİREY 117

| | |
|---|-----|
| AH sağlık hizmeti kullanıcılarına, sağlık hizmetlerinin planlanmasında ne denli toplum katılım şansı verir? | 119 |
| Dayanışma kültürü sağlıklılıkta önemli midir? AH ne denli dayanışmacı bir anlayışa sahiptir? Dezavantajlıların AH uygulamasından nasıl etkilenebilecekleri öngörülebilir mi? Sonuç ne olur? | 124 |
| Toplumsal kaynakların dağıtımı AH modelinde ne denli adil-hakça olabilir?..... | 128 |
| Aile Hekimliği Sağlıklı Olma Hakkı ve Hasta Hakları Anlayışına Ne Denli Hürmetkâr? | 133 |

ÇÖZÜMLER VE ÖLÇÜMLEME 139

| | |
|---|-----|
| AH modeli sosyal hastalıkların yönetiminde (tüberküloz) çözüm sağlayıcı olabilir mi? | 141 |
| AH modeli aşı ile önlenebilir hastalıkların eradikasyonu-eliminasyonun sürecini nasıl etkiler? | 142 |
| Toplumun sağlık düzeyinin izlenmesinde AH modeli sörveyans aktivitelerini nasıl etkiler?..... | 144 |
| Sağlık sorunlarının önceliklere göre sıralanmasına Aile Hekimliği modeli etkili olabilir mi? Bu etki nasıl sonuçlar Doğurur? | 147 |
| Tıp Eğitiminin ülke gereksinimlerine göre yapılanmasına Aile Hekimliği modeli etkili olabilir mi? Bu etki nasıl sonuçlar doğurur? | 151 |
| Sonuç:..... | 157 |
| EK: Atölye Çalışması Program akışı: | 159 |

ÖNSÖZ

Günümüzde kapitalist üretim sürecinin etkilemediği herhangi bir yaşamsal alandan söz etmek mümkün değildir. Kapitalizm, özellikle 19. yüz yıl sanayi devrimi sonrası, milyonlarca insanı yerlerinden sökerek temel üretim mekanları olarak seçtiği kentlere doldurmuştur. O günden bu yana hızlı, çarpık kentleşme ve beraberinde getirdiği sorunlar tartışma gündemindedir.

Ülkemizde de modernleşme ve batı ile entegrasyon ile birlikte 50'li yıllar ile birlikte başlayan ve 70'li yıllarda doruğa çıkan kırdan kente kitlesel göçler yaşanmıştır. Kente gelenler şehrin varoşlarında yaşam mücadelesi verirken beraberinde pek çok sosyal tartışma başlamıştır. Gece kondular da sürdürülen yaşam aynı zamanda sağlık hizmeti gereksinimi de arttırmıştır. Bununla birlikte modern kentler ve buna uygun sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunumu ise sürekli değişen bir ihtiyaç olarak durmaktadır.

1961 yılında önce kırsalda başlayan sağlık hizmetlerinde Sosyalleştirme dönemin oldukça ilerisinde ve halen dünyanın pek çok ülkesine örnek oluşturan özgün bir yaklaşımdı. Önüne konan türlü siyasi engellemelere ve ayak sürümelere karşın ülke halkı sosyalizasyona sahip çıkmıştır. Sağlık ocakları kamu yatırımlarının tümüyle dışında tutulmuş olmasına rağmen kentsel bölgede de halkın sağlık hizmetine en kolay eriştiği mekanlar olmuştur. Günümüzde ise aile hekimliği kandırmacası altında üstelikte sağlık ocaklarının en örgütlü oldukları illerde tabelaları indiriliyor. Hiçbir bilimsel gerekçesi olmayan tümüyle “ideolojik” bir yaklaşımla, sağlık hizmetlerinin piyasaya devri amacı doğrultusunda kapatılıyor sağlık ocakları. Yerine konan aile hekimliği ise kentsel alan dahil hiçbir sağlık sorununu çözmeyen ve son düzenlemelerle uygulanamayacağı artık Hükümet tarafından da anlaşılmış olan bir model.

Sağlığı sadece sağlık hizmetlerine ulaşım olarak görmeyen, toplumsal, ruhsal, sosyal tam bir iyilik hali olarak tarif edersek, kentlerde sağlığın ve sağlık hizmetlerinin durumunun bir çalışma ile Türkiye'nin önüne konulması ancak TTB gibi çok büyük birikimi olan bir örgütün önüne iş olarak koyabileceği bir konudur. Son dönemlerde uygulanan sağlık politikalarının kentsel alanda sağlık kavramına olan negatif dönüştürücü etkisi kuşkusuz böylesi bir çalışmanın ihmal edemeyeceği başlıklardan biriydi. Bu değerli çalışmanın gerçekleşmesinde katkısı olan Feride Aksu, Muzaffer Eskiocak, Şevkat Bahar Özvarış, Işıl Ergin, Hatice Giray, Hakan Tüzün, Aslı Davas, Evin Aras, Cavit Işık Yavuz, Eriş Bilaloğlu, Nilay Etiler, Mehmet Zencir, TTB-HSK üyeleri ve tüm atölye katılımcılarına teşekkürü borç biliyoruz.

Türkiye'nin 1960'lı yıllarda başlattığı sağlık hizmetlerinde insanı merkeze koyan yaklaşımın yerine 1980 sonrası konulmaya çalışılan piyasa merkezli yönelim etrafında kuşkusuz kentlerde sağlık hizmetleri sorunlarının tümüne birden yanıt üretilemez. Sorunun esas nedeni insanı bir maliyet unsuru olarak gören anlayış-

tır. Sağlık toplumsal bir olgu olduğuna göre bu alanda yaşanan sorunların nihai çözümü de ancak üretimin olduğu kadar üretim araçlarının ve ortaya çıkan ürünün tümünün toplumsallaşması ile olabilecektir. Bu çalışmanın TTB olarak uzun süredir içerisinde olduğumuz “Sağlık Hakkı” mücadelesine böylesi bir perspektif ile sunulmuş çok özel bir katkı olduğunu düşünüyoruz.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ

MERKEZ KONSEYİ

ÖNSÖZ

Gerek gereksinimler, gerekse sosyo-ekonomik gelişmişlikler açısından kentler çok farklılık göstermektedir. Metropol dışındaki kentlerde gelir düzeyi çok düşüktür, ancak gelir dağılımı daha iyidir yani yoksullukta eşitlik sağlanmıştır. Bununla birlikte metropollerde gelir düzeyi daha yüksek, gelir dağılımı oldukça kötüdür. Metropollerde zenginlikte kutuplaşmalar söz konusudur. Bir yanda yoksul kentler, bir yanda yoksul çoğunlukları içeren metropoller.

Sağlık ve sağlık hizmetleri sosyo-ekonomik-kültürel çevre ile birlikte değerlendirilmelidir, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi tek başına ele alındığında bulunacak her çözüm, başarısız kalmaya mahkumdur. Yoksulluk ve derin eşitsizliklerin yaşandığı toplumda, sağlık hizmetlerinin gücü sosyal eşitsizliklerin acılarını sarmaya yetmeyecektir. Nitekim eşitsizliklerin en yoğun olduğu kırsalda yürütülen sağlık hizmetleri ile sağlık düzeyinde önemli başarılar elde edilmediği görülmektedir. Kırsalda her açıdan sağlık göstergeleri kabul edilemez şekilde kötüdür. Gerek sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik gerekse temel yaşam gereksinimlere ulaşılabilirlik oldukça kötüdür. Sağlık kurumlarının ve sağlık çalışanlarının sayısı oldukça yetersizdir.

Yoksul kırsalın, kente göçen yoksulları kentin “ucuz iş gücü” olarak tanımlanan emekçi kesimleridir. Bu en yoksul kent emekçilerini, kırsalda olduğu gibi kentte de temel yaşam gereksinimlerine ve sağlık hizmetlerine ulaşmada aynı sorunlar beklemektedir. Yoksulluktan kaynaklanan sağlık sorunları kentte daha da katmerleşmiş, sağlık hizmetlerinden yararlanma şansları daha da düşmüş, eşitsizlikler derinleşmiştir.

Demografik dönüşüm sadece kentlerdeki mutlu azınlıkların etkilememiş, kentlerde çoğunluğu oluşturan emekçi kesimleri de etkilemiştir. Tarihsel olarak gelişen bilimsel ve sosyo-ekonomik gelişmeler nedeniyle ölümler azalmış, ancak yaşam bu insanlar için daha da çekilmez hal almıştır. Çözülmemiş bulaşıcı hastalıklar, beslenme bozuklukları, kötü yaşam ve çalışma koşullarının yol açtığı bir çok sağlık sorununun yanında, nüfusun yaşlanmasının getirdiği kronik hastalıklar bu grupları da etkilemiştir. Ertilenmiş/karşılanmamış sağlık talepleri nedeniyle kronik hastalıklar emekçi kesimler için daha da katmerleşmiş bir durum almıştır.

Bir yandan kentlerimiz eşitsiz bir şekilde gelişirken sağlık hizmetleri alanında eşit görülmemiş bir özelleştirme programı yürütülmektedir. Sağlığı kamusal bir hak olmaktan çıkartan, devletin sorumluluğunu yurttaşlara aktaran ve sağlık alanını tamamen meta karakterine büründüren bir piyasanın geliştirilmesi girişimleri yaşama geçirilmektedir. Sağlık alanında yapılmak istenenler ile kentlerdeki eşitsiz gelişim aynı politik aktörler ve aynı amaçlarla yapılmaktadır. İnsanı merkez alan politikalar yerine parayı merkez alan politikalar tercih edilmektedir.

Tamamen piyasaya terkedilmiş bir dünyada sağlıkta daha eşitlikçi, daha toplumsal olan, para kazanmayı hedeflemeyen bir sistemi kurmak ve yaşatmak mümkün değildir. Bu nedenle sağlık hizmetlerini geliştirmeyi hedefleyen her girişim mutlaka bütünlüklü bir programın parçası olmalıdır. Eşitlikçi, sömürü ve ayrımın olmadığı bir emek programı içerisinde sağlık alanında yapılan girişimler de başarı şansı yakalayacaktır. Bu nedenle aşağıda belirtilen kentlerde sağlık hizmetlerini geliştirmeye yönelik çözüm önerilerine bu perspektifte bakılmalıdır. Yine unutulmamalıdır ki, bu etkinlik kırsalda sağlık hizmetleri ve sağlığın daha kötü durumda olduğu gerçeğini göz ardı etmeyerek planlanmıştır. Gerek bakış açısı gerekse çözüm önerileri kırsalda sürdürülen sağlık hizmetleri için de geçerlidir.

TTB HALK SAĞLIĞI KOLU

BU ATÖLYE ÇALIŞMASI NASIL KURGULANDI? YÖNTEM, GEREKÇE VE BEKLENTİLER

Doç.Dr. Muzaffer Eskiocak

Ülkemizde Aile hekimliği uygulaması ‐Sağlıkta Dönüşüm Programı‐ adı altında yıllardır sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi/ toplum yararına sunulması sürecine Dünya Bankası patentli /IMF güdümlü politikasının girişimlerinden biri olarak gündemimizi meşgul etmiştir. Bu konuda başta Türk Tabipleri Birliği olmak üzere birçok örgüt ya da akademisyen çok sayıda yayın üretmiştir. Bu çalışmada; çeşitli bilimsel disiplinlerden akademisyen ve uzmanların katkısı ile Aile Hekimliği uygulamasının ülkemiz için uygunluğu soruyu oluşturan tümcedeki ve uygulamadaki tüm bileşenleriyle tartışmaya açılmıştır.

Yöntem olarak: önce kavramlar ve uygulama üzerinden bir kavramsal çerçeve oluşturulmuş, bu çerçeveden de yanıt aranması gereken sorular üretilmiştir. Ardından üretilen bu sorulara yanıt verme birikimi gözetilerek (internet araması, kaynak kişilerle görüşme) atölye çalışmasının katılımcıları belirlenmiş, TTB'nin davetlisi olarak çalışmaya katılmaları çağrısında bulunulmuştur. Çağrı mektubunda atölye çalışmasında yanıtı aranan- tartışılması planlanan tüm sorular ve kendilerine yöneltilen soru (lar) yer almış, yazılı bir yanıt hazırlamaları ricası iletilmiştir. Atölye çalışması oturumunda önceden bildirilmiş program akışına uyulmuş, her sorunun yanıtı önce önceden belirlenmiş soru sahibi katılımcıya yöneltilmiş ardından grupta tartışmaya açılmıştır.

Konuşmalar 2 moderatör yardımcısı tarafından tutulan notlarla kayıt altına alınmıştır.

Bir ülkenin kaynaklarının üretimi ve dağıtımını politikası/ siyaseti ile bunun sağlık alanındaki yansımaları- sağlık politikası bilimsel dayanaklara gereksinim duymak durumundadır. Aynı zamanda bilgi üretimi ve paylaşımının toplumsal yarar gözetilerek gerçekleşmesi politik tercihlerle ilişkilidir. Bilimlerin temel görevi, doğanın ve/veya sistemin işleyişini kolaylaştırmak ve meşrulaştırmak değildir, bilimlerin amacı insanlığın yararına hizmet sunmaktır. Bu çalışmanın kurgusunda, toplumsal yarar gözetilerek, sağlıkta dönüşüm programının Aile Hekimliği Uygulamasına değişik bilimsel disiplinlerin bakışlarıyla mevcut durum irdelenmiştir. Bu tartışmanın beklenen sonuçları aşağıdadır:

1. Sağlıkta dönüşüm programının Aile Hekimliği bileşeni ve uygulamasına çok sektörlü bakış ile bilgi paylaşımı
2. Sağlıkta dönüşüm programının Aile Hekimliği bileşenini ve uygulamasını çok sektörlü katılımı ile irdelemek,
3. Sorun alanlarını belirlemek ve olabildiğince ayrındılandırmak
4. Sorun alanlarına yönelik izleme, araştırma gereksinimini ortaya çıkarmak
5. Sağlıkta Dönüşüm Programına eleştirel bakışı çok sektörlü ve bilimsel teknik düzeyde derinleştirmek

AİLE HEKİMLİĞİ ÜLKEMİZ İÇİN UYGUN BİR HİZMET SUNUMU SİSTEMİ MİDİR?

Ülkemizde Aile hekimliği uygulaması, Dünya Bankası patentli /IMF güdümlü “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın bir parçasıdır. Önümüze konulan Aile Hekimliği uygulaması ile sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi/ toplum yararına sunulması anlayışından vazgeçilerek, yerine karı hedefleyen piyasacı bir sağlık hizmeti sunumunun yaşama geçirilmesi istenmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin devletin yükümlülüğünden atılması/ özelleştirilmesi ve giderek ticarileştirilmesi amaçlı bu girişimin sonuçları halkın sağlığında “yıkım” ve sağlık çalışanlarının işgücünün insan kaynakları piyasasında ticari mal olarak esnek çalışma koşullarında işlem görmesi olacaktır.

Bu konuda başta Türk Tabipleri Birliği olmak üzere birçok örgüt ya da akademisyen çok sayıda yayın üretmiştir. Bu çalışmada; çeşitli bilimsel disiplinlerden akademisyen ve uzmanların katkısı ile Aile Hekimliği uygulamasının ülkemiz için uygun olup olmadığı, tüm bileşenleriyle tartışmaya açılmıştır.

İki gün süren atölye çalışması boyunca yapılan tüm tartışmalar, katılımcıların daha önce TTB’ye gönderdiği metinler ışığında değerlendirilmiş, atölye sonunda alınan kararlar, çalışma boyunca tartışıldıkları sıra ve düzende aşağıda sunulmuştur.

Aile kendi sağlığının belirleyicisi olabilir mi?

Aile hekimliği bu süreçte yeterli olabilir mi?

Aile hekimliği uygulamasının, nüfusun ve ailenin değişmekte olan yapısına ilişkin öngörülerinin olmadığı, hizmetin planlanması ve değerlendirilmesinde Demografi biliminden yararlanmadığı belirtilmiştir

Sağlıklı oluştta; sosyoekonomik statü, çalışma ve yaşam koşulları, yaşanan çevre gibi toplumsal belirleyicilerin önemli bir yeri olduğu, bu belirleyicilerin olumlu ve destekleyici nitelikte olmasının sağlığa olumlu yönde katkı yaptığı, böyle ilişkilerden yoksun olmanın ya da bunlarda çatışma, ihmal veya istismarla karşılaşmanın ise sağlığa zarar verdiği bilinmektedir. Günümüzde ekonomik ve sosyal koşulların baskısı pek çok aile için;

- seçtiği değil sürüklendiği bir fiziksel ve ekolojik ortamda yaşamayı,
- riskli işlerde çalışmayı,
- yetersiz konut koşullarına tahammül etmeyi,
- yetersiz beslenmeyi,
- kimi sağlık gereksinimlerini ertelemeyi ya da görmezden gelmeyi dayatmaktadır. Bu bağlamda;
- Ailenin kendi sağlığını geliştirmedeki rolü sınırlıdır.
- Bireyler gibi aileler de sağlığı geliştirmek için gerekli bilgilerin tümüne sahip değildir.

Sağlık algısının, sağlık arama davranışını etkilediği bilinmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda sağlık algısının “hasta değilsem, hayatta isem iyiyimdir” gibi negatif tanımlama düzeyinde kaldığı ve kapsam itibarıyla çağdaş sağlık tanımından farklı algılandığı gösterilmiştir. Bu istem ve tutuma sahip aile tipinin yaygın olduğu ülkemizde, sadece bireylerden gelecek sağlık hizmeti talepleriyle hizmet sunmanın doğru olmadığı, **ailenin kendi sağlığının mutlak belirleyicisi olamayacağı, bu nedenle Aile Hekimliği uygulamasının bu süreçte sağlıklı olma hakkının karşılığını bulması anlamında yeterli olamayacağı açıktır.**

Aile hekimliği, hekimin sağlıkçı rolünü ve etik değerlerini nasıl etkileyebilir?

Aile Hekimliği uygulaması, yapısından kaynaklanan işletmeci ve yatırımcı olma rolü ile risk alma ve pazarını büyütecek uygulamalara yönelme (promosyon yapma, yeni pazar yaratma, daha fazla ilaç yazma, gereksiz tetkik ve ileri teknoloji kullanma) davranışları üzerinden hekimliğin etik değerlerini etkileyecek-yozlaştıracaktır.

Sağlık sisteminin hekimliğin tanımını bunun üzerinden yapması ile de hekimlik, meslek olarak topluma yabancılaşacaktır. Başvuran insan dışındaki etmenlerin etkisiyle mesleki bağımsızlık ortadan kalkacak, sigorta şirket(ler)inin tıbbi kayıtlara yararlı ilgisi, gizlilik ihlali oluşturabilecektir. Ayrıca doğaları gereği gili olan

kişisel sağlık verilerine erişim ve diğer etkenlerle ayrımcılık yapma sorunu ile karşı karşıya kalınabilecektir.

Sağlık hizmeti üreticisi ekibin üyesi olarak hekim ve diğer sağlık personelinin, ekip üyeliği rolünden işveren-çalışan ilişkisi rolüne bir evrilme yaşadığı var olan uygulamalarla görülmektedir. Bu durum, ekip üyelerinin bağımsız mesleki uygulama ödev ve hakkını azaltmış ve ekip çalışması, dayanışma ve paylaşım davranışlarında yok oluş sürecini başlatmıştır.

Bir model olarak aile hekimliği nedir?

Aile hekimliği/genel pratisyenlik bir ihtisas alanıdır ve hizmetlerini birinci basamakta sunmaktadır. Hizmet içeriği ya da hizmeti sunan kişinin özellikleri ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Küba'daki bir aile hekimi ile Almanya'daki, Slovakya'daki ya da İngiltere'deki aile hekimlerinin sağlıktaki rolleri ülkelerindeki politik yapı, sağlık finansman sistemleri ve sağlık hizmet sunumundaki farklılıklar ya da benzerlikler ölçüsünde benzeşmekte ya da farklılaşmaktadır. Örneğin Portekiz'de birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık merkezleri tarafından verilir. Ekip çalışması vardır. Ortalama 1500 kişiye bir aile hekimi düşmektedir. Küba'da bir ekip, aile hekimi ve hemşireden oluşur ve 800 kişiyi izlemekle yükümlüdür. Yerel polikliniklerde güçlü bir laboratuvar, röntgen ve destek servisleri, acil servisler, eğitim ve dal uzmanları bulunmaktadır. İngiltere'de aile hekimliği eğitimi iki yıl hastane eğitimi ve bir yıl saha eğitimi olmak üzere değişir. Özetle her ülkede aile hekimi denildiğinde anlaşılan ve kabul edilen tanımlama farklıdır. Aile doktorluğu kavramı, Sovyet Bloğundan ayrılan ülkeler, Latin Amerika ülkeleri gibi gelişmekte olan birçok ülkede Dünya Bankası tarafından önerilen Genel Sağlık Sigortası gibi bir finansman ayağının da olduğu bir çerçevede tartışılmaktadır. Türkiye'de gündemde olan "Sağlıkta dönüşüm" programının temel hedefi Dünya Bankası ve IMF tarafından da açıkça belirtildiği gibi tüm sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesidir. Aile hekimliği modeli de birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesidir. Varolan uygulamada Aile doktoru, kirasını kendi ödediği muayenehanesinde, işvereni olduğu sağlık personeliyle hizmet sunan, bir sigorta kurumuyla yapacağı bir yıllık sözleşmelerle finansmanını sağlayan bir sağlık çalışanı rolündedir. Önerilen modelde muayenehane hekimliği ön plandadır ki bu da hekimin yalnızlaşmasını ve rekabeti beraberinde getirmektedir. Hekimin işletmecilik becerisi ön plana çıkarılmıştır. Ayrıca Aile doktorluğu uygulamasının getireceği rekabetin baskısıyla hekimin yazacağı ilacın, Türkiye'de özel ve çoğunlukla uluslararası sermaye tarafından sağlanıyor olması, her aile hekimi muayenehanesine alınacak tıbbi donanımın artık Sağlık Bakanlığı gibi büyük bir kurum tarafından değil, tek başına çalışan bireyler tarafından özel sektörden satın alınacak olması; Türkiye'deki sigortacılık sektörünün uluslararası sermaye ağırlıklı hale gelmesi; Dünya Bankası ve IMF'nin bu özelleştirmeden beklentilerini açıklayabilecek önemli unsurlardır.

Ailenin kutsallığından hareketle modele ismini veren aile hekimliği tanımlaması aslında bir aldatmacadır. Çünkü modelde ailenin her bir bireyinin ayrı bir hekimden hizmet alabilmesi öngörülmektedir. Yani ailenin bütünlüğü gözetilmemiştir.

Getirilen modelde sunulan hizmet hastalıklara odaklıdır ve hekimin, özellikle tedavi edici hekimlik iş yükü artacağı için, bireyi evinde ziyaret edip kendisinin ve ailesinin yaşam koşullarını değerlendirme olanağı kalmayacaktır.

Model aileyi, tüm sosyoekonomik değişkenleriyle bir bütün içerisinde değerlendirme kapasitesi taşımamaktadır. Bireylerin sağlığını, yaşadığı coğrafya, beslenme ve barınma özellikleri, yaşadığı çevre ve bu çevrenin sorunları doğrudan etkilemektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin koruyucu hizmetler açısından önemi düşünüldüğünde sunulacak hizmetin bu özellikleri de kapsayacak bir yapıya sahip olması önem taşımaktadır ancak aile hekimliği uygulamasında bu, önemsenmemiştir.

Sağlık ocakları, sorumlu oldukları bölgede, sağlığı etkileyebilecek içme ve kullanma suları, akarsu ve dereler, ısınma koşulları, fabrikaların olası etkileri, gıda hijyeni gibi konularda resmi olarak çevre, tarım, belediye gibi kurumlarla işbirliği içinde bulunmakla yükümlü iken; Aile hekimliği uygulaması ise sadece bireye yönelik ve ağırlıklı olarak tedavi edici hizmet sunduğundan, bu bütüncül bakış açısını ve ödevi taşımamaktadır.

Bölgede yaşanabilecek salgınlar, seller, deprem gibi olağan dışı durumlarda sağlık ocakları, çok hızlı yanıt verme kapasitesine sahipken aile hekimlerinin bu durumlarda etkin olabilmesi, ancak görevlendirilmeleri koşuluyla mümkün olabilecek ve yanıt kapasitesinde aynı yetkinlik gösterilemeyecektir.

Koşullar, Sağlık Ocaklarında çevre sağlığı teknisyeni, hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, laborant gibi çalışanlardan oluşan ekibin genişletilmesini, güçlendirilmesini gerektirmekteyken, aile hekimliği uygulamasında hizmetin sadece aile hekimi ve onun yanında çalıştırdığı aile sağlığı “elemanı” (ASE) tarafından verileceği gerçeği, günümüz sağlık gereksinimine yanıt veremeyecektir.

ASE olarak çalıştırılacak olan ebeler, hemşireler, sağlık memurları, “eleman” olarak kendi mesleki saygınlıklarını yitirecektir.

Ülkemizde sağlık hizmetlerine erişim sorunu, eşitsizlikler ve aile hekimliği uygulamasından etkilenim boyutu:

İdeal olarak, sağlıkta eşitlik, herkesin tam sağlık potansiyeline erişebilme şansına sahip olması ve daha pragmatik olarak, sakinmadıkları sürece bu potansiyele ulaşmak açısından kimsenin dezavantajlı olmamasıdır. Sağlık hizmetlerine erişim, genel olarak finansal, coğrafi, sosyokültürel, organizasyonel başlıklarıyla değerlendirilmektedir.

Finansal eşitsizliğin en önemli nedeni gelir dağılımındaki eşitsizliklerin sonucunda ortaya çıkan yoksulluktur. Bu durum hizmet kullanımı düzeyinde sosyal güvencenin olmaması ve cepten ödemelerdeki güçlükle kendini gösterir. Türkiye’de aile hekimliği uygulaması, genel sağlık sigortasıyla birlikte Sağlıkta Dönüşüm Programının bir ögesi olarak gündeme gelmiştir. Ülkemizdeki sosyal güvenceye sahip nüfusun oranı ve bu nüfusun prim ödeme potansiyeli göz önünde bulundurulduğunda (Bağ-Kur’da %20’ler, SSK’da %85 civarındadır) sistemin tüm nüfusa sürekli ve düzenli bir sağlık güvencesi sağlayamayacağı ortadadır.

Yalnızca primlerini ödeyebilen bireyler, Aile doktorlarından hizmet alabilecektir. Dolayısıyla yoksulların sağlık hizmeti alımının kötüleşeceği beklenmelidir.

Coğrafi eşitsizlik ise sağlık ihtiyacına göre ülke genelinde sağlık kuruluşları ve sağlık insangücü dağılımının eşit olmaması sonucunda yoksul bölgelerde ortaya çıkan sağlık hizmeti yokluğu ya da var olan hizmetlere coğrafi olarak ulaşamamadır. Sağlık hizmetlerine sınıfsal konum, cinsiyet, dil, etnik köken, göç etmiş olma, ya da din gibi nedenlerle erişememe, sosyokültürel erişim eşitsizliğine neden olur. Türkiye’de sağlık göstergeleri, kıy/kent ve bölgeler arasında eşitsizliklere işaret etmektedir. Özellikle Güneydoğu Anadolu Bölgesinde sağlık göstergelerinin halen ülke ortalamasının altında olduğu bilinmektedir. Bebek ve anne ölüm oranları, bazı hastalıkların sıklığı, sağlık kurumlarının durumu, sağlık personeline düşen nüfus, sağlık hizmetlerine erişim gibi verilere baktığımızda diğer bölgelerden kötü durumdadır.

Sağlık sistemi ya da sağlık hizmeti veren kurumların yönetim, örgütlenme ve organizasyonlarındaki olumsuzluklar organizasyonel erişim sorunlarını beraberinde getirir ve bu boyutta eşitsizliklere neden olur. Kadınlar, çocuklar, engelliler, kronik hastalığı olanlar, yaşlılar, göçmenler ve yoksullar gibi farklı risk gruplarının sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık hizmetlerini kullanım farklılıkları ve sürekli sağlık hizmeti aldıkları kurumların olmaması, tüm toplumun sağlık düzeyini yükseltmede ciddi engeller oluşturur.

Yerleşim yerinin sağlık ocağına uzaklığının sağlık ocağından yararlanmayı azalttığı, kişinin bir sağlık güvencesine sahip olması, eğitim düzeyinin yüksek olması, ailenin gelir düzeyinin yüksek olması ve kadının evde söz sahibi olmasının sağlık hizmetlerine erişimi olumlu yönde etkilediği bilinmektedir.

Tablo 1: Sağlık Hizmeti sunumunda Sosyalleştirme Yasası ve Aile Hekimliği Mevzuatına göre sağlık Hizmetleri sunumu/ Hizmetlere Erişimin Karşılaştırması.

| Etkileyen faktörler | Sosyalleştirme yasası | Aile Hekimliği |
|--------------------------------|---|---|
| Gelir düzeyi (yoksulluk) | Eşit hizmet | Yoksullar daha az |
| İş sahibi olma/ Çalışma durumu | Eşit hizmet | İşsiz Temel teminat Paketi (TTP) (ulaşabilirse) Çalışana TTP + ödeme gücüne göre |
| Sağlık güvencesi | Eşit hizmet | Güvencesi olmayanlara hizmet yok |
| Cinsiyet | Tedavi edici hizmetlerde eşitlik söz konusuysen kadınlara yönelik koruyucu hizmetlerde pozitif ayrımcılık söz konusudur | Talebe göre şekillenecek, muayenehanede sunulan hekime dayalı hizmet, hekimin cinsiyetine göre kadınların hizmet alımını etkileyebilir |
| Yaş | Tedavi edici hizmetlerde eşitlik söz konusuysen bebek ve çocuklara özel izlem programları vardır | Bebek, çocuk ve yaşlılar için özel programlar yok. |
| Öğrenim düzeyi | Eşit hizmet ön görülmüştür. Bireyin eğitim düzeyine bağlı olarak hizmeti talep etmese de koruyucu hizmetler ona götürülmektedir | Sadece talebe bağlı, düşük eğitim düzeyi hizmetlerden haberdarlığı kötü etkileyebilecektir, bu da ancak ciddi hastalık durumlarında hizmet alımı için başvuruyu-gecikmeyi-arttıracaktır |

| | | |
|--|---|--|
| Din, dil, etnik köken, kültür farklılığı gibi özellikler | Eşit hizmet | Hekimlerin bireysel bakış açılarına göre din, dilsel farklılıklar hizmet alımını azaltabilir veya ekonomik kaygılar eşit davranmaya yol açabilir |
| Hizmetler hakkında bilgi sahibi olma | Eşit hizmet, ebeler tarafından yürütülen tüm saha hizmetleri bilgiyi doğrudan ya da dolaylı artırmaktadır | Saha gezileri yapılacağı belirtilse de uygulamada olanaksız görülüyor, ayrıca çevre sağlığı hizmetleri yok |
| Sağlık hizmetinin var olması | Entegre hizmet (koruyucu ve tedavi edici) mevcut | Tedavi edici hizmet ağırlıklı |
| Sağlık kurumunun varlığı | Sağlık Ocakları ve Sağlık evleri aracılığıyla kır ve kentte yaygın | Kırdaki hizmetler, kentteki aile hekimlerinin haftalık ziyaretlerine bırakılmıştır |
| Coğrafi uzaklık ve ulaşım giderleri | Hizmet halkın yakınında ve ulaşım kolay | Hekimin gitmediği her yerde hizmet daha az/yok |
| Sağlık insangücü (hekim) varlığı | Entegre hizmet için yaygın olarak mevcut | Hekim ağırlıklı hizmet, sadece ekonomik yarar ilkesine göre yaygın, kar yoksa hekim yok |
| Sağlık insangücü (hekim dışı personel) varlığı | Entegre hizmet için yaygın olarak mevcut | Hekim ağırlıklı hizmet, diğer personeller ekonomik kaygılar nedeniyle en aza indirilmiş durumda olacak |

Toplumumuzda kültürel birikim sağlığı destekleyici midir?

Aile Hekimliği uygulaması bu süreçte sağlık gereksinimini karşılayıcı kültürel destek bulur mu?

Sağlık arama davranışıyla ilgili olarak yapılan araştırmalarda, insanların çok az bir kısmının koruyucu önlemlere uyarak yaşadığı gösterilmiş ve sağlık hizmeti almama nedeni olarak; sosyal güvencesizlik, ekonomik yetersizlikler, toplumsal dışlanma ve cinsiyete bağlı erişim engelleri sıralanmıştır.

Toplumumuzdaki kültürel birikim, kişiler, aileler, sosyal gruplar ve yaşanan coğrafi yer bağlamında farklılık göstermektedir. Bu farklılık, insanların sağlık hizmetlerine erişememesine, dışlanmasına ve bazı dezavantajlı grupların (örneğin sosyal güvencesi olmayanların, kadınların, özellikle kırsal kesimde yaşayan engellilerin, yaşlıların vb) ihmal edilmesine neden olmaktadır. Bu nedenle, kültürün ayrımcılık yapabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu bağlamda Toplum tanımayan bir uygulama modeli -aile hekimliği uygulaması- başarılı olmaz. Çünkü sosyal refah devleti, liberal devletin geleneksel adalet, asayiş ve savunma hizmetlerinin dışına çıkarak eğitim, sağlık, konut, sosyal güvenlik, sosyal yardım gibi, toplumun tüm kesimlerinin refahını ilgilendiren kamusal hizmetleri de üstlenmişken Sağlıkta Dönüşüm Programı- AH uygulaması ile bu ödevi reddetmekte, yük olarak görmektedir.

AH uygulaması; bölgeler arasındaki gelişmişlik farklarının ve kır-kent ayrımının azaltılmasını; çeşitli bölgelerde yaşayan insanların kalkınmanın getirilerinden, ekonomik ve toplumsal hizmetlerden gereksindikleri kadar yararlanmalarını; eğitim, sağlık, konut, altyapı ve çevre hizmetlerinin tüm toplum kesimlerine ulaştırılmasını hedeflemeyen bir siyasi tercihin uygulamasıdır. Bu siyasi tercihin olası sonuçları ise kültürel boyutta toplum kesimlerinin birbirine yabancılaşması, toplumda gerilim, çatışma ve çözülme olacaktır.

Bir model olarak AH sorun çözücü nitelikte midir?

Bireye yönelik korumayı gerçekleştirebilir mi?

Sağlık hizmetlerinden yararlanmada, bireylerdeki farkındalık durumu önemli bir unsurdur. Sorunun farkında olan kişi hizmeti talep eder ve hizmetten faydalanır. Oysaki koruyucu sağlık hizmetleri gibi farkındalığın ve talebin az olduğu hizmetlerin talep edilmese dahi bireyi koruma adına sunulması gerekir ve bu hizmetlere farkındalığın artırılması gerekir. Bu nedenle farkındalık yaratmayı öncelemeyen ve sadece başvuranlara hizmet sunan Aile Hekimliği uygulamasında üreme sağlığı gibi mevcut yürütülmekte olan programlarda zafiyetler ortaya çıkacaktır.

Çevreye yönelik korumayı gerçekleştirebilir mi?

Aile Hekimliği uygulamasında sağlıkta dönüşümün ürünü parçalanmayla su denetimine indirgenmiş çevre sağlığı hizmetlerinin, Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) tarafından verileceği öngörülmektedir. Bu merkezlerdeki yetersiz personel sayısı, güdülenme eksikliği, denetim eksikliği, bu merkezlerin ayrı olarak kurulanmasının getirdiği bütüncül yaklaşım kaybı ve çalışanların ücretlendirilme eşitsizliği, çevre sağlığı hizmetlerinde yaşanacak sorunlar olarak ortaya çıkacaktır.

Bağışıklama ve salgın yönetimi gibi topluma yönelik korumayı gerçekleştirebilir mi?

Kayıt altına alınmayan nüfusa aşılama hizmeti verilemeyecek ve esas uygulayıcısı olan hekim dışı sağlık personelinin bu hizmetlere ayıracak zamanı azalabilecektir. BCG aşısı gibi özel uygulama gerekliliğinin olduğu aşılarla sorun yaşanabilecektir. Fizik mekan ve ekipman, hem aşılama güvenliği, hem de ailelerle iletişim ve eğitim açısından uygun olmayacak, rutin aşılarda o merkeze başvuranlarla sınırlı kalacaktır. Dönemsel toplu nüfus hareketlerinde (geçici tarım işçileri gibi) sağlık hizmetini hangi kurumun vereceği çok açık değildir. Sistem içinde hekim, yapılan aşılardan toplumu nasıl etkilediğini ancak TSM bir analiz yapar ve geri bildirimde bulunursa bilebilecektir. Kişilerin istediği hekimi seçmesi ile birlikte, hizmette bölgesel özellik kalmayacak ve payda bilinmediği için aşı oranları hesaplanamayacaktır. Kalem aşılmasının, bir başka deyişle bilgisayar teknolojisinin getirdiği değişimle birlikte mouse aşılmasının bildirimini artacaktır. Bulaşıcı hastalıklar tek tek yakalanınca değil, salgın gerçekleştiğinde fark edilecektir.

Kronik hastalıklara karşı korumayı gerçekleştirebilir mi?

Kuramda ikna edici gibi olsa da pratik uygulamalarda bunun gerçekleşmediği görülmektedir. Çünkü Düzce'deki izlenimlere göre hizmet, tedavi ağırlıklıdır. Hasta sayısı fazla olduğundan yeterli zaman ayıramama sonucunda hizmet kalitesi düşmektedir. Koruyucu hizmetler, başvuranlara verilmekte ve düzenli izlem hiç yerleşmemiş durumdadır. Kronik hastalıklar, pahalı hizmet gerektirdiğinden sigorta sistemini kötü etkileyecek bir grup olacaktır. Bu da, sigorta sistemlerinin kronik hastalıkların kendilerine getireceği mali yükü azaltma refleksiyle hareket etmelerine neden olacak ve kronik hastalıklar açısından risk taşıyan gruplara farklı tutumlar (fazla prim ödeme, teminat dışı bırakma vb.) sergilenebilecektir.

Ruh sağlığı sorunlarına karşı korumayı gerçekleştirebilir mi?

Ruhsal hastalıklardan korunma için zorunlu olan birincil, ikincil ve üçüncül korunma önlemlerinin aile hekimi tarafından verilemeyeceği görülmektedir. Çünkü bu iş tek başına aile hekimini değil; ebe, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, psikiyatristler ve öğretmenler gibi pek çok meslek grubunu ilgilendiren bir iştir. Dolayısıyla çok sektörlü çalışılması gereken bu alana, bütüncül bakış açısını içermeyen aile hekimliği sistemi, çözüm getiremeyecektir.

İş- işçi sağlığı gereksinimini karşılayabilir mi?

Mevzuatta belirsizlikler ve pilot uygulamalar arasında farklılıklar vardır. Aile hekimliği nasıl koruyucu sağlık hizmetleri temelinde bütünlüklü ve ekip anlayışı içinde sağlık hizmet sunumunu tahrip edecekse, aynı şekilde işyerlerinde üretim sürecindeki işçilerin sağlıklarının korunması ve geliştirilmesine dönük bütünlüklü ve ekip anlayışına uygun sağlık hizmet sunumunu da ortadan kaldıracaktır. Çok disiplinli çalışmaya ihtiyacın olduğu bu alanda, aile hekiminin yanına aldığı bir aile sağlığı elemanı ile birlikte tüm hizmetleri nasıl gerçekleştireceği soru işaretidir.

Aile hekimliği toplum kalkınmasına ve toplum ve bireylerin katılımlarına ne denli açık? Dayanışmalarını ne denli sağlayıcı? Haklarına ne denli hürmetkar?

Sağlık Ocağı personelinin çalıştıkları yörelerdeki **toplumun kalkınmasına** yönelik görevleri (kooperatiflerin desteklenmesi, hayvancılık, balıkçılık, ... gibi ekonomik faaliyetler gibi okuma-yazma kursları düzenlemek, konferanslar vermek, su sağlanması, okul yaptırılmasına liderlik etmek..) ilgili mevzuatta yer almaktayken, aile hekimliği uygulamasının bu görevle ilişkilendirilmesinin zemini yoktur.

1978'de Alma Ata konferansında tanımlanan temel sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde, toplumun yalnızca katkısının değil, hizmetin planlanmasına dek katılımının, etkinliği artıracak saptaması yapılmış ve az gelişmiş- gelişmiş ülkelere tümüne hizmetin örgütlenmesinde toplum katılımı mekanizmalarını kurma çağrısı yapılmıştı. Bu çağrıdan 17 yıl önce ülkemizde kabul edilen sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine dair yasa ile bu mekanizmaların kurulmuş olduğu gerçeğinin altını çizmek gerekir. Ne var ki, Aile Hekimliği uygulaması mevzuatında toplumun sağlıkla ilgili karar alma, planlama ve denetleme süreçlerine katılımı öngörülmemiştir. Hekim seçmenin piyasayı düzenleyeceği varsayılmıştır. Sağlık hizmeti gereksiniminin piyasanın kurallarına göre düzenlenemeyeceği, sağlığın meta karakteri taşımadığı, hizmete gereksinim duyanın tüketici davranışı sergileyemeyeceği, profesyonellerin seçimine uymak zorunda kalacağı gerçeğine rağmen Aile Hekimliği sistemi, katılımı öngörmeyen, katılım mekanizmalarının tahrip edilip piyasanın düzenleyiciliğine güvenmenin esas alındığı siyasi bir tercih olarak uygulanmaktadır.

Aile hekimliği uygulamasının ideolojik düşüncesi **dayanışmayı** değil-bireyi yalnızlaştırmayı hedeflemektedir. Bireyselleşme evrimi tersine çevirmektedir.

Toplumunu toplum yapan temel karakterlerden biri dayanışmadır. Dayanışma kültürünün sağlıkla ilişkili temel yaşam hakkıyla ilgisi vardır. İlk insan dayanışarak toplulaşmaya girmiş ve modern toplumlarda örgütlenme ortaya çıkmıştır. Asya kültüründe dayanışma daha da önem taşımaktadır. Toplular birlikte dayanışarak yaşıyorlarsa cemiyetleşir ve modern topluma geçebilir. Aile Hekimliği uygulamalarının içinde hayat bulacağı Sağlıkta Dönüşüm Projesinde bir bütün olarak kaynaklar esas olarak bilimsel ve etik değerleri zorlayan 'piyasa' ilkelerine göre dağıtılacaktır. Sağlık alanında basit piyasa mantığının sonucu **kaynakların dağıtımının** adil ve eşitlikçi olabilmesi olanaklı gözükmemektedir. Oysa, kaynak dağıtımında her şeyden önce toplumun dezavantajlı kesimlerine (Dezavantajlıların en önemlisi yoksullardır, işsizlerdir, iş güvencesizler, örgütsüzler, çocuklar, engelliler vs. hatta üçüncü dünya hegemonyasındaki muhalifleri de dezavantajlı olarak kabul etmek gerekir.) öncelik verilmiyorsa, söz konusu politikaların insan sağlığını yükseltmeye yönelik oldukları söylenemez.

AH mevzuatı incelendiğinde metinlerde **hasta hakları** ile ilgili doğrudan bir madde bulunmamaktadır. Uygulama, pek çok yönüyle gerçekte İnsan Hakları, Sağlıklı Yaşam ve Sağlık Hizmetlerine Erişim Hakkı, anlayışıyla çelişmektedir. Hasta hakkı hekimin mesleki bağımsızlığından ayrılmaz. Sigortanın baskısı hekimin bağımsızlığına zarar vericidir. Hasta hakkı ihlalleriyle ilgili sorunlar beklenmelidir.

AH modeli sosyal hastalıkların (örn.Tüberküloz yönetiminde çözüm sağlayıcı olabilir mi?)

Aile hekimliği uygulaması, çoğunluğu buzdağı fenomeni nedeniyle toplum tabanlı özel programlarla aranmaz ise görülemeyecek olan, hastaları ve kimi zaman yakınlarını da damgalayıcı etki ile bireyi hastalıktan ayrı bir olumsuzlukla da karşı karşıya bırakan sosyal hastalıklarla mücadelede zaafa yol açacaktır. Bireye yönelik sunulan hizmetlerle bu tür sorunların çözülemeyeceği açıktır. AH uygulamasına geçilen yerlerde Toplum Sağlığı Merkezleri bu işlevi görecek donanım ve motivasyonundan uzaktır ve VSD gibi bu tür sorunlarla mücadele eden kurumlar da zaafa uğratılmıştır.

Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi, toplumun sağlık düzeyinin izlenmesi ve hizmetlerin yeniden planlanmasında temel olan sürveyans aktiviteleri AH uygulamasıyla zaafa uğrayacak, sosyalleştirmenin nüfus ve bölge tabanlılık özelliğinin sağladığı epidemiyolojik bütünlük AH uygulamasına geçilen yerlerde sağlanamayacaktır. Bildirim sistemi, yılların deneyim ve birikimine rağmen zaafa uğrayacak ve sağlık hizmetlerinin planlanmasına temel olacak veriler ancak özel araştırmalarla derlenebilecektir.

Sağlık sorunlarının önceliklere göre sıralanmasında Aile Hekimliği uygulamasının nasılsuçlar doğurabileceği değerlendirildiğinde Alma-Ata Bildirgesinde önceliklendirmenin hakkaniyet bakışıyla öngörüldüğü, AH uygulamasının üstyapısını oluşturan Sağlıkta Dönüşüm Programında ise Dünya Bankasının yararçı bakışının egemen olduğu görülmektedir. Çünkü varolan uygulamada Aile Hekimine kayıtlı olanların listesi bir toplumu temsil edemeye-

cektir. Dolayısıyla toplum tabanlı veri sağlanamayacak ve önceliklendirme yapılamayacaktır.

Aile Hekimliği uygulaması ayrıca Tıp Eğitiminin ülke gereksinimlerine göre yapılanmasına da zarar verecektir. Çünkü: hakkaniyet ve insancıl sağlık hizmeti gibi vazgeçilmez özelliklerin bir kenara bırakıldığı Sağlıkta Dönüşüm Programı'yla birlikte tıp eğitiminin toplumdaki uygulamaları için uygun alan kalmayacak, öğrencilere meslek ahlakı kurallarına uygun tutum kazandırmak zorlaşacak, bütünlüğünü yitiren koruyucu, geliştirici, tedavi edici ve esenlendirici hizmetleri öğrencilerin kendi zihinlerinde bütünleştirmelerini beklemek gerekecektir.

Özetle:

- Birinci Basamakta hizmet veren Sağlık Ocaklarının kapatılıp yerlerine Aile Hekimliği uygulamasının ikame edilmesi, Sağlıkta Dönüşüm Programının öğelerinden biri olup **birinci basamağın özelleştirilmesi, temel sağlık hizmetlerinin ticarileştirilmesi uygulamasıdır.**
- Sistemin kurgusunda, çağdaş sağlık örgütlenmesinin temel özelliği olan toplum tabanlı yaklaşım olmadığı gibi, topluma yönelik hizmetlerin örgütlenişinde yararlanılması gereken çok sektörlü çalışma, çok sektörlü yaklaşım zafiyeti vardır.
- Ülkemizde toplum, aile ve birey kendilerini sağlıklı kılmak için gerekli bilgi, tutum, davranış ve donanıma sahip değildir. Sağlıkları zedelendiğinde bile yeniden kazanmak için sağlık arama davranışlarının geliştirilmesine yönelik kamusal hizmetler çok yetersizdir. Dolayısıyla bireylerin ve ailelerin kendi sağlıklarından sorumlu kılınması anlayışı ve başvuruya dayalı bir hizmet örgütlenmesi biçiminde olan aile hekimliği ile sağlıkta eşitsizlikler daha da derinleşecektir. Kamusal sorumluluk yurttaşta yüklenecektir.
- Adı her ne kadar aile hekimliği olsa da bu isimlendirmenin aileye atfedilen olumlu değerlerden yararlanmak istercesine bu adla anılmakta olduğu, oysa aile bütünlüğüne hürmet etmediği, özellikle çalışan ebeveyn ile çocuklarının aynı aile hekiminden hizmet almasının önünde uygulamada birçok engel olacağı, aile bireylerinin birbirinden ayrı hekimlere kaydolabileceği gibi öngörüler, ülkemizde ve dünyada tarafların aile hekimliğinden algıladıklarıyla farklı olduğunu ortaya koyacaktır Eski filmlerde görülen “ailenin doktoru” ile bu kavram arasında içerik yönünden ciddi farklılıklar vardır.
- Ülkemizde sağlıkta var olan eşitsizlikleri gidermeye uygun bir hizmet sunum modeli değildir.
- Bulaşıcı hastalıklar, süregen hastalıklar, ruhsal hastalıklar ve verem gibi sosyal hastalıkların var olan özel denetim programları, aile he-

kimleri aracılığıyla özelleştirilmiş birinci basamak sağlık örgütüyle zaafa uğrayacaktır.

- Ülkemizde başlıca-en önemli sağlık sorunlarını tespite yönelik sürekli toplumdan veri toplayan sağlık ocakları kapatıldığı için duran-aksayan veri akışı, aile doktorlarının muayenehanelerinden gönderecekleri verilerle karşılanamayacak, sağlık sorunları için öncelik ve önem sıralaması yapılamayacak, dolayısıyla halkın sorunlarını ön-çeleven bir kaynak tahsisi, bu sorunları çözmeye yönelik bir tıp eğitimi yapılamayacaktır.

Toplumun yeniden üretilmesi hedefi, bölgeler arasındaki gelişmişlik farklarının, kıır-kent ayırımının giderilmesi, çeşitli bölgelerde yaşayan insanların kalkınmanın getirilerinden (eğitim, sağlık, refah), ekonomik ve toplumsal hizmetlerden gereksindikleri kadar yararlanmalarını kapsar. Bu dayanışma sağlanmadığında toplum kesimleri birbirine yabancılaşır; toplumda gerilim, çatışma ve çözülme ortaya çıkar. Toplumun hiçbir kesiminin yoksullaşarak toplumsal yaşamdan dışlanmasına olanak vermeyen, bütünleştirici politikalar çözülmenin tek alternatifidir.

TTB Halk Sağlığı Kolu

Hazırlayanlar:

Muzaffer Eskiocak, Evin Aras, Aslı Davas

Katkıda Bulunanlar:

Mehmet Zencir, Nilay Etiler, Mehtap Türkay, Hatice Giray, Alpaslan Türkkan, Işıl Ergin, Eriş Bilaloğlu, Fiğen Şahpaz, Şefkat Bahar Özvarış

Atölye Çalışmasında Sunulan Metinler

Raporun bu bölümünde atölye çalışmasında yürütülen tüm tartışmalar herhangi bir müdahale olmaksızın aktarılmaya çalışılmıştır. Her başlık/soru altına ilk önce katılımcının TTB'ne gönderdiği yanıt metni eklenmiştir. Konuyla ilgili diğer katılımcıların farklı katkılarına her bir metnin sonunda yer verilmiştir

BİR BİRİM OLARAK AİLE VE SAĞLIK

Aile sorunlarla nasıl başa çıkma yolları kullanır? Sağlık bu sorunlar arasında özellikli bir alan mıdır? Demografi bilimi ve sağlık ışığında değerlendirir misiniz?

*Mümtaz Peker
Demograf, Emekli, İzmir*

NÜFUSBİLİM-TOPLUM SAĞLIĞI İŞBİRLİĞİ ÜZERİNE DÜŞÜNCELER

Giriş: Ülkemizde 1960'lı yıllarda nüfus ve sağlık konusundaki bilgi eksikliğini gidermek amacı ile nüfusbilim-toplum sağlığı arasında işbirliği oluşturuldu. Bundan amaç; götürülen sağlık hizmetini değerlendirmek, toplumda bu konuda görülen yeni sorun alanlarına özgü çözüm üretmek ve bütüncül sağlık hizmeti planlamasına yönelik olmak üzere geçerli, güvenilir veri toplayarak, toplumun sağlığını iyileştirecek politik tutumlara yol göstermek şeklinde özetlenebilir.

Bu amaç çerçevesinde ülkemizde nüfus ve sağlık konusundaki bilgi eksikliğini yerel ve ulusal değişik çalışmalar ile giderilmeye başlandı. İlk olarak politik tercih olan 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalizasyonu Kanunu ile Sağlık Ocağı temelinde yerelde başlamak, giderek ulusalı kapsayacak biçimde veri toplanılmasına başlandı. Bu tür çalışmanın zaman alacağı ve sorunun öneminden ötürü değişik nüfus araştırmaları yapılan ve günümüze kadar beş yıl ara ile yenilenen nüfus ve sağlık araştırmaları sonucu ülkemizde önemli bilgi birikimi oluştu. Öte yandan nüfus kayıt sisteminin iyi işlemediği ve nüfus-sağlık sorunları için gerekli bilginin üretilmediği ülkemizde sorunun öneminden ötürü geniş örnekli nüfus araştırması da 1965-1966 yıllarında gerçekleştirildi.

Bu özgün çalışmaların yanı sıra ülkemizde genel nüfus sayımları, temel sağlık sorunlarını ve içgöçün yapısını saptayacak sorular eklenerek beş yıl ara yapılırken; kamu, tüm nüfusun kaydını temel yönetim sorunlarını çağdaş biçimde çözümlenebilmek amacıyla merkezi nüfus kayıt sistemini geliştirmeye başladı.

Sanayileşmekte olan ülkeler arasında 1960-2005 döneminde bu denli sürekli, güvenilir ve geçerli nüfus-sağlık verisi olan ülke sayısı çok az. Daha ilginç, dönemin (1960'larda) sağlık hizmetini herkese yaşadığı yerde eşit ve ücretsiz sunma görevini kamusal sorumluluk gören sosyal devlet anlayışını politik tutum ve davranış konumuna getiren ülke yok. Ülkemiz bu tutumu ile yalnız gelişmekte olan ülkelerden farklılığını değil, gelişmiş ülke modellerinin ülkemize uygun olmadığını da altını çiziyordu. Kabaca kırk yılı aşan bu uygulama sonunda ülke olarak geldiğimiz noktanın kaba bir değerlendirmesini yaptığımızda şunları söylemek olası:

1. Üretilen bilgiler ışığında, bunlardan yararlanma ve ülkemizin sorunlarını çözmek için siyasal iktidarların nüfus ve sağlık konusuna gerekli ilgiyi,

parasal desteği ve bu alanda çalışmalarını özendirici tutumu göstermediği çözüm için ortak akli arama gibi bir amaçları olmadığı görülmekte.

2. Siyasal iktidarların tutumu bununla kalmamakta. İdeolojik uyumsuzluk gerekçesi ile merkezin (IMF, Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü) görüşleri ve örgütlenme biçimini, kendimize özgü örgütlenme biçimi ve bunun kavramlarını zaman içinde eriterek, birinci basamak sağlık hizmetleri örgütlenme modelimizin yerine getirilmek istenmekte.
3. Bu dönemde toplanan değişik verilerin yeterli düzeyde analiz edildiği, yeni analiz tekniklerinin geliştirildiği ve nüfusumuzdaki değişime özgü kuramsal düşüncelerin kurgulanarak politik tutum ve davranışlara yol gösterici biçime getirildiği söylenemez.

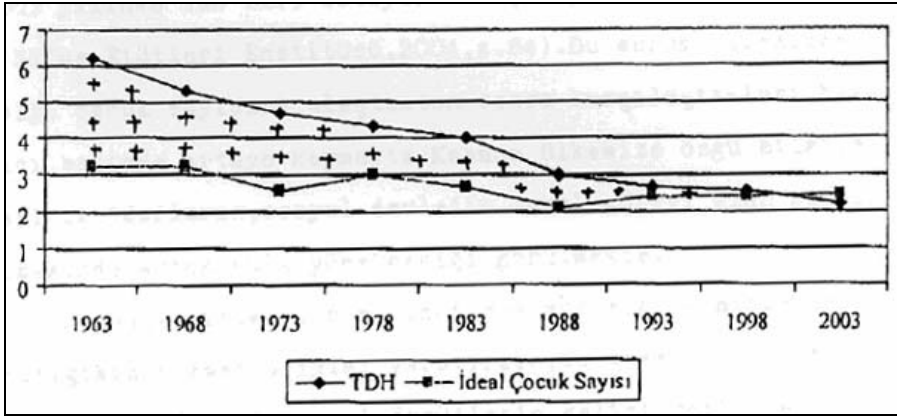
Değerlendirmelerin Tartışılması: Yukarıda savladığımız görüşleri dönem verileri ile tartışmak ve günümüz için ne yapılması konusunda düşünce üretmek temel amacımız olmalı. Günümüzde gelinen nokta, merkezin görüşlerini temel alarak, toplum sağlığı konusunda çağdaş uygulama yapılacağı şeklinde. Bunların nüfusbilim-toplum sağlığı bağlamında ülke verileri ile test edilmeden temel doğru olarak algılanması ve uygulanması acaba ne derece doğru bir politik tutum olabilir?

1- Ülkemizde 1963-2003 yılları arasında nüfus-sağlık konularına ve bunun getirdiği sorunlara olan ilgi toplumun değişik kesimlerinde farklı biçimde oluştu. Ailelerin nüfus-sağlık konusundaki istem ve uygulamaları ile hükümetlerin halkın istemleri doğrultusunda belirgin bir politika uygulamaması, ülkemizin önemli bir sorununu oluşturdu. Bunun çarpıcı örneğini ailelerin ortalama ideal çocuk sayısı (ÖİÇS) ile toplam doğurganlık hızı (TDH) karşılaştırması ve dönem içinde yapılan isteyerek düşüşlerin, 100 canlı doğuma göre olan sayıları oluşturmaktadır.

1963-2003 döneminde yapılan araştırmaların iki bulgusu önemli. Buna göre aileler, yıllara göre aile üye sayısı azalan, küçük aile normunu benimsediklerini belirtmekte. Ne var ki bu istemlerini gerçekleştirmek için dönem boyunca zorlanmışlar ve son beş yıl hariç başarılı olamamışlar. Dönem boyunca bu istemlerini gerçekleştirmek için isteyerek düşüşü, doğurganlığın düzenlenmesinde yaygın bir yol olarak uygulamışlar.

Ülkemizde ailelerin ÖİÇS ile TDH arasında 1963-1998 döneminde anlamlı bir farklılık

görülmekte. Aileler gerekli sağlık hizmetine ulaşamadıkları için, istediklerinden daha fazla çocuk sahibi olmak durumunda kalmışlar. Başka bir anlatımla, nüfus-sağlık bilimcilerinin ortak olan başarısız sosyal devlet sağlık hizmeti açığı şeklindeki taralı alan olarak karşımıza çıkmakta.

Şekil 1. Toplam Doğurganlık Hızı ve Ortalama İdeal Çocuk Sayısı, 1963-2003

Kaynak: Ünalın (1992), Ünalın ve Yavuz (2004)

Ülkemizde 1998-2003 döneminde, sanayileşmiş ülkelere özgü bir doğurganlık örüntüsü oluştu. Aileler, ideal buldukları çocuk sayılarının altında çocuk sahibi olmaya başladı. Bu olayı yorumlama farkı hemen görüldü. Sözelimi günümüzün Sağlık Bakanı "... bakanlığımız artık aile planlaması ve nüfus planlaması gibi konularla uğraşmayacaktır. Bunları yerine sağlıklı üreme konularına ağırlık verecektir" açıklamasını yaptı. Ne var ki Sağlık Bakanı, Bakanlığının 2005-2006 yıllarında destek verdiği, üreme sağlığı programı çerçevesinde yürütülen ulusal anne ölümleri çalışması bulguları doğrulamadı. Anne ölüm nedenleri içinde, gerekli aile planlaması hizmetine ulaşamamaktan ötürü ölen anne oranı yüzde 4.2 olarak bulundu. Bu hız Avrupa Birliği ülkeler ortalamasının dört katını oluşturuyordu. (Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2006, s. 79-80).

Aile planlaması hizmetini, kurulu sistem içinde sunmadığınız takdirde anne ölümlerinin artacağı araştırmanın temel bulguları arasında. Götürülmeyen hizmet açığını, yeterli kaynak ayrılmayan kurulu sisteme yüklemek ve merkez ülke denetimli uluslararası örgütlerin söylemini öne çıkarmanın bir anlamı olmasa gerek.

Ülkemizde aile planlaması hizmet açığının ikinci göstergesi 100 canlı doğuma karşılık, isteyerek yapılan düşüklerin yaygınlığıdır. Türkiye'de OİÇS ve TDH'nin dönüşüm geçirdiği 1993-2003 döneminde doğurganlık kuşağındaki kadınların 100 canlı doğuma karşılık, 1993'de 18, 1998'de 14.5 ve 2003 yılında ise 11.3 isteyerek düşük yaptırdıkları görülmekte. (Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2004, s. 84). Bu durum ülkemizde ailelerin istediği çocuk sayısına ulaştıktan sonra karşılaştıkları hizmet açığını çarpıcı biçimde ortaya koymakta. Kabaca ülkemize özgü bilgilerin ışığında siyasal iktidarların, sosyal devletin temel görevi olan sağlık hizmeti sunulmasında ortak akla yönelmediği görülmekte.

2- Siyasal iktidarlar birinci basamak sağlık hizmetlerinde yukarıda belirttiğimiz açığını yaratırken, bu modelin kavramlarına karşı merkez ülke ve denetimdeki örgütlerin geliştirdiği kavramları zaman içinde hayata

geçirme başarısını da gösterdi. Bunun ilginç örneklerini nüfus alanındaki kavram değişimi ve sağlık hizmetleri uygulamasındaki davranış değişikliği göstermekte. 1960 yıllarında getirilen sağlık hizmeti modeli ve nüfus yasaları sorunun çözümü için bütüncül bir anlayıştan hareketle geniş anlamli nüfus politikasından hareket ediyordu. Bundan amaç; nüfusun büyüklüğünü, artış hızını, mekansal dağılımını etkileyen nüfus dinamiklerini (doğum, ölüm ve göç) etkilemek suretiyle, toplumun daha üst yeni bir dengede ekonomik, sosyal ve diğer hedeflere ulaşmasını sağlamaktı. Ne var ki bu amacı içine sindiremeyenler, konunun yalnızca doğurganlık boyutunu ele aldılar ve politikalarını buna göre biçimlendirdiler. Böyle hareket etmekle, kısa zamanda nüfus değişkenlerini doğrudan ve dolaylı biçimde etkileyecek önlemler, programlar devreden çıkarılmaya başlandı. Kısa zamanda konuya olan ilgisizlik sorunu ulusal düzeyden, aileden yani aile planlaması konumuna getirdi.

Hızlı nüfus artışı ile yakından ilgisi olan istihdam ve içgöç konuları henüz yeni sorun alanı olarak algılanmadı. Bir noktada dış göç bunda etkili oldu. Ancak hızla artan nüfusun büyük bir kısmı kentlerde yaşamaya başladığında görülen ekonomik ve sosyal sorunlar ülke gündeminde ilk yerini almaya başladı.

1960-1980 döneminde süregelen kır-kent göçü, 1980 sonrasında kent kent göçüne dönüştü. Ülke nüfusunun büyük bir kısmının kentlerde yaşamaya başladığı görüldü.

Nüfus değişiminin etkilerinin görüldüğü 1960'lı yıllarda kırsal nüfus ağırlıklı olarak düşünülen sağlık örgütlenmesinin dönüşüm içinde nasıl bir yapıya kavuşması gerektiği siyasal iktidarlar tarafından tartışılmadı. Siyasal iktidarların getirdiği yenilik, götürülen hizmetin katkı paylı olması ve kentlerde piyasa koşullarının önünün açılması oldu.

Sosyal devletin başarısız olan sağlık hizmet açığını aileler herhangi bir biçimde piyasa koşullarında çözüme kavuşturmaya başladı. Bunun örneğini, isteyerek düşüğün, doğurganlığın düzenlenmesinde yasal yolunun açılması oldu. Yapılan araştırma bulgularına göre, yasak olan isteyerek düşük yaptırma davranışına katılan aile ve hekim sayısı tahmin edilenin çok üzerinde seyrediyordu.

Dönem başında (1960) kırsal ağırlıklı olan nüfusun mekansal tercihi 2000'li yıllarda kentsel ağırlıklı konuma gelince, dönem başı için kurgulanan ve uygulanan model bir kenara itilmeye başlandı. Ne var ki kırk yılı aşkın birinci basamak sağlık hizmetlerini özverili biçimde sunan sağlık ekibinin hizmet doyumu ve hizmetten yararlanan toplumun memnuniyeti, istemleri bağlamında sistemin bir değerlendirmesi yapılmadan, kaynakların kıt olduğu ülkemizde salt ideolojik uyumsuzluk ya da merkezin (IMF, Dünya Bankası v.b.) görüşleri doğrultusunda şimdiye değin yapılanlar her şeyi ile bırakılmak istenmekte. Değişik ülkelerde farklı sorun yaratan bir sistem; kuramsal açıklaması, gerekçesi ve ekonomik boyutu araştırılmadan ülkemize "pilot yasa" dayanaklı tek il uygulamasını ülke geneline kutsal aile kavramına atıfta bulunarak "aile hekimliği" olarak genelleştirmek istenmekte.

3- 1960'lı yıllarda Türkiye'nin doğurganlık düzeyinin, ülkenin sağlıklı bir şekilde kalkınması yönünden sakıncalar doğuracak ölçüde yüksek olduğu açıktı. Dönemin kabul gören anlayışına göre ailelerin istedikleri doğurganlık düzeyine ulaşılması halinde, daha iyi bir ekonomik büyüme hızı sağlamak, işsizlik ve içgöçün yeni sorun alanı oluşturmadan çözümlenmek, eğitim-sağlık koşullarını çağdaş konuma getirmek, gelir dağılımını düzeltmek, aileleri daha iyi tüketim, konut ve yerleşim yeri sorunları çözümlenmiş yeni bir toplum düzenine kavuşturmak mümkündü. Bunun için temel varsayım; ülkemiz için daha düşük bir nüfus artış hızının sosyal ve ekonomik yaşamda sağlıklı bir gelişme yaratacağı şeklindeydi. Siyasi güçler, dönemin sosyal devlet anlayışı gereği doğurganlığı düzenleyici hizmetleri sunarak, bu gelişini sağlayabilirdi.

1965 Sonbaharında yönetime gelen liberal düşünceli yönetim, ülkenin yüksek olan doğurganlık düzeyinin, sosyo-ekonomik değişime göre azalacağını söylüyordu. Bunun için ülke kaynaklarının piyasa koşulları içinde daha hızlı getirisi olacağını düşündükleri sanayileşme için ayırmaya başladılar. Sanayileşmenin gelir düzeyini yükselttiği, eğitim olanaklarını arttırdığı, kentleşmeye yol açtığı, sosyal güvenlik kurumlarının gelişmesini sağlayacağı için doğurganlığı düşüreceği görüşü ileri sürüldü. Ancak bu süreci ne kadar bir zaman alacağı konusunda etkin bir söylem yapılmadı. Türkiye'nin hızlı nüfus artışının sürdüğü 1950-2000 döneminde karşılaştığı yeni sorun alanları, sorunun çözümünü sürekli ötelerken, çözüm için toplum olarak daha fazla kaynak ayırmamızı zorunlu kıldı.

Piyasa koşullarını temel alan sanayileşme politikalarının sürdüğü dönemde, bunun etkilerinin doğurganlık ve nüfus artışına olan etkilerini çoklu değişkenler ile yerel ve ulusal düzeyde gösteren özgün çalışmalar nüfusbilimciler tarafından üretilmedi. Yapılan çalışmalar, birbirini tekrarlamaktan öteye geçemedi. Bu nedenle siyasal iktidarların güttükleri politikaların etkileri konusunda bilim çevreleri, nüfus baskısı konusunda toplumu yanlarına alamadı. Daha ilginç, nüfus dinamikleri çerçevesinde ülke gerçeklerine ters düşen düzenlemelere ses çıkarılmadı. Bunun çarpıcı iki örneği güvenlik kurumu uygulamalarında görüldü. İlk olarak doğuştan ve belli yaşlardaki yaşama ümidinin yükseldiği ülkemizde, çok erken yaşta emekli olunmasına ne bilim çevreleri karşı çıktı ne de bürokrasi ve sivil toplum kuruluşları. Böylece Türkiye, dünyada nüfus dinamiklerinin getirdiği değişimden ötürü, çalışılan süreden fazla emeklilik dönemi yaşanan ülke konumuna geldi. İkinci örnek ise sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında birleştirme yasaının dayanağını, Güney Asya ülkeleri için liberal iktisat okulunun geliştirdiği "fırsat penceresi" görüşüne dayandırılmasında görüldü.

Ülkemiz gerçekleri ile örtüşmeyen görüşün, doğurganlık yanlısı bir siyasal iktidar tarafından yasa gerekçesi oluşturması tam bir tutarsızlık örneğini oluşturdu. Öte yandan gerek ülke gerekse uluslararası örgütlerin verileri, ülkemizdeki değişimin "fırsat penceresi" olgusundan farklı biçimde oluştuğunu göstermekte. Örneğin OECD, Türkiye'de 15-19 yaş grubundaki işsiz ve okumayanların bu yaş grubu toplam nüfusun oranını erkeklerde yüzde 25, kadınlarda yüzde 47 olarak vermektedir. Ayrıca günümüzde cinsiyet ve yaşa göre işsizliğin kentlerde ulaştığı düzey nerede ise Cumhuriyet Dönemi ilkelerini oluşturmakta. Bu koşullar çerçevesinde

çalışanlar açısından emekli olmak için gerekli koşulların nasıl yerine getirileceğinin ciddi nüfusbilimsel analizi hiç bir kişi ve kurum tarafından yapılmadı.

Kaba başlıklar altında ülkemizde ele aldığımız dönem içinde:

- Doğurganlığın düşmesinin yararlarının ekonomik bir değerlendirilmesinin farklı kabullenmeler çerçevesinde yapılmaması,
- Doğurganlığın düzenlenmesi için yapılan uygulamaların ekonomik ve sosyal politikalar ile ne denli bağdaştığının tartışılmaması,
- Ülkemizde hala yüksek olan bebek, çocuk ve anne ölümlerinin düşürülmesi başlı başına önemli bir sağlık hizmeti gerektirdiği halde, konunun nüfus-sağlık bağlamında tartışıldığı çok değişkenli bir çalışmanın eksikliği,
- Kadının temel eğitiminin eksikliği yanında, onun toplum içindeki sosyal konumunu değerlendiren, doğurganlık düzenlemesinin yararlarını gösteren ve toplumca benimsenen değerler etrafında birleşmemizi tartışan bir çalışmanın yokluğu,
- Siyasi iktidarlara yol gösterici olmak üzere doğurganlığın düzenlenmesinde doğrudan ve dolaylı önlemlerin neler olması gerektiğini tartışan, getirilecek yasalara dayanak olabilecek nüfus önerileri ve kuramlarına ulaşılamaması temel bilimsel eksikliğimizi göstermekte.

Aile Hekimliği, sağlık hizmeti götürdüğü topluma ilişkin herhangi bir bilgi toplama, bunları düzenleme- sınıflandırma ve gelecekteki değişim için herhangi bir çözümlenme yoluna gidecek midir? Modelin böyle bir sorunu var mı? Bildiğim kadarıyla her bir hekim için saptanmış hedef aileler kurulmuş bir birim olarak düşünülerek, atanan hekimin bu ailelere sağlık hizmeti götürmesi planlanmış. Burada iki sorun var. Aile kurumu dışı nüfus ne olacak? Ailenin gelecekteki değişimine göre aile içi dinamikler ve hayati olaylar bağlamında hizmet planlaması nasıl yapılacak? Belki Aile Hekimliğini kurgulayanların kafasında yanıt var. Çünkü onlara göre aile, kurum olarak bugünkü konumunu sürdürecektir. Değişik flört ya da birliktelikler ile babasız çocuk sahibi olanlar ile doğan çocukların baba tarafından büyütüleceği biçimler yanında iki kadının-erkeğin birliktelikleri onların ilgi alanı dışında kalıyor. Getirilen model, nüfus-tıp işbirliğini bir kenara iterek nüfus-sağlık sorunlarını değerlendirme, yeniden bilgi üretme, yeni sorun alanlarına göre yeni hedefler saptama konusunu gözardı etmiştir. Bildiğiniz gibi kurum olarak kabul ettiğimiz aile üzerine; “Yorgun kurum:Aile”, “Aile Kurumu Nereye Gidiyor?”, “Aileye Alternatif Kurumlar mı, Topluma Egemen Olacak?” v.b. başlıklı araştırmalar ile sürekli ve yoğun bir tartışma yapılmakta. Böyle bir model ile ülkemizin değişimini yakalamak ve sağlıkta ortaya çıkabilecek yeni sorun alanları ile baş edebilmek acaba mümkün mü? Modelin kabullenmesine göre tanımı yapılmış aile toplumun temelini oluşturuyor. Bunlara sorun çözücü hizmet verirse, konu çözümlenecek. Peki toplumdaki ilişkiler, modelin tanımladığı gibi sürekli örtüşecek mi? Toplumsal ilişkiler böyle olmadığını gösteriyor. Aile kurum olarak bir yerde duruyor. Fakat gerek ailenin üretimi olan çocuklar, gerekse aile üyelerinin kurum dışı cinsel ilişkilerinden olanları toplumda başka bir yerde yaşamıyor ki! Bunlar günümüzde ve gelecekte yepyeni sorun ve hastalıklar ile hem

de hekim hizmetini dışlayan biçimde sosyal sistemimizin bir parçasını oluşturacak. Getirilen model, aile hekiminin görev alanını tanımlamış. Tanım dışı kalan ve gerçekten büyük bir hizmet gerektiren bu kitle ile kim ilgilenecek? Sağlık hizmetinde bütüncül yaklaşımı dışlayan, değişimin gerisinde kalacak kabullenmesi ile parçalı hizmet anlayışını getiren model, çağdaş olabilir mi?

Getirilen modelin kendi, içinde bilgi üretici olması, özellikle nüfus-tıp alanındaki işbirliğini sonlandırma amacı açıktır. Ne var ki bu ikilinin işbirliği ile Türkiye’de nüfus-sağlık alanındaki birçok bilinmezi değişimle ortaya koymamız günümüz ve gelecek için kaçınılmaz bilimsel bir tutumdur. Sözgelimi yaş/ cinsiyet /meslek/ bölge/ yerleşim yerlerine göre ülkemize özgü yıl temelindeki ölüm hızları kaynaklı hayat tabloları ve bunlardan hareketle gelecek için bu değişkenler temelinde nüfus tahminlerine ne kadar ihtiyacımız olacağı açık değil mi? Bildiğiniz gibi tek şemsiye altında topladığımız GSS’ı yasaşının gerekçesini bile nüfus bilimin “fırsat penceresi” görüşüne dayarken, nedense veri yokluğundan ötürü ülkemizin çelişkilerini ve uygulamanın toplum gerçeklerine ne kadar ters olduğunu nüfus-sağlık ve ekonomi-sağlık temelinde ortaya koyamıyoruz. Bu bilgiler çerçevesinde aşağıdaki konu başlıkları bağlamında iki görüşü kabaca tartıştığımızda getirilen modelin ne kadar gerçeklerden uzak olduğu görülmektedir.

| Konu Başlığı | 224 Sayılı Yasa | Aile Hekimliği |
|---|---|---|
| Toplumsal değişme ve aile kurumundaki değişim | Nüfus-sağlık işbirliği ile toplumu sürekli izleme ve yeni sorun alanlarını saptama, çözüm önerileri ile bunun maliyetini bulucu | Ailenin bugünkü durumunu koruyacak varsayımını yapıyor, sorun çıkarsa nüfusbilimle işbirliği yapacak |
| Kendi hizmetini değerlendirme | Nüfus-sağlık araştırmaları götürülen hizmeti her yönüyle değerlendirirken, değişime göre yeni hizmet türlerini geliştirme için işbirliğini öneriyor | Böyle bir sorunu kendisi için amaç edinmemiş |
| Sağlık hizmetinin bütüncül-parçalı model oluşu | Sağlık hizmetini değişik yönleriyle farklı bilimlerin ortak kurgu alanında bütüncül çözümünden yana . Yeni sorun alanlarına maliyet büyümeden çağdaş hizmeti planlama anlayışı içinde | Sorunu tek örgütle çözümleme temel amacı.Yeni sorun alanlarına göre yeni örgütlenme kuracağı ve pahalı çözümler getireceği açık |
| Çalışanların iş doyumu, yapılan işi yeni sorun alanlarına göre büyütmek | Sağlık hizmetinin lideri konumundaki hekime, ekibindeki kişilerin işbirliğini sağlama, hizmet sürecinde sorunlara yeni çözümler getirici ve yarın için yeni şeylerin tüm ekiple birlikte kurgulanması kaygısına itmekte | Hekim belirlenen alanda her gününü Şarlo’ nun “Modern Zamanlar”daki sanayi işçisi gibi geçirmek zorunda kalacak. İşten doyumu azalacak. |
| Buluş ve bilime katkı | Durulmuş-kararlı nüfusa ulaşma süreci ve bu süreçte sağlık hizmetlerinin her yönden değerlendirilmesinin modellenmesi çalışması, bunun için yeni teknikler geliştirmesi olası. Bunlar nüfus geçiş kuramının ikinci evresini yaşayan çoğu ülkeye örnek olabilir. | Böyle bir sorusu yok |

Ülkemizde göçe dayalı kentsel yaşamda göç veren ve alan kentler bağlamında ailenin sorunları farklılaşmakta. Bunun temel nedeni ülkemizde kentleşme ile kentleşme arasında doğrusal ilişki yokluğundan kaynaklanmakta. Özellikle göç veren küçük kentlerde aile bir çöküş süreci içine girdi. Öte yandan 1980 sonrası zorunlu-gönüllü göçle nüfusu artan kentlerde, yeni göçmenlerin, eski göçmenler tarafından dışlanması, bu kentlerde yeni göçmen ailelerinin çöküşünü, onların kentle bütünleşmesini büyük ölçüde etkiledi. Göçün kalkış ve varış noktasında yaşanan sorunlar işsizlik ve gelirsizlikten büyük ölçüde etkilenmekte. Dr.N.Eren, “iş ve parası olmayan adam zaten hastadır” derdi. Buna göre topluma, sosyal devletin yeni refah kurumları ile yeni sağlık hizmeti açılımları sunulması gerekli. Özellikle kalkış ve varış noktasındaki aile üyelerinin yaş yapısı ve ölümlülük örüntüsü yeni refah kurumlarının her yerde benzer hizmetleri üretmemesi gerektiğini göstermekte. Sözelimi kalkış noktasında yaşlı ve çocuklarının göçe katıldığı ailelerde, topluluk değerleri öne çıkarılmakta, sağlık sorunlarının nedeni ve çözümü için farklı yerlerden beklentiler artmakta. Giderek hekime gitme, sağlık hizmetine ulaşma değerleri, dinsel ağırlıklı topluluk değerleri ile çatışma süreci içine girdi. Ülkemizi bu kısır döngüden kuramsal kesimde belirttiğim değerlerden ötürü 224 sayılı yasa gereği çalışanlar kurtarabilir. Aile hekimliği böyle sorunlar karşısında gerçek bir başarı sağlayamaz. Dahası aile ve toplumu statik bir anlayışla gören aile hekimliği modeli, sağlık hizmeti sunmakla görevlendirdiği hekimleri bu yerleşmelerde kısa ve orta dönemde bunalıma sokabilir. Bu eleştiriyi Şarlo zamanında yaptı.

Göçün varış noktasındaki sorunlar ise kalkış noktasına göre daha farklı ve karmaşık boyuta gelmekte. Kentte bir taraftan öbür tarafa farklı yaşamlar görülmekte. Sözelimi ideal ve istediği çocuğa kavuşmuş, sistemle bütünleşmiş, farklı gelir düzeyindeki ailelerin, ülkemizin nüfusunun durağanlaşmaya gittiği süreçteki sağlık hizmeti talepleri değişmekte. Öncelikle her yaştaki hayat beklentisinin arttığı bu grupta orta yaş ve yaşlı nüfus için yeni sağlık hizmeti türlerini şimdiden hem hekim eğitimi ve hizmeti hem de refah kurumları açısından zaman geçirmeden oluşturmamız kaçınılmaz.

Kentte önemli sağlık sorunu kentle bütünleşemeyen, dışlanan ve kentsel yaşamı en ağır koşullarda yaşayanların bu süreçteki değerleri, davranışları ve daha kötüsü sağlık sorunları için sağlık hizmetini çözüm olarak görmeyenlerin farklı mekanlarda farklı biçimlerde artışı ile ortaya çıkacaktır. Kentin belirli noktalarındaki bu yaşam, kentliler ile ilk göçmenler tarafından sürekli bir dışlanmışlıkla betimlenirken, sağlığa çok sektörlü yaklaşımı savunanlar tarafından ise yeni sorun alanı, sağlık sektörünün yeni işlev ve yetkilerle donatılarak çözüm getirilmesi gereken bir sağlık problemi olarak görülecektir. Ne var ki problemi, bildiğimiz teknik ve yollarla çözüme kavuşturmak zor. Çözüm mutlaka yeni teknikler ve yöntemleri zorunlu kılmakta.

Hiç şüphesiz belli sayıdaki aile ile uğraşması istenen aile hekimleri bu süreçte kentliler ve ilk göçmenler gibi davranacaktır. Ta ki sorun kendi kapısını yumruklayana kadar. Ancak o zaman vakit çok geç olacaktır.

Son çözüm: Sağlık Bakanlığının desteklediği “Anne ölümleri” araştırması bulgu-

su “Ülkemizde 15-49 yaşlarındaki kadın ölümlerinde gebeliğe bağlı nedenlerin %4.2 ile beşinci sırayı aldığını göstermekte. Böyle sonuçlar karşısında bile “Bakanlık olarak aile planlamasına gerek duymuyoruz” diyen mesleği hekim olan bir siyasetçi mantığı ile ülkemizin sağlık sorunlarının çözüme kavuşturulmasının zor olduğu kanısındayım. Nedeni açık. 224 sayılı yasa ile kurulmuş örgütlerin özverili çalışması olmasaydı gebeliğe bağlı ölüm hızı ülkemizde acaba ilk sıralara gelmez miydi? Düşünmek bile istemiyorum.

Sonuç ve Öneriler: Ülkemizde kırk yılı aşkın sürede uygulaması yapılan sağlık örgütlenmesine seçenек oluşturulan aile hekimliği iki ilimizde yıl temelinde değerlendirilmesi yapılacak süre uygulandı. Nüfus-sağlık ilişkisi çerçevesinde burada ilk olarak iki hizmet örgütlenmesinin genel bir fayda-maliyet analizinin yapılarak, bundan sonra sürdürülecek politik tercih benimsenmeli. Hiç şüphesiz fayda-maliyet analizinin alt ögesi olarak her iki uygulamada çalışan sağlık ekibindekilerin ayrı ayrı iş duyumu ve mesleki güvence endeksi ile hizmetten yararlanan nüfusa ilişkin “insani gelişme endeksi” çalışması tarafsız bilim kurulunca yapılmalı ve analiz edilmeli.

Türkiye'nin nüfusbilim-toplum sağlığı ilişkisinin ortaya koyacağı ve günümüzde farklı sektörler tarafından istenen hayat tablosu ve nüfus tahminlerini oluşturacak, ülkemize özgü verilerin hangi sistem tarafından güvenli biçimde üretileceği tartışması yapılmalı.

Günümüzde çağdaş toplumun bir üyesi olmak, çağdaş toplumun gerekli gördüğü bilgileri üretmekle olası. Uluslararası karşılaştırmalarda ülkemizin karşısında bir yıldız ya da bilgi yok notunu sürdürmenin artık bir anlamı yok. Değişik sektörler için gerekli olan bu bilgilerin de günümüzde istenen biçimde güvenli-geçerli olarak, tartışılan iki sistemden hangisi tarafından üretilebileceği ortaya konulmalı ve çalışmalara başlanılmalı.

Sağlık planlayıcısı söz konusu bilgilere ulaştığında, götürülen hizmeti test etmek ve yeni sorun alanları için gerekli politik tutum ve davranışın ne olacağı konusunda zorlanmayacaktır. Unutmamamız gereken davranışının bizim sorunlarımızı, bizim kadar kafa yormayacağı ve ilgi duymayacağı gerçeğidir. Bu nedenle nüfusbilim-toplum sağlığı işbirliğinin geliştirdiği ve ülkemizin gerçeğini oluşturan bilgi setini kesintisiz sürdürülmesi kaçınılmazdır. Köklerinden koparılmış ve verisiz toplumların tarihselliği olamaz.

Kaynakça:

1. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü (2006) : Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005 Ankara.
2. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü (2005) : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, Ankara.
3. ÜnalınT. ve Arkadaşları (2005) : “Doğurğanlık Tercihleri” Türkiye 2003 Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Raporu, Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü yayını, Ankara.

Tartışma tutanağı

Mümtaz Peker:

Görebildiğim kadarıyla 1950'li yıllardan itibaren fizik, kimya gibi bilim dalları biyofizik gibi ortak çalışma alanları yaratarak sanayide büyük gelişme yarattılar. Bu ortak alanları yaratan ülkeler çok daha fazla geliştiler. Sağlık ve nüfus alanında da ilk kez Türkiye'de Nusret Fişek Hoca bir araya getirdi. Fakat bu düşünce çok fazla finansal destek görmedi.

Toplum hekimliği ve AİLE HEKİMLİĞİ ayrı kavramlar Toplum sağlığı alanında götürülen hizmetin denetlenmesi, izlenmesini isterim.

Tüm nüfus bilimcilerin iki hedefi var, nüfus projeksiyonu yapmak. Çalıştırılmayan sağlık ocaklarından veri gelmediğinden bu yapılamıyor. Büyükşehir planı çıktıktan sonra 2030 yılında İzmir'in nüfusunun 6.4 milyon olacağına dair tahmin verilmiş, hayat cetvellerine göre ODTÜ çıkarmış. İzmir sağlık ocağının verilerine göre (yaşa özel, cinsiyete özel ölümleri modele koyarak) bizim yaptığımız çalışmada ise 4.4 milyon bulduk. Aradaki fark çok önemli. Bu da değişik disiplinlerle birlikte iş yapıldığında daha sağlıklı işler yapıldığını göstermekte. Bu bağlamda

1-Ortak çalışma alanlarını güçlendirmek gerek

Biz Türkiye olarak tıp alanında Nobeli, ancak sağlık hizmetlerini ucuza ve etkin sunacak modeli gerçekleştirebilirsek alabiliriz.

2-Bütüncül model çok önemli, aile hekimliği ise parçalı bir yaklaşım. Parçalı modelde bir sorun varsa onu sonra

3-Sosyolojinin temel konusu değişimdir. Her şey değişir. Teknoloji, sosyolojik yapıda değişiklikler mevcut. Tüm bunların ışığında Ailede değişecek. Siz kaç kişilik aileden geldiniz, planladığınız aile büyüklüğü ne? İstenmeyen düşüklerde en yüksek oran (%15 ile) aile olmayan birlikteliklerde. Yarın bu oran Avrupa'da olduğu gibi %30'lara çıkacak. Planlamamızı buna göre yapmalıyız.

4-Aile hekimliği Şarlonun filmindeki işçidir.

Ek soru: Sağlık hizmetlerinin planlanması, yeniden üretilmesinde sosyal bilimlerden yararlanmama. Aile hekimliğinin diğer bilimlerle ilişkisine ilişkin öneriler mevcut mudur?

Naciye Demirel:

Planlama yaparken hedef nüfusu bilmek çok önemli. Demografik verilerin oluşmasında nüfus sayımları çok önemli. Ancak sağlıklı veriye ulaşamıyoruz. Elimize verilen rakamların doğru olması konusunda biz İstanbul'da emin olamayız. Hem hızla göç alan, hem de iç göçü fazla olan İstanbul'da nasıl becerebileceğimiz konusunda sıkıntılıyız.

Aile kendi sağlığının belirleyicisi olabilir mi? Aile Hekimliği bu süreçte yeterli olabilir mi?

İnci User

Yrd.Doç.Dr. Sosyolog, Marmara Üniversitesi

Aile bireyin dahil olduğu temel gruplardan biridir ve üyelerinin yaşamlarının tüm yönleri üzerinde belirleyici etkisi vardır. Aile ilişkilerinin ve dayanışmasının ağırlıklı önem taşıdığı kültürlerde bu etkinin büsbütün güçlendiği belirtilebilir. Türk kültürü aileye önem veren bir kültürdür.

Sağlığın sosyoekonomik statü, yaşam koşulları, yaşanan çevre gibi toplumsal etkenleri arasında yakın çevre ilişkilerinin önemli bir yeri vardır: Bu ilişkilerin olumlu ve destekleyici nitelikte olmasının sağlığa olumlu yönde katkı yaptığı, böyle ilişkilerden yoksun olmanın ya da bunlarda çatışma, ihmal veya istismarla karşılaşmanın ise sağlığa zarar verdiği bilinmektedir. Yakın toplumsal destek ilişkileri içinde başat konumda olan ailenin sağlık üzerindeki etkisi bu bağlamda yorumlanmaktadır.

Medeni durum ile sağlık arasında net bağlantılar bulunduğu, yürüyen bir evliliğin erkeklerin sağlığına çok belirgin, kadınlarınkine ise kısmi olumlu katkı yaptığı, her yaş grubunda bekarların sağlık risklerinin evlilere kıyasla daha yüksek olduğu, boşanma ve eş kaybının hastalık, hastalık sonucu ölüm ve intihar risklerini her iki cins için de yükselttiği araştırma bulgularıyla ortaya konmuş olgulardır. Aile ortamı dışında yetişmek zorunda kalan çocukların hem fiziksel hem de davranışsal sağlıklarının ailelerince bakılan çocuklara kıyasla daha ağır risk altında olduğu da bilinir. Ruh sağlığı alanında, psikiyatrik sorunların tedavi sürecinin ardından olağan çevreye geri dönüşle birlikte yeniden alevlenmesi olgusundan hareketle, bireyi tek başına değil yakın çevresi, özellikle ailesi ile birlikte sağaltıma alma ilkesi ve bununla bağlantılı sosyal psikiyatri kuruluş ve pratikleri geliştirilmiştir.

Aile, yaşam tarzı ile bireylerinin sağlık durumlarını olumlu etkileyebildiği gibi, yaşanan sağlık sorunlarının büyük bölümü de aile içinde verilen bakım ve desteğe gereksinim göstermektedir. Özellikle kronik hastalıkların artış gösterdiği günümüzde aileler hastaların bakımında sağlık sisteminin yardımcı konumundadır.

Sağlığın geliştirilmesi için düzenlenen müdahale programlarında aileye ağırlık verilmesini savunanlar, ailenin şu özellikleri üzerinde durmaktadır: Çocuklar sağlık davranışlarını çoğunlukla anne-babadan almaktadır. Aile yaşamı çoğu durumda yalnız yaşamdan daha düzenli ve sağlık geliştirici pratiklerin yerleşmesi için daha elverişlidir. Nihayet, aile içinde bir kişinin alışkanlıkları (örn. sigara içmek) tüm grubun sağlığını etkilemektedir.

Öte yandan, ailenin kendi sağlığını geliştirmedeki rolü (aynen bireyinki gibi) **ancak sınırlı** bir roldür: Öncelikle, bireyler gibi aileler de sağlığı geliştirmek için gerekli bilgilerin tümüne sahip değildir. Bu bilgilerin onlara sunulmasının yararı da yine ancak sınırlıdır, zira bireyler gibi aileler de pek çok durumda optimal sağlık koşullarını (bilseler ve isteseler de) temin edemezler: Ekonomik ve sosyal koşulların baskısı pek çok aile için seçtiği değil sürüklendiği bir fiziksel ve ekolojik ortamda yaşamayı, riskli işlerde çalışmayı, yetersiz konut koşullarına tahammül etmeyi, yetersiz beslenmeyi, kimi sağlık gereksinimlerini ertelemeyi ya da görmezden gelmeyi dayatmaktadır. Ailenin kendi sağlığı için belirleyici olması tartışması ancak aileye belli yaşam koşullarının ve gerekli bilgilerin kazandırılması koşullarında anlamlı olabilir.

Ayrıca, ailenin önemi yadsınmamakla birlikte, aileyi adeta dokunulmaz bir birim olarak gören “aileci” (*familist*) ideolojinin sakıncalı yönleri de göz ardı edilmemelidir: Aile kimi zaman kendisinden beklenen olumlu işlevin tam tersini üretebilmektedir. Çocuklar, yaşlılar, kadınlar, hastalar ve özürülüler aileye bağımlılık rolünde daima iktisadi, duygusal, fiziksel ve cinsel istismara açıktır ve bu istismarın, pek çok toplumda yaygın biçimde görüldüğü bilinmektedir. Bireyin sağlık gereksinimlerinin görmezden gelinmesi, ertelenmesi, aile bütçesinin dışında tutulması bilinen bir istismar biçimidir. Başka bir deyişle, aile bilinçsizlik, ihmal ve istismar yoluyla kendi bireylerinin sağlığına ciddi zarar verme potansiyeline sahiptir ve diğer toplumsal ajanlar tarafından kontrol edilmesi gerekebilir. Sağlık alanında ailenin bakım sunucu rolünün fazla abartılması ise cinsiyete dayalı geleneksel işbölümü kalıplarını yeniden ürettiği için kadın hak ve özgürlüklerine zarar vermektedir. Toplumun ve devletin sorumluluğunda olan işler aileye bırakılmamalıdır ve kimi zaman kişinin ailesinden korunması gerektiği gerçeği unutulmamalıdır.

Sonuç olarak, ailenin birey sağlığı için sınırlı belirleyici bir rolü vardır. Bu rol, sağlığın korunması ve geliştirilmesinde aile birimine yönelik müdahale biçimlerinin önemini ortaya çıkartmaktadır. Ailenin bakım işlevinin abartılması ya da aile ‘özerkliği ve mahremiyetine’ ilişkin (bu birimin içinde oluşan patolojileri adeta ‘özgürlük’ kapsamına çeken) liberal yaklaşımlar ise bireylerin ve toplumun sağlığı açısından istendik sonuçlar vermeyen yaklaşımlardır.

Aile Hekimliği uygulamasıyla ilgili yasa taslağı ve Düzce’deki pilot uygulamanın değerlendirmesi incelendiğinde şu husus dikkati çekmektedir: Aile hekiminin rolü, ‘gerektiğinde’ alanda koruyucu hizmet vermeyi kapsar biçimde tanımlanmıştır. Pilot uygulamada görev yapan hekimler aile hekimliği merkezlerindeki hasta bakma işlemlerinin çok zaman aldığını, alanda çalışma için yeterli zaman bulamadıklarını, koruyucu çalışmaları ve aile planlaması hizmetlerini başvuranlara sunduklarını belirtmektedir. Bu durumda, raporlarda da belirtildiği gibi, çeşitli maddi ya da kültürel nedenlerle başvuruda bulunamayanlar (kuşkusuz öncelikle küçük çocuklar, yaşlı ve engelliler ve hem kültürel nedenlerle hem de çocuk, hasta ve yaşlı bakımı sorumlulukları nedeniyle eve bağımlı kalan kadınlar) koruyucu hizmetlerden pay alamayacak, tedavi içinse ancak ailenin güçlü üyelerinin uygun ve gerekli bulması halinde aile hekimlerine götürülecektir. Bu

durumda, özellikle muhafazakar kesimlerde ailenin ve sistemin yaklaşımları aile bireylerinin önemli bir bölümünü sağlık hizmetinden dışlama noktasında örtüşecektir.

Tartışma tutanağı

Ek soru: Kendi sağlığını belirleyemeyen aile, sistemin dışında kalır mı?

İnci User:

Sosyal dışlanma riskini beraberinde getirebilir. Dezavantajlılarda bu doğrudan gözlenebilir. Fakat bundan tüm bireyler de etkilenecektir. Ailenin bütünü de dışlanabilir. Şikayetlerini taşıyamadıkları zaman dışlanırlar.

Ek soru: Dışlanma engellenebilir mi?

İnci User:

Ailenin kendi sağlığını belirleyebilmesi büyük oranda sosyoekonomik gelişmişlikle ilgilidir. Eve giren para kısıtlıysa önce karın doyurulur, barınma sağlanır, sağlık alt sıralarda kalır.

Hakan Pehlivan:

Türkiye’de vatandaşa sağlığının belirleyicisi olma sorumluluğunu bırakmak doğru değil, çünkü sağlık vatandaş için, hasta olduğunda aldığı tedavidir. İyi doktor, istediği ilacı yazan, raporunu veren doktordur.

Aysun Özşahin:

Günde 100-150 poliklinik yapılıyor, ev gezileri kalmadı, aile adında var ama aslında gerçekte aileye kör bir sistem.

Cavit Olgun:

Bence toplumsal yapıyı da biraz göz önünde bulundurmamız gerek. Kapitalist ilişkilerin içindeki aile başka bir tanım, sosyalist toplumdaki aile başka. Biz mevcut modelimizle ne yapıyoruz? Mevcut sistem, aileyi bütüncül olarak ele alırken Aile Hekimliği, hem sağlık hizmetini hem de toplumsal birimleri bölerek sağlığı bireysel düzeyde ele alıyor. Aile hekimliği sadece bu ihtiyaçlardan bazılarını seçerek hizmet sunar. Aile hekimi sağlığı bireysel sorun olarak görür. İşsizlikle ilgilenmez, sağlığa ayrılan gelire kör. En önemlisi hem hizmeti hem toplumu birimlere ayırarak incelemesi ve sosyal hizmetlerden uzak olması.

Aile hekimliği, kentlerdeki/ ülkemizdeki aile tiplerinin sağlık gereksinimini karşılayabilir mi?

Seval Alkoy

Yrd.Doç.Dr. , Abant İzzet Baysal Üniversitesi Halk Sağlığı AD

Her insanın sağlık ve hastalığı açıklayış biçimi ve bedenindeki veya ruhsal durumundaki normal dışı belirtilere gösterdiği tepki farklıdır. Bu farklılık, kişinin içinde yaşadığı toplumun sağlık – hastalık anlayışı ile sağlık konusundaki bilgi düzeyinden kaynaklanmaktadır.

Larson sağlığın tanımının, tanımlandığı kültür ve sorunun tarihsel dönemine bağlı olduğunu vurgulamakta ve “150 yıldır artan beklentilerin ABD’de sağlığın tanımını **hayatta olmak ve hasta olmamaktan günlük aktiviteleri yerine getirme başarısı, mutluluk duygusu ve iyilik haline** doğru değiştirdiğini” belirtmektedir (Larson,1991).

Yine Larson’a göre “Sağlık tanımları, bir toplumdaki en güçlü grupların kültür ve ideolojisinin yansımasıdır. Çağdaş toplumlarda, daha fazla durumu hastalık olarak kabul etme eğilimi vardır. Çağdaş toplumlarda hastalığın kabulü, hastalık tanımındaki gelişmenin sonucu ve ulusal sağlık güvencesindeki yaygınlığın bir yansımasıdır”(Larson,1991).

Yakın zamanlara dek bedensel ve ruhsal iyilik durumunun bozulması olarak tanımlanmış olan hastalık, çağdaş görüşle, “**sağlığın tanımı dışında kalan her türlü durum**” olarak tanımlanabilir. Türkçe’de hastalık olarak ifade edilen terimin İngilizce’de dört karşılığı vardır:

Morbidity: Daha çok istatistiksel amaçlarla kullanılır.

Disease: Normalden sapma durumudur. Hekimlerce algılanan hastalık kavramıdır.

Illness: Kişinin kendini iyi hissetmemesi durumudur.

Sickness: Sosyal bir kavramdır. Kişinin kendini iyi hissetmediğinde gösterdiği davranışı ifade eder (Öztek,1998) .

Hannay ise **hastalığı (disease)** “nesnel patolojinin ifadesi”, “nesnel bulgular ve testlerle tanısı konabilir tablo”; **rahatsızlığı (illness)** “belirtilerin öznel deneyimi”, “hastalığın öznel komponenti”; **hastalık halini (sickness)** ise “rahat-sız bir kişiden beklenen davranışlar”, “hastalık rolü ya da belgelendirilerek sosyal olarak tanımlanmış rahatsızlığın davranışsal kısmı” olarak tanımlamaktadır (Hannay, 1988).

Hastalığı ifade etmek için hangi terim kullanılırsa kullanılsın, söz konusu belirtiler öznel veya nesnel olsun, “normalden bir sapma” söz konusudur. “Normalden

sapma”dan söz ederken, normalliğin tanımını da yapmak gerekir. Nicel normallik, istatistiksel olarak normal dağılım eğrisi ile tanımlanabilir. Oysa nitel normalliğin sınırları nicel normallik kadar keskin olmayıp, içinde yaşanan kültürle de doğrudan bağlantılıdır ve tanımlanması daha zordur.

Tıbbi olarak hastalık, doku ve hücrelerde yapısal ve fonksiyonel ve normal olmayan değişikliklerin yarattığı haldir. Oysa hasta bakış açısıyla hastalık, kendi normalinde sapma hali, kişinin hissettiği, yaşadığıdır. Denilebilir ki, bir kişi doktora giderken rahatsız (**ill**), doktordan hastalık tanısı almış (**disease**) olarak evine dönerken hasta(**sick**)dır.

Kişi bazı öznel deneyimleri yaşayarak kendini rahatsız olarak tanımlar ve rahatsızlığa, kendi kültüründeki sağlık ve hastalıkla ilgili değerlere göre bir tepki verir. Rahatsızlığa yanıtın evreleri olarak da adlandırılabilir bir süreç yaşanır. Bu süreçte, kişi, kendindeki değişimleri fark eder, bunları anlamaya çalışır ve durumunu değerlendirir. Bu değerlendirmenin sonucuna göre hasta olup olmadığına karar verir. Hasta olduğuna karar verdiğinde ise sağlık sorununa çözüm arama süreci başlamaktadır.

Birey hastalık durumunu algıladıktan sonra, sağlığını yeniden kazanmak için yardım arama davranışı göstererek hizmet kaynağına yönelmektedir. Yardım arama kararı birçok etkenin rol oynadığı bir süreçtir. Yardım arama kararında sosyo-ekonomik düzey, etnik yapı, kişilerin içinde yaşadığı kültürdeki sağlığa ve hastalığa ilişkin değerler, normlar ve tutumlar ile sağlık hizmeti alma olanaklarının bulunması gibi birçok etken rol oynar. Bu etkenler yanı sıra, kişiyi rahatsız eden belirtinin yaşadığı toplumdaki yaygınlığı ve görülme sıklığı, bu belirtinin o toplumdaki alışılmışlık derecesi, hastalığın olası sonucu ile ilgili tahminler ve sonuçta ortaya çıkabileceklerin ürkütücülüğü de yardım arama kararı vermeyi etkilemektedir.

Hannay, morbidite araştırmalarına göre bir toplumda, herhangi bir zamanda, kişilerin dörtte üçünün sağlığı ile ilgili herhangi bir yakınması olduğunu; fakat yalnızca üçte birinin aile hekimine başvurduğunu ve bunların da ancak onda birinin uzman bakımı için hastaneye gönderildiğini ifade etmektedir (Hannay, 1988).

Yani rahatsızlığı olan kişilerin büyük bir bölümü, ya hiç yardım aramamakta ya da hekime başvurmak dışındaki yardım kanallarına yönelmektedir. Kişilerin hangi yardım kanalına yönelecekleri de, hastalığın önemi/şiddeti yanı sıra sosyo-demografik özellikleri ve o toplumdaki tıbbi inanç sistemlerinden etkilenmektedir.

Hannay üç tip tıbbi inanç sisteminden söz etmektedir. **Folk tıp:** Rahatsızlık ve tedaviye dair deneyim, uzman olmayan kişiler arasında nesilden nesile aktarılır. **Geleneksel tıp:** folk tıba göre daha yüksek düzeyde organize olan, eğitimini de kendi içinde barındıran ve doğa üstü güçlere sahip olduğu kabul edilen kişilerin bazı hastalıkların tedavisini üstlendiği bir sistemdir. **Bilimsel tıp** sisteminde ise neden ve sonuç, deney ve gözlemlerin kanıtlarına dayalıdır (Hannay, 1988).

Günümüz toplumlarında insanlar, bu üç sisteminin karışımından oluşan bir inanç sistemine sahiptir.

Sağlığı ile ilgili herhangi bir sorun yaşayan kişiler, sorunlarını ya kendi kendilerine çözmeye çalışırlar ya da diğer insanlardan yardım isterler. Yardım istedikleri diğer insanlar arkadaş, komşu, akraba olabileceği gibi, geleneksel iyileştiriciler veya hekim de olabilir (Helman, 1990).

Kleinman ve Helman, bir toplumda, rahatsızlıkla ilgili olarak yardım almak üzere başvuru alan kişileri üç grupta incelemektedir: popüler sektör, folk sektör ve profesyonel sektör (Helman, 1990), (Kleinman,1980).

Popüler Sektör: Bu sektör, tıp mesleğinden olmayan (konunun uzmanı olmayan) kişilerden oluşur. Genellikle ilk başvuru alan sektördür. Herhangi bir ödeme yapmadan ve geleneksel iyileştiricilere veya sağlık personeline danışmadan tedavi amaçlı kullanılan kişilerdir. Bunların dışında kendi kendine yardım uygulamaları, ev ilaçları da bu sektör içinde yer alır.

Folk Sektör: Bu sektör, dini ve /veya kutsal güçleri olan iyileştiricilerden oluşur ve doğu toplumlarında yaygın olarak kullanılır.

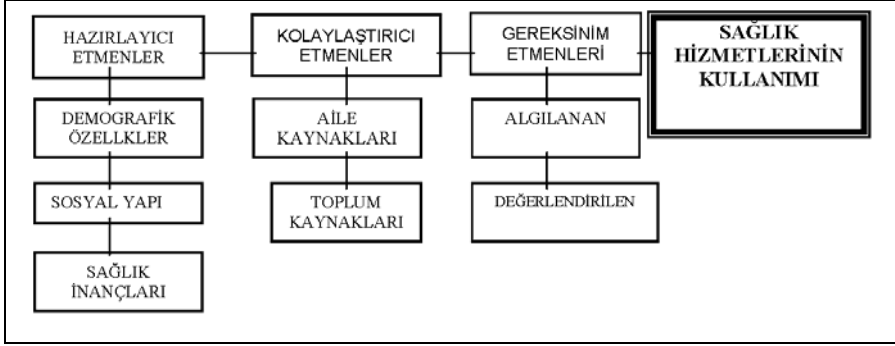
Profesyonel Sektör: Yasal olarak onaylanmış ve organize iyileştiricilerden oluşur. Bu sektörde yalnızca hekimler değil, ebe, hemşire, fizyoterapist gibi yan tıbbi meslek grupları da yer alır. Bir çok ülkede bilimsel tıp, profesyonel sektörü temel almıştır.

Kişiler rahatsızlık hissettikten sonra **sağlık bakımı arama davranışı** göstererek, bunu elde edecekleri bir kaynağa yönelirler. Burada bir **istek** söz konusudur. Sağlığını yeniden kazanmak amacıyla kişinin bir sağlık kuruluşuna başvurmasıyla da **istem** (effective demand) ortaya çıkar. İstek veya istemler her zaman gerçek gereksinimden kaynaklanmayabilir ya da gerçek gereksinimler çeşitli etmenlerle ve/veya engellerle isteme (demand) dönüşemeyebilir.

Bir toplumdaki sağlık hizmeti alma isteği, yaşanan bedensel veya ruhsal sıkıntılara ek olarak kültürel, dinsel, eğitim ve sosyo-ekonomik düzey değişkenlerine de bağlıdır. Gereksinim ve istek arasındaki açıktan sorumlu olan en önemli etmen, hizmet alma isteği duyanların bu konudaki bilgisizliğidir. Genellikle bir çok kişi sağlığındaki bozulma belirtilerini, belirtiler görünür hale gelinceye kadar tanımlayamaz ve modern tıptan çare aramayı erteler (Jeffers,1971)

Sağlık bakım hizmetleri sistemine giriş, “Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı (Health Services Utilization)” kavramı ile tanımlanır. Penchansky ve Thomas’a göre ise “hasta ve sağlık bakım hizmetleri sistemi arasındaki uyumu tanımlayan spesifik bir dizi boyutu özetleyen genel bir kavram”dır. Bu spesifik boyutlar şöyle tanımlanmıştır : gereksinim duyulan hizmetin varlığı/hazır bulunuşu (Availability), **erişilebilirliği** (Accessibility), **uyulabilirliği** (Accomodation), **ödenebilirliği** (Affordability) ve **kabul edilebilirliği** (Acceptability) (Penchansky, 1981).

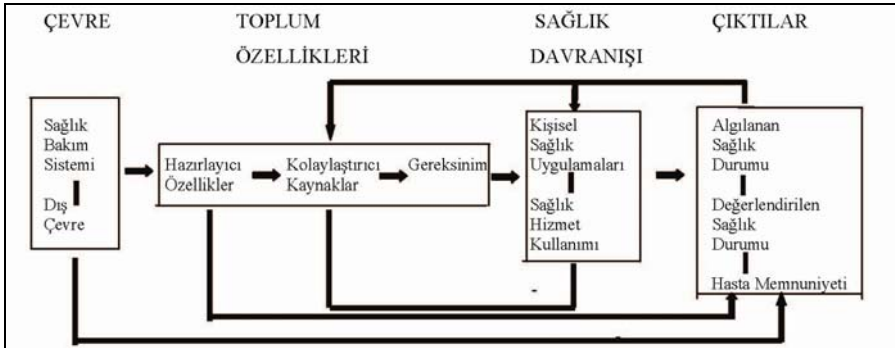
Sağlık hizmetlerinin kişiler tarafından kullanımını ve kullanımı etkileyen etmenleri açıklamak üzere Andersen ve arkadaşları 1960'lı yıllarda “Sağlık Hizmetleri Kullanımının Davranışsal Modeli”ni geliştirmişlerdir (Andersen,1975). Bu modelde yazarlar, sağlık hizmetlerinin kullanımını etkileyen etmenleri üç gruba ayırarak incelemişlerdir. Buna göre, kişilerin hizmet arama kararı ve aldığı hizmet miktarı bireysel özelliklere (hazırlayıcı etmenler), hizmeti elde edebilme yeteneğine (kolaylaştırıcı etmenler) ve sağlık hizmetine duyduğu gereksinime (gereksinim etmenleri) bağlıdır. Bu model Andersen tarafından Şekli 1’de görüldüğü gibi şematize edilmiştir.



Şekil 1: Sağlık Hizmet Kullanımının Davranışsal Modeli (1970'lerde)

(Kaynak: Andersen R., Kravits J., Anderson O.W., Equity in Health Services: Empirical Analyses in Social Policy, (1975), Cambridge, Ballinger Publishing Company., s.5)

1970'li yıllarda geliştirdikleri bu ilk model, değişen yaklaşımlar, anlayışlar ve yeni gereksinimlerle değişikliklere uğrayarak günümüzde Şekil 2'de gösterildiği halini almıştır (Andersen, 1995).



Şekil 2: Sağlık Hizmet Kullanımının Davranışsal Modeli (Günümüzde)

(Kaynak: Andersen R., Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter?, J of Health and Social Behavior, 1995, Vol:36 (March):1-10)

Sağlığın ve hastalığın kişiler tarafından nasıl anlaşılıp açıklandığından başlayarak, sağlık arama davranışı-profesyonel sağlık sektörüne giriş-sağlık hizmet kullanımı ile devam eden ve sistemden çıkıştaki memnuniyeti inceleyen bir araştırmada aşağıdaki bulgular elde edilmiştir (Alkoy, 2002).

Ailelerin %71'i çekirdek aile ve %40'ı 3-4 kişiden, %32'si 5-6 kişiden oluşuyor. %65'inin bir sağlık güvencesi var ve %71'i SSK'lı. Sağlık harcamalarının %59'u cepten, %40'ı sağlık güvenlik kurumunca karşılanıyor. Sağlık güvencesi olduğu halde, sağlık harcamalarını cepten karşılayanların oranı %37'dir.

Sağlık tanımını %60'ı “can sağlığı/hayatta olmak”, %50'si “hastalık veya sakatlığın olmayışı” olarak yapıyor; %53'ü hastalığı fiziksel işlev kaybı olarak görüyor.

Kendini rahatsız hissettiğinde %33'ü ilk olarak tıbbi olarak tedavi edici olmayan yollara başvuruyor; %32'si değişik kaynaklardan edindikleri ilaçları kullanıyor; hemen doktora başvururum diyenlerin oranı ise yalnızca %9. Tüm sağlık arama davranışları incelendiğinde, %61'inin değişik kaynaklardan edinilmiş ilaçları kullandığı; %44'ünün tıbbi olarak tedavi edici olmayan yollara başvurduğu; ancak %41'inin hekime başvurduğu görülmektedir. Sağlık güvencesine ve sürekli bir bakım kaynağına sahip olmak, sağlık arama davranışını hekime başvuruyu arttırma yönünde etkilemektedir.

“Ne zaman/hangi durumda bir hekime başvurduğunu” sorusuna katılımcıların %67'si “ağır/ciddi/acil/ölümcül durumlarda” şeklinde yanıt verirken, yalnızca %12'si “hemen/derhal hekime başvurduğunu” belirtmiştir. Sağlık güvencesi olmayanlarda ve sağlık harcamalarını cepten ödeyenlerde “ağır/ciddi/acil/ölümcül durumlarda” hekime başvurduğunu belirtenlerin oranı belirgin olarak yüksektir.

Genellikle başvurdukları sağlık kuruluşunu tercih nedenleri içinde ilk sıraları “sağlık güvencesi”, “maddi yönden uygunluk” ve “ulaşım kolaylığı” almaktadır. “Nereye gidileceğine kim karar veriyor” sorusuna ise “parayı kim ödüyorsa, o karar veriyor” yanıtı verilmiştir.

Başvurulan sağlık kuruluşundan memnun olma nedenleri arasında “ilgi ve insancıl davranışlar” ilk sırayı alırken; memnun olmama nedenleri arasında ilk sırayı “çok sıra bekleme”, ikinci sırayı da “kötü davranılma” almaktadır.

Katılımcılar, “özel sağlık kuruluşlarında insanca davranıldığını ama gereksiz tetkik ve muayenelerle insanların soyulduğunu”, “kamu sağlık kuruluşlarındaki hizmete güvendiklerini ama çok sıra beklendiğini ve kötü davranışlara maruz kaldıklarını” ifade etmekte ve beklentilerini “kaliteli ve insanca sağlık hizmetini kamu sağlık kuruluşlarından almak” olarak vurgulamaktadırlar.

SONUÇ OLARAK: Zaman içerisinde sağlık algısı, “hayatta olmak ve hasta olmamak”tan “mutluluk duygusu ve iyilik hali”ne doğru değişirken, yukarıda sözü edilen araştırmada, katılımcıların önemli bir bölümünün sağlığı “hayatta olmak”, hastalığı ise “fiziksel işlev kaybı” ile açıkladığını görüyoruz.

Hannay'a göre sağlıkla ilgili herhangi bir yakınması olanların üçte biri hekime başvururken, bu çalışmada hemen doktora başvurduğunu ifade edenlerin oranı %9'da kalmakta ve kişiler ancak "ağır/önemli acil/ölümcül durumlarda" hekime başvurduğunu belirtmektedir.

Avrupa ülkelerinde kişiler bir yılda ortalama 10 kezden fazla hekime başvuruyor iken, bu sayı ülkemizde 1990 yılında 2,44 olarak saptanmıştır.

Sağlığı "hayatta olmak" diye tanımlayan ülkemiz insanının sağlık gereksinimlerini en az düzeyde isteme dönüştürdüğünü; bunun en önemli nedenlerinin de sağlık güvencesinden yoksunluk ve yoksulluk olduğunu söyleyebiliriz. Tedavi edici sağlık hizmetlerine bile ancak çaresiz kaldığında başvuran insanların, özellikle de bu hizmetlere daha fazla gereksinim duyan dezavantajlı grupların, kendilerine sunulmadıkça koruyucu sağlık hizmetlerini istemesini ve başvurmasını beklemek hayalcilik olacaktır.

Ülkemizde kentsel alanda çekirdek aile yaygın olsa da, toplumun ataerkil yapısı nedeniyle, özellikle kadının ev dışında çalışmadığı ailede (hatta kadının çalıştığı ailede de) karar verici kişi baba veya ailede sözü geçen kişidir; bireylerin kendi tercihlerini yapması söz konusu değildir. "Hangi hekime veya sağlık kuruluşuna gidileceğine o ailede parayı ödeyen kişinin karar verdiği" bu ataerkil aile yapısında, sağlıkta dönüşüm programının en önemli argümanlarından olan "hekim seçme özgürlüğü" nün gerçekleşmesi olanaksız görünmektedir. Ayrıca ailedeki her bireyin hekim seçme özgürlüğü olacak ise bu, ailenin her bireyinin ayrı ayrı hekim seçebileceği anlamına gelir ki; bu durumda da hekimin, "ailenin hekimi" olduğundan söz etmek olanaksızdır. Tüm bu nedenlerle, aile hekimliğinin kentlerdeki (ülkemizdeki) aile tipi-tiplerinin sağlık gereksinimini karşılaması olanaksızdır.

KAYNAKLAR:

- 1- Alkoy S., Ümraniye İlçesinde Kişilerin Sağlığı ve Hastalığı Açıklayışları, Sağlık Arama Davranışları, İyileştirici Sağlık Hizmetlerini Kullanımları, Aldıkları Sağlık Hizmetinden Memnuniyetleri ve Bunları Etkileyen Etmenler, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı AD, 2002, İstanbul. (Danışman: Prof. Dr. Osman Hayran)
- 2- Andersen R., Kravitis J., Anderson O.W., Equity in Health Services: Empirical Analyses in Social Policy, (1975), Cambridge, Ballinger Publishing Company.
- 3- Andersen R.M., Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter?, J of Health and Social Behavior, 1995, Vol:36 (March):1-10
- 4- Hannay D.R., Lecture Notes on Medical Sociology, Blackwell Scientific Publications, 1988.
- 5- Helman.C.G., Culture, Health and Illness: An Introduction for Health Professionals, 2nd Ed., Butterworth and Co (Publishers) Ltd., London, 1990.
- 6- Jeffers J.R., Bognanno M.F., Bartlett J.C., On the Demand Versus Need for Medical Services and the Concept of "Shortage", Am.J. of Public Health, 1971, 61(1): 46-63

- 7- Kleinman A., Patients and Healers in The Context of Culture, Berkeley: University of California Press, 1980.
- 8- Larson J.S., The Measurement of Health, Concepts and Indicators, Greenwood Press, Westport, 1991.
- 9- Öztekin Z., Halk Sağlığı Sözlüğü, T.C. Sağlık Bakanlığı SPGK Yayını, Ankara, 1998.
- 10- Penchansky R., Thomas.J.W., The Concept of Access Definiton and Relationship to Consumer Satisfaction, Medical Care, (1981), 19(2):127-140

Tartışma tutanağı

Cavit Olgun

Hekim hastayla nerede karşılıyor, ona bakmak lazım, aile hekimliği olarak ifade edilmesi topluma kabul ettirmek için kullanılmaktadır. Aile sözcüğü ideolojik bir argümandır, bir iktidar alanıdır. Sağlıkla ilgili kararları veren ailelerin büyükleridir. Müşteri durumuna düşürülen hasta nasıl bir sağlık tüketimine yönelecektir? bence bulaşıcı hastalıklarla mücadele Sovyet tipi hijyenci yaklaşımla düzeltilir. Bizdeki uygulamada aile kutsal bazından değil, birey sigortacılığı söz konusu olacak.

Meltem Çöl

Hekimi seçmek tek başına ailenin karar alması olarak alınmamalı. Sosyoekonomik etmenler çok belirleyici. Adı aile hekimliği olmakla birlikte ailenin bir arada değerlendirilmediği bir kurum söz konusudur. Ailenin bütün içinde değerlendirme olanağı başarılabilirse bu olumlu bir yandır. Pratikte bireye yönelik hizmet sunumu planlanmıştır. Sağlık hizmetlerini, taleplerle, hizmet atamalarıyla sunmak mümkün değildir. Kişiler sağlıklarını kaybetmeden sağlık arayış davranışına girmeyecektir.

Naciye Demirel

Büyük kentlerde insanların çalıştığı, okuduğu barındığı yerler farklı. Bu anlamda kente uygun bir model olmaktan çok uzak.

Seval Alkoy

Aile içindeki iktidar önemli. Parayı kim kazanıyorsa o veriyor. Aileye bütüncül bakışın bozulduğu sistemde, parayı kazanan baba, aile bireylerini yönlendiren konumunda.

BİR MESLEK OLARAK HEKİMLİK VE SAĞLIK

AH hekimliğinin sağlıkçı rolünü nasıl etkileyebileceğine ilişkin öngörüleriniz nelerdir?

Murat Civaner

PhD, Dr. Tıp Tarihi ve Tıbbi Deontoloji AD, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi

Öncelikle Sağlık Bakanlığı'nın Sağlıkta Dönüşüm Projesi (proje) ve Aile Hekimliği Türkiye Modeli'ni (model) tanıtan belgelerdeki kavramlara dikkat çekmek istiyorum. Proje ve özelde modele ilişkin tanımlamalar eklettik bir yapıya sahiptir; kullanılan kavramların kimi tanımsız, kimi yanlış anlamda kullanılmış, kimi ise proje uygulamaları ile taban tabana zıt kavramlar. Örneğin "aile hekimliği" deyimini, hizmet sunumunda aileyi temel alan bir modeli çağırıyor olsa da, uygulamanın herhangi bir aile ya da bir insan topluluğu ile ilişkisi yoktur; hizmet sunumu birey temellidir, bir ailenin beş üyesi beş ayrı hekimi seçebilir. "Uygar dünyanın uygulama ve arayışları", "sosyal adalet", "sağlık hakkı" ve başka birçok deyim ise hangi anlamda kullanıldığı açıklanmamıştır. "Adalet" içi bir biçimde doldurulmadığında boş bir kavram olarak kalır, "sağlık hakkı" herkesin belli bir tedavi hizmetini alma hakkından gereksindiği tüm sağlık hizmetlerini edinme hakkına geniş bir yelpazeye işaret eder. "Sosyal devlet anlayışı" deyimini Bakanlık metinlerinde, koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulması anlamında kullanılıyor olsa da, sosyal devlet, vatandaşlarının sağlık, eğitim hizmetlerini vergilerden finanse eden ve herkese gereksindiği hizmeti sunan bir yaklaşımdır. Dolayısıyla da sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine tamamen ters bir yaklaşımdır. Oysa aile hekimliği modeli, Dünya Bankası'nın projeyi tanıtan internet sayfasında açıkça vurgulandığı gibi, bir özelleştirme uygulamasıdır:

"Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Organize Edilmesi: Aile hekimliğine, özel sağlık hizmetlerinin temelini oluşturması açısından, bir organizasyon modelinin getirilmesi ile bu model aşamalı bir şekilde gerçekleştirilecektir ve pilot uygulama büyük şehirlerde başlayacak daha sonra da kırsal kesime yayılacaktır"

Özetle, proje ve modeli değerlendirirken, öncelikle kullanılan kavramlar sorgulanmalı, anlamı üzerinde herkesçe uzlaşıldığı düşünülen ve bu nedenle her işitildiğinde düşünmeden kabul edilen birçok kavramın farklı, yanlış anlamda kullanılabileceği ya da içinin boş bırakılmış olabileceği gözden kaçırılmamalıdır.

Model, Dünya Bankası'nın deyişiyle özel sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmak amacıyla, doğal olarak, hekimlik mesleğini ve hekimin bir sağlıkçı olarak rolünü bir ticaret kolu olarak tanımlamaktadır. Kalite, verimlilik, performans, rekabet, müşteri gibi pazarın diline ait kavramların yerleştirilmeye çalışması da projenin bu yöndeki amacına işaret etmektedir. Bu modelde hekim yatırım yapacak, risk alacak, işyerini yönetecek, bir işveren olarak işçi çalıştıracak, başka şirketlerle ticari ilişkiler kuracak, bir girişimci olarak ayakta kalabilmek için satış artırıcı yöntemler araması gerekecek ve diğer satıcılarla rekabet edecektir; bu

nedenle hekime biçilen bu yeni rolü esnafılık, patronluk, işadamlığı gibi terimlerle tanımlamak uygun olur. Hekim, işletmesi ile sigorta kurumları arasındaki sözleşmenin gereğini yerine getirmek için belli bir kotayı/listeyi doldurma kaygısı ve işini kaybetme korkusu ile çalışacak, kurduğu işletmenin kârlılığını maksimize etmek için pazarın bildik yöntemlerine başvurmaya zorlanacaktır. Tutundurmaya yönelik etkinlikler, medyanın kullanımı, yüksek teknolojiye, pahalı ilaçlara, gereksiz tetkiklere yönelim bu yöntemler arasındadır. Ayrıca “müşteri velinimet” olduğundan satılacak hizmet onun taleplerine göre de biçimlenecektir; hizmet sunumunda toplumun kültürel yapısını dikkate almak hizmetin etkinliğini artırır, ancak aile hekimliği modelinde müşterinin seçme hakkının yaratacağı baskı, kültürel yapıya özen göstermenin ötesinde, hastanın özellikle medya tarafından manüple edilen bilim dışı istemlerini de dikkate almayı dayatabilecektir. Yeni modelin yol açabileceği bir başka değişim, sunum-istem yasası ve diğer pazar dinamiklerinin etkisi ile bazı hekim işletmelerinin süreç içinde “elimine” olmaları, bazılarının ise devleşmeleri ve sonuçta rekabetin yerini tekelleşmeye bırakacak olmasıdır.

Bu yeni rolün hekimin ve mesleğin algılanışını da değiştireceği öngörülebilir (Şu anda çeşitli özel hekimlik uygulamaları var olsa da, model ile hekime verilen rol yenidir. Çünkü söz konusu olan, birinci basamak hekimliği, diğer bir deyişle sağlık sorunlarının %85-90'ının çözülmesinin hedeflendiği kurumlardaki hekimliktir ve çerçevesi yasa koyucu tarafından çizilmiş yeni bir sağlık örgütlenmesi ve finansman modeli aracılığıyla hekime yeni çalışma biçimi getirilmektedir). Yeni girişimci kimliği, diğer sağlık çalışanlarının işvereni pozisyonunda olması, önceliği hasta yararına değil kâra vermek durumunda olması, meslektaşlarının rekabet halinde olduğu acımasız rakiplere dönüşmesi, hekimi toplumdan iyice uzaklaştıracak, mesleğin toplumsal boyutunu, deyim yerindeyse dert edinilecek bir şey olmaktan çıkaracaktır. Bu süreç toplumun hekimi ve mesleği algılayışında da bir değişime yol açacak, günümüzde “münferit” ile “bir kısım doktor” yelpazesinde dile getirilen olumsuz yargıların hekimlik mesleğine genellenmesi söz konusu olabilecektir. Böylesi bir pozisyon ve algı kayması, güvene dayalı bir hasta-hekim ilişkisi kurmayı güçleştirecek, toplumdaki önemli bir kurumun yara almasına neden olacaktır. Önemlidir; çünkü insanlar yaşamlarındaki en önemli sorunlardan birini çözebilmek için gönül rahatlığıyla ve umutla başvurabileceklerini bildikleri bir kurumun zedelenmesi, o toplumu daha az yaşanır bir yere dönüştürür.

Hekimliğin etik değerleri bu süreçten nasıl etkilenir?

Murat Civaner

PhD, Dr. Tıp Tarihi ve Tıbbi Deontoloji AD, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi

Model, mesleğin yaygın biçimde bir kapital ekseninde uygulanmasına zorlamak-tadır; bu yönüyle mesleğin doğasının tarihsel olarak birkaç yüz yıl geri götürül-mesi söz konusudur. Süreç içinde hekimin işine ve hastalara yabancılaşacağı öngörülebilir. Bu geriye dönüş meslek ahlakını da etkileyecektir; çünkü ahlaki değerler kümesi toplumsal değişimlerden bağımsız olmadığı gibi, uzun dönem içerisinde neredeyse birebir izdüşüm gösterir. Bu değişim mesleki değerlerin kaybolması değil, ancak meslek ahlakının değişmesi anlamına gelir.

Hekimliğin mesleki değerleri tarih içinde çok çeşitli deneyimlerle oluşturulmuş, insanın karşılaştığı tüm koşullarda sınanmış ve sonunda her birinin neden korunması gerektiğine ilişkin sağlam ve ikna edici gerekçeler toplumsal bellekte, ulusal ve uluslararası, yasal ve yasal olmayan kayıtlarda yerini almıştır. Bu değerler, yaşam ve sağlığa saygı ve özen göstermek, tıbbi ölçütler dışında hiçbir ölçüte göre ayırım yapmamak, mesleki gizliliği korumak, aydınlatmak ve kendi geleceğini belirleme hakkına saygı göstermek, önceliği daima hasta yararına vermektir. Proje ve model, bugünün meslek ahlakı içinde de tanımlanan kimi değerlerin bu kümeden çıkarılmasını hedeflemektedir. Bu değerlerden biri, ayırım yapmamaktır. Modele göre, “başka doktor alternatifinin bulunması halinde ve belirli bazı koşullar altında” hekim de hastaya hizmet sunmayı reddedebilecektir:

- Tıbbi etiğe uygunsuz davranışların (kişi-hekim arasında çıkar ilişkisi kurulmaya çalışılması vb) belgelenmesi,
- Hasta ile hekim ilişkisinin tanı, tedavi ve takibi zorlaştıracak, aile doktorunun verimini azaltacak şekilde bozulması,
- Hasta ile hekim arasında adli bir sorunun olması,
- Taciz, tehdit ve bunun gibi iletişim sorunu oluşturacak durumların olmasıdır.

Hekimin hastaya hizmet sunmayı reddetme olanağı ve bu olanağın gerekçeleri tartışılmalıdır; ancak yukarıdaki koşulların açık uçluluğu ve tanımsızlığı bu tartışmayı model çerçevesinde yürütmeyi oldukça güçleştirmektedir. Yine de, “doktorun verimini azaltmak” ve “iletişim sorunu oluşturacak durumlar” gibi içine hemen herşeyin sokulabileceği tanımların, hizmet sunumunun reddedilmesi için gerekçe oluşturamayacağı söylenebilir; dolayısıyla bu gerekçeler kullanılarak hasta reddedilirse ayrımcılık yapılmış olur. Hasta “Tıbbi etiğe uygunsuz davranışlar”da bulunamaz; bu olanak hekim için geçerlidir. Ancak hekimle çıkar ilişkisi kurmak isteyebilir ya da hekimi tehdit edebilir; bu durumlar hekimle hasta

arasında adli bir soruna işaret eder, ayrıca tanımlanması ayrımcılığı kolaylaştırır. Yine, “taciz” sözcüğü tanımlanmadığı için hekime çok açık bir kapı bırakılmış olmaktadır. Reddetme olanağının neredeyse hekimin kişisel seçimlerine kadar genişletildiği bu koşullarda, kronik hastalığı olan hastaların, yaşlıların, akıl sağlığı hizmetlerine gereksinimi olan hastaların ve hekimin bir biçimde “uygun görmediği” hastaların ayrımcılığa uğrama olasılığı oldukça yüksektir.

Bunun yanısıra, bir başka grup hasta, sigorta prim borcunu uygun biçimde ödemiş olanlar, projenin yasal düzenlemelerine göre kesinlikle ayrımcılığa uğrayacaklardır. Öyle ki, Genel Sağlık Sigortası Kanunu içinde, hizmetlerden yararlanabilmeyi prim ödemelerinin durumuna bağlayan özel bir bölüm bulunmaktadır (Bölüm III, m.67-71). Bu bölümdeki maddelere göre hizmetlerden yararlanabilmek için, acil ve çeşitli özel durumlar dışında, “genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihten önceki son bir yıl içinde toplam 30 gün genel sağlık sigortası prim ödeme gün sayısının olması” ve “sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte kısa ve uzun vadeli sigorta primleri dahil genel sağlık sigortası prim borcunun bulunmaması şarttır.” Bu durumda hekimden öncelikle sağlık hizmeti sunması değil, hastanın prim durumunu öğrenmesi beklenmektedir. Yasaya göre bir hekim sorumluluğu olarak tarif edilen bu uygulama, daima hasta için en iyisini yapmak, yaşam ve sağlığa saygı ve özen göstermek ve ayırım yapmamak ödevleriyle çelişir; hekim işletmesinin kurduğu ticari ilişkinin koşullarını düzenleyen sözleşmeye aykırı davranmak ile mesleki değerleri korumak arasında bir çıkar çatışmasına düşürülmektedir.

Yasal düzenlemeye göre ayrımcılığa uğrama olasılığı neredeyse kesin olan başka bir hasta grubu ise, kendisine ilişkin kimi bilgileri gizli tutmak isteyenler olacaktır. Düzenlemeye göre, “(...) tüm sağlık hizmeti sunucuları, sağlık hizmeti sunduğu tüm kişilere ait sözleşme hükümlerinde yer verilen bilgileri, belirlenen yöntemlere ve süreye uygun biçimde elektronik ortamda veya yazılı olarak Kuruma göndermek zorundadır. Bu bilgiler gönderilmeksizin talep edilen sağlık hizmeti bedelleri, bilgiler gönderilinceye kadar ödenmez.” (m.78). Sözleşme hükümlerinde yer alan bilgileri vermeyen hastanın hizmet bedelleri sigorta kurumunca ödenmeyeceğinden, hekim ya hizmet sunmayı reddedecektir, ya da hizmet bedellerini kendisi karşılayarak hasta için en iyisini yapma ödevini önceleyecektir. Diğer deyişle, bu durumdaki hastaların hizmet alma şansı hekimin kişisel seçimine ve şansa bırakılmış durumdadır. Rekabet ortamında pazar kurallarına göre çalışması gereken işletmelerin insanı öncelemesi olasılığı doğal olarak düşüktür (insanı öncelemek daha kârlı değilse), bu olasılığın sürekli olarak gerçekleşmesi ise hemen hemen olanaksızdır.

Modelin meslek ahlakından çıkarmayı hedeflediği bir diğer değer, mesleki gizliliği korumaktır. Yukarıdaki paragrafta yer verilen “bilgileri Kuruma gönderme” yükümlülüğünün yanısıra, modele göre hekim, “(...) sigorta kurumlarının denetimlerinde dosyaları denetime açmak zorundadır. Bu tür incelemeler esnasında hastanın mahrem kalmasını istediği tanıların açıklanmaması gerekir.” Oysa mesleki gizlilik ilkesi, mesleki uygulama sırasında hastaya ilişkin edinilen bilgileri gizli

tutmayı gerektirir. Modelin hekime getirdiği sözleşmeye dayalı zorunluluk bunun tam tersi bir uygulamayı düzenlemektedir. Hekim bu koşullarda iş aktine uygun davranmak ve mesleki gizlilik ilkesini çiğnemek ile hekimliğin temel mesleki değerlerinden birini korumak ve sözleşmeye aykırı davranmak arasında yine bir çıkar çatışması yaşayacaktır. Ayrıca, mesleki gizlilik ilkesi sadece sırları değil, hastaya ilişkin tüm bilgileri gizli tutmayı gerektirir; bu hekim için bir ödevdir, hastanın ödevin yerine getirilmesi için özel bir istemde bulunmasına gerek yoktur.

Tartışma tutanağı

Ek soru: Hastalık ve sağlık paradigmasında değişim olur mu?

Cavit Işık Yavuz

Sağlık kavramı kalkar, sağlıklı toplum yaratmak işsizliğe yol açar. Bu da önemli bir paradigmayı ortadan kaldırır.

İnci User

Bunların hepsi, klinik branşta uzmanlaşmış ve özelde çalışanlar için bugün de geçerli. Bu raporda birinci basamağa önem vermek önemli. Bu raporda buna vurgu yapıp diğer hekimleri kınamamalı. Ben rahatsız olmuyorum hekime para vermekten. Özel çalışan hekimler şu anda özelde girişimci olarak çalışıyor. İkinci basamak için bunun sakıncası olmadığını düşünüyorum.

Meltem Çöl:

Birinci basamak, kamu tarafından sunulması, koruyucu hizmet içermesi açısından çok daha öncelikli.. İkinci üçüncü basamak içinde geçerli aslında. Muayenehanesi olan uzman hekim olağan görülmeyecek bir şey.

Dilek Aslan:

Bu bir felsefe ve ayırtırmak çok doğru değil. Birinci ve ikinci basamağı ayırmak tehlike yaratabilir. Bundan uzak durulmalı. Birinci basamak ve ikinci basamak da aynı tanımlanmalı. Bu karışıklığa neden olur.

Nazmi Algan:

Varolan ekip çalışması sistemi imha ediliyor. İkinci basamakta ticari ilişkiler var ve TTB etik çerçevede bunu sınırlamaya çalışıyor. Ama birinci basamağa yeni bir sistem getirilmeye çalışılıyor. İkinci basamağa olan vurgu var ama birinci basamakta ekip yok ediliyor ve tek tek ofisler söz konusu ediliyor. Etik değerlerle ilgili sorun var. Rekabet bunu getiriyor.

Murat Civaner

Muayenehane hekimlerinin sayıları çok az. İkinci basamakta ticari ilişkileri birinci basamak, hastaların %85-95'inin başvurduğu kurumdur. O nedenle sayı önemli

Hakan Pehlivan

Düzce'de aile hekimliği birimine ultrason koyan hekim var. Vatandaş bu hekimi tercih ediyor. Oysa bu hekimin sertifikası yok. Etik değerlerin korunması mümkün değil.

Sağlık hizmeti üreticisi ekibin üyesi olarak hekimin ve diğer sağlık personelinin ekip üyeliği rolünde-ekibin niteliğinde ne yönde bir değişim beklenebilir?

Neşe Hemşire

Siz çok güzel şeyler söylüyorsunuz ama kişileştik artık. Gerek halk gerek de burada olanlar bunu gösteriyor. Sağlık Ocağı sisteminde de ekip parçalanmaya başlamıştı. Herkesin ön plana çıkma çabası vardı. Aile hekimliği bunu tamamen tetikledi. Artık tek kişilik bir ekip var, doktorlar özellikle sevk uygulaması başladıktan sonra poliklinikten çıkamıyor. Tüm arkadaşlarla aralarda bir iki dakika görüşüp, konuşup, sorunlarımızı tartışırdık. Şimdi bu ortadan kalktı. Paylaşım kalmadı. Birbirimizi görmüyoruz. Patron-çalışan ilişkisi de artık görülmeye başladı. Hekim eğer doyumluyorsa patronluk kimliğine bürünmüyor, yeni mezunlar ya da mesleki doyumsuzlukları olanlar daha da sorunlular. Kaloriferi yakmayacaksn, parası benden kesiliyor diye hemşireyi soğukta oturabiliyorlar.

Meryem Hemşire

Ekibin diye bir şey zaten yok. Doktor muayene yapıyor, daha önce dört beş kişilik (sağlık memuru, ebe arkadaşlar, laboratuvar işleri) bir ekip tarafından yapılan işleri de ben bir hemşire olarak tek başıma yapıyorum. Sağlık ocağındaki ebe arkadaşlar artık doğum yaptırmıyor, mahalle gezileri yok, zaman bulup çıkmak zor.

Kevser Vatanserver

Biz birinci basamakta hangi işleri, ekip hizmeti olarak sunuyoruz onu değerlendirmek lazım, hemşire hanımın dediği işler gerçekten bir hemşire tarafından da yapılabilir. Ev ziyaretleri son 4-5 yıldır yapılamıyordu. O yüzden birinci basamağın ekibi bu olmalıydı. Birinci basamağın ekibi ne olmalıydı? Tanımlanmış hekim-hemşire ortaklığı daraltılmış bir kavram mı onu değerlendirmemiz lazım.

Öner Kurt

Sağlık ocağı hizmeti yerine hekimlik hizmeti tanımı kullanılmaya başlandı. Temel Sağlık Hizmetlerine dikkat etmek çekmek istiyorum. Su denetimleri gibi birçok çevre sağlığı kavramı böyle dışlandı.

Muzaffer Eskiocak:

Aile hekimliği kavram olarak farklı, uygulama olarak farklı. Dünyanın deneyimleri var. Bir yandan genel pratisyenlik var. Kavramlara yönelik çarpıtmalar önemli, hayata dönüş operasyonu vb.

BİR MODEL OLARAK AİLE HEKİMLİĞİ

Aile hekimliği (AH) kavramının içinde neler var? Türkiye’de dillendirilen AH kavramı ile diğer ülkelerdeki kavram aynı mıdır?

*Hasan Akpınar
Uzm.Dr., Aile Hekimliği Uzmanı*

Aile Hekimliği kavramının içinde neler var:

- 1.Hastalıklara bütüncül yaklaşan bir TIP disiplini
- 2.Belli bir alanda uzmanlaşma
- 3.Aileye sağlık anlamında bütüncül yaklaşım
- 4.Aileye yönelik kayıt tutulması ve daha programlı ve periyodik izlem (Koruyucu hekimlik)
- 5.Hekim-hasta yakınlaşması ve işbirliği
- 6.Hekime ulaşmada kolaylık
- 7.Hekim seçme özgürlüğü
- 8.Sevk zinciri
- 9.GSS
- 10.Özel hekimlik

Türkiye’de dillendirilen AH kavramı paramparça, çünkü kutsal aile sözünden çıkartılarak aldatıldığı nokta şu: Aile hekiminin aileyi ziyaret edip orada yaşama koşullarını değerlendirebilmesi için zaman gerekli, fakat bu mümkün değil.

- a- aile hekimliği bütüncül yaklaşan bir tıp disiplini değil
- b- bireye yönelik hizmet var
- c- hastalıklara odaklı, koruyucu hekimlikle çok fazla ilgisi yok
- d- hasta-hekim yakınlaşması ve işbirliği yok hekimi hastaya bağımlı hale getiriyor.
- e- sevk zinciri yok
- f- gece-gündüz hekime ulaşma olanağı uygulamada yok (hekime ulaşmada her zaman ulaşılabilirlik vurgulanıyor ancak uygulamada yok) .
- g- periyodik muayene sonucu, korunulabilen hastalıklardan korunulabilecek,
- h- hekim seçme özgürlüğünden bahsediliyor, ama bu etik değerlere zarar veriyor. Bu sistem bir süre sonra hasta seçmeye gider.
- i- GSS ile bütüncül
- j- muayenehane hekimliği söz konusu. Muayene hekimliği, hekimin yalnızlaşmasını, rekabeti getiriyor. ve hekimin işletmecilik becerisi(ni) ön plana çıkarılıyor.

Türkiye’de dillendirilen AH kavramı ile diğer ülkelerdeki kavram aynı mıdır?

Üniversitelerin AH anabilim dalları ve TAHUD ülkemizdeki AH sisteminin diğer ülke örneklerindeki gibi olması için çalışmalar yapmakla birlikte, Hükümet ve Sağlık Bakanlığının pilot illerdeki söylemi hiç de diğer ülkelerdeki gibi değildir.

AH sisteminin uygulandığı birçok ülkede bu sistem, ülke koşulları da gözetilerek bir sağlık sistemi olarak uygulanmaktadır. Birçok ülkede hizmet sunumu bölgenin özelliklerine göre muayenehanede ya da sağlık merkezinde yapılmaktadır. Bizdeki sağlık ocağı sistemi de bir anlamda İngiltere, Kanada, Norveç, İsrail gibi ülkelerdeki sağlık merkezlerinin yerine geçmektedir. Ancak sistemin finansmanında farklılıklar vardır.

Bizim diğer ülkelere en büyük farkımız, diğer ülkeler sağlık ocakları sistemiyle tanışmadan önce, ülkelerinin ekonomik durumlarına en uygun bir finansmanla sağlık ocağı benzeri bir sistem oluşturmaya çalışmışlardır. Oysa biz tam olarak uygulanması halinde şimdikinden daha mükemmel olacak bir sistemi tamamen yıkıp, başka ülkelerin vazgeçmeye çalıştıkları tüketici bir sistemi zorla dayatmaya çalışıyoruz.

Tartışma tutanağı

Cavit Işık Yavuz

Küba bütün sağlık sistemini vergiden sağlıyor. Aile hekimliği sistemini tartışırken Ülkelerdeki aile hekimliği modelleri finansman boyutuyla birlikte değerlendirilmeli. Mutlaka finansmanla tartışılmalı

AH, özel hekimlik özelleştirme uygulaması mıdır?

*Nazmi Algan
Uzm.Dr., Aile Hekimliği Uzmanı,*

Aile hekimliği sağlıkta özelleştirmenin sahadaki yansımasıdır:

“Sağlıkta Dönüşüm” programının bizatihi kendisi Dünya bankası ve IMF tarafından da açıkça belirtildiği gibi bir özelleştirme operasyonudur. Türkiye’de 224 sayılı yasa ile iyi kötü uygulanmaya çalışılan, siyasi iktidarlar tarafından tam benimsenmeyen, kamucu yanları ağır basan birinci basamak sağlık hizmet sunum modeli (Sağlık ocakları sistemi) hızla yok edilmeye başlandı. Önce 2-3 yıl önce yazar kasalar geldi, döner sermaye işletmeleri kuruldu. Başvurular paralı hale geldi. Hastalar müşteri olarak görülmeye başlandı.

İlk cümlede belirttiğim gibi kendisi bir özelleştirme programı olan sağlıkta dönüşümün birinci basamakta öngördüğü “aile hekimliği sistemi”nin başka türlü olması mümkün değildir.

Ekip çalışması yok edilmekte tek tek hekimlerin kendi ofislerinde hizmet vermesi öngörülmektedir. Sağlık personelinin sözleşmeli olarak istihdamı da bu programın gereksinimi ve doğal bir sonucudur. Sağlıkta dönüşümün yeni bir hekim tipine ihtiyacı vardır. Serbest piyasa koşullarında çalışmaya hazır ve rekabete açık bir hekim tipi oluşturulmaktadır.(Eskişehir örneği) Yeni kuşak hekimlerin etik kuralları göz ardı edebilecek, ilaç tüketimi ve tıbbi tetkiklerle sisteme uyum sağlamış bir hekim tipi olması hedeflenmiştir. Bu yaklaşımın devamında hekimlerin rekabete dayalı çalışan, sözleşmeli istihdam edilen ve ücretlerinin asgari düzeyde tutularak, bunun üstünün performans, verimlilikle belirlendiği bir grup haline getirilmesi uzun erimli hedefleri olarak görülmelidir.

Bugün pilot uygulamanın yapıldığı illerdeki görece asrı-saadet devri geçicidir. AH sistemi rekabet içinde çalışan birbirinin rakibi olan hekimler yaratacaktır.(Bulgaristan örneği) Her aile hekimi ayrı ofis açacak, dönecek tıbbi alet, enstrüman edinecektir. Piyasaya açılacak bir hizmet sunum modelinin özelleştirmeden ayrı düşünülemez diyeceği aşıkardır.

Tartışma tutanağı

Muzaffer Eskiocak:

Ticarileşme, Kapitalizmin ne beklentisine karşılık geliyor.

Nazmi Algan

Sınıf mücadelesinin en temel alanı sağlık alanı olacak. Sağlık alanı dünyada çok önemli mücadele alanı.

Mümtaz Peker

Üç nokta önemli. Türkiye'deki sigortacılık artık Türklerin değil. Her özelleşen aile hekimliğinde kullanılan ilaç onların kanalından gelecek(ithal edilecek) ve her aile hekimi ofisine tıbbi donanım satın alacak ve bunlar bireyler tarafından yurt dışından satın alınacak.

Muzaffer Eskiocak:

Kar amacı güdülmeyen hizmetleri ticarete açma yönünde yaklaşımlar var.

Düzce'de Aile Hekimleri Profili

Dr. Hakan Pehlivan, Düzce

Düzce'de 16 aydır aile hekimliği pilot projesi uygulanmaktadır. Aile hekimleri ilk kayıtları vatandaşların evlerine giderek yapması gerekirken zaman sorunundan dolayı evlere gidemeyip, kayıtları sağlık kuruluşuna başvuranlara göre yaptılar. Bu durumda da sağlıklı bir nüfus bilgisine sahip olmaları beklenemezdi. Örneğin kronik hastalıklı, kanserli, özürlü vb vatandaş sayısını net olarak bilmeleri ve bu vatandaşları düzenli olarak kontrol etmeleri mümkün olmadı. Proje başlangıcında aile hekimi başına düşen nüfus ortalama 3000 iken proje uygulanan diğer illerde bu nüfus 3500-3750 kişi olarak planlandı. Düzce'de proje başlangıcında 104 olan aile hekimi sayısı bugün 98'dir. Aile hekimi başına düşen nüfusun 3500 üzerine çıkacağı kesindir. Bir aile hekimine 3500 kişi kayıtlı olunca ve sevk zorunluluğu da getirilince günlük ortalama poliklinik sayısı ortalama 100 olmuştur. Poliklinik hizmetlerinden koruyucu hekimlik hizmetlerine yeterli zaman ayırlanamamaktadır. Yine zaman darlığından dolayı başvuran vatandaşların hastalık bilgilerinin bilgisayar ortamında kayıt edilmesi mümkün olmamaktadır.

Dünyadaki aile hekimliği uygulamaları ile Düzce'deki aile hekimliği uygulamaları karşılaştırılacak olursa birçok olumsuz farklılık göze çarpmaktadır. İngiltere'de ödeme kayıtlı kişi başına yapılmakla birlikte, koruyucu hizmetlerin etkinliğini arttırmak için hizmet başına ödemeler de yapılmaktadır. Düzce'de kayıtlı kişi başına ödeme yapılmaktadır. Almanya'da aile hekimine en az 3 ay bağlı olma zorunluluğu varken, Türkiye'de 6 ay bağlı kalma zorunluluğu vardır. Almanya'da uzman dr ve aile hekimlerine genellikle hizmet başı ödeme yapılmaktadır. İsrail'de kırsalda bir aile hekimi ve hemşire hizmet vermekle birlikte, kentsel yerleşimlerde ise 2000-3000 kişiye daha kalabalık bir ekibin olduğu sağlık merkezleri hizmet vermektedir. Norveç'de birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık merkezleri tarafından verilip, 1500-2500 kişiye bir aile hekimi düşmektedir. Portekiz'de birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık merkezleri tarafından verilir. Ekip çalışması vardır. Ortalama 1500 kişiye bir aile hekimi düşmektedir. Küba'da bir ekip aile hekimi ve hemşireden oluşur ve 800 kişiyi izlemekle yükümlüdür. Yerel polikliniklerde güçlü bir laboratuvar, röntgen ve destek servisleri, acil servisler, eğitim ve dal uzmanları bulunmaktadır. İngiltere'de aile hekimliği eğitimi 2 yıllık hastane eğitimi ve 1 yıl saha eğitimi olmak üzere 3 yıldır. Norveç'te uzmanlık eğitimi 5 yıldır. 1 yıl hastanede 4 yıl birinci basamakta geçmektedir.

Aile hekimlerinin Düzce'deki sayısal dağılımına bakacak olursak uygulama başladığında 104 sözleşmeli aile hekimi planlanmış ve bir süre sonra 104 sözleşmeli aile hekimi sayısına ulaşılmıştı. Bugün 94'ü sözleşmeli, 4'ü görevlendirmeli 98 aile hekimi vardır. 98 aile hekiminden 2'si aile hekimliği uzmanı, 96'sı pratisyen hekimdir. 36 bayan ve 62 erkek aile hekimi vardır. Aile hekimlerinin 88 tanesi 16 aydır görev yapmakta iken 10 tanesinin aile hekimliği süresi 1 yılın altındadır.

98 aile hekiminin ortalama 60 tanesinin mezuniyet sonrası görev süresi 2 yıl civarındadır.

Düzce'de görev yapan aile hekimleri yanlarında aile sağlığı elemanı ile ekip kavramından uzak bir şekilde hizmet veriyor. İyi tanı koyma, iyi tedavi etme ve iyi iletişim kurma noktasında gerekli zaman olmadığı için yeterince başarılı oldukları söylenemez. Günde ortalama 100 hasta bakmaktadırlar. Zamanlarının büyük kısmı poliklinik hizmetleriyle geçtiği için koruyucu hekimliği önceleyen bir pozisyonları olmamaktadır. Ekip hizmeti olmadığından ve kısıtlı zaman olduğundan sürekli tıp eğitimi yapmak da mümkün olmamaktadır. Örneğin vatandaş aile planlaması için gelmişse bilgi verilmektedir başka bir nedenle gelmişse bu konuda bilgi verilmemektedir. Fazladan kaydettikleri her vatandaş için para kazandıklarından yardımlaşma yapmaları ve etik ilkelere uygun hekimlik yapmaları mümkün değildir. Acımasız kapitalist kuralların olduğu bir ortamda ilaç firmalarının varlığında gereksiz ilaç yazmamak ilkesine uymaları mümkün değildir. Savaş karşıtlığı, işkenceye karşı olmak, insan haklarına saygılı olmak konusunda sorun yoktur, ancak diğer çalışanlarda olduğu gibi bu konudaki tavırlarını çok net ortaya koyamamaktadırlar. Bunun nedeni de bu konudaki fikirleri ile politize olacakları ve idare ile ilişkilerinin bozulacağını düşünmeleri olabilir. Zaman kısıtlılığı nedeniyle mesleki yayınları takip etmeleri ve araştırma yapma konusunda girişimleri olmamaktadır.

Edirne’de Aile Hekimleri Profili

Dr. Atilla Saraçoğlu, Edirne

Son 20 yılda Dünya’yı sarsan küreselleşme kasırgası beklediği gibi Türkiye’yi de etkilemiş ve etkilemektedir. Bu süreçte, ülkemiz kaynaklarının özelleştirilerek sermayeye sunulduğunu özellikle sağlık alanına yönelik saldırıların -adına “sağlık reformu, sağlıkta dönüşüm vb” ne denirse densin- ve onların etkilerinin - GSS/AH- kartopu etkisiyle büyüterek sağlık ortamına neredeyse geri döndürülemeyecek denli etkilediğini hep beraber yaşayarak görüyoruz. Sağlık alanı tüm bileşenleriyle, halkın sağlığı, sağlık çalışanları, çalışma ortamları etkileniyor, büyük değişim gösteriyor. Bunlara örnek yapılan manevralarla bir şekilde kabulü sağlanan “döner sermaye, performans uygulamaları ile Sağlık Ocakları’nın giderek tedavi ağırlıklı bir hizmete zorlanarak; koruyucu hizmetlere kaynak ve zaman ayrılmasının olanaksızlaştığının yaygın kabulü ve normal karşılanması, ticarileşen bir ortamda meslektaşlarıyla rekabet etmek durumunda kalan sağlık çalışanlarının bireyselleştirilmesi ve örgütsüzleştirilmesidir. Bu şekliyle 40 yılı aşkın bir süredir, ülkemiz sağlık sisteminin omurgası olan Sağlık Ocakları ve pek çok hastalığı yok etmiş, anne ve çocukları ölümden sakatlıktan korumuş sağlık çalışanları göz ardı edilmektedir. Bu süreçte AH’ne geçiş sürecinde Edirne’de yaşananlar Türk Tabipleri Birliği Halk Sağlığı Kolu ve üniversite halk sağlığı anabilim dalı çalışanlarının Düzce’de yerinde gözlemlerine dayalı olarak hazırlanmış rapordan yapılan ve aşağıda sunulan alıntidan pek de farklı değildir.

“Koruyucu hizmetler önceliğini yitirmiştir. Birlikte verilmesi gereken toplumsal hizmetlerin ayrı birimlerce yürütülmesi planlanmıştır. Örneğin, bulaşıcı bir hastalık ile karşılaşılması durumunda aile hekimlerinin sorumluluğu yalnızca bildirim ile sınırlıdır.

-Toplumsal ölçekte programlı bir gebe, loğusa, bebek ve çocuk izlemi ve bağışıklama hizmeti gözlenmemiştir.

-Koruyucu hizmetlerin alanda sürdürülmesinden vazgeçilmiş, hizmet sadece başvuranlar veya çağrıldığında gelenler ile sınırlandırılmıştır.

- Hizmet kapsamındaki nüfusun tespitinde muhtarlık kayıtlarına ve bireysel başvurulara güvenilmektedir ve olası mevsimsel değişimlere (mevsimlik işçi, turizm, vb.) karşı planlı bir hazırlık gözlenmemektedir.

- Rekabetin hizmet kalitesini artıracığı düşünülmüş ve planlanmıştır, ancak uygulamalar hekim dışı personelin kayıt dışı çalıştırılması, hekimler arasında özellikle ortak harcamalar ile ilgili tartışmalar ve yoğun ekonomik çıkar hesapları gibi kaygı verici sonuçlara yol açmıştır.

- Sosyalleştirmenin temel insan gücünü oluşturan “ekip” kavramı parçalanmış, çok yönlü ekibin yerini “iki kişiden oluşan” yeni bir ekip almıştır. Bu durum ileride önemli bir işsizlik sorunu yaşanabileceğinin habercisidir. Sözleşmeli statüde çalışma, sosyal güvenlik haklarını ortadan

kaldırılmıştır.

-Aile hekimliğinde görev almayan personelin gözden çıkarıldığı ve yoğun ücret eşitsizliklerine maruz bırakıldığı gözlenmiştir. Bu eşitsizlikler çalışma barışına kalıcı zarar verecektir.

- Kayıtlar önemli bir sorun olarak görülmektedir. Kayıtlar ile ilgili yeni bir sistematik yoktur. Kayıtlarla ilgili sorunlara bilgisayar vb. teknoloji ile yanıt verilmeye çalışılmaktadır. Aile hekimleri ve aile sağlığı elamanları kayıtların niçin yapıldığı ve ne işe yaradığı konusunda tatmin edici bilgilerden uzaktır.

- Planlanan gezici hizmetlerin yetersiz kaldığı ve sadece tedavi edici hizmetlerle sınırlı gerçekleştirildiği belirtilmiştir.”

Edirne özeli için böylesi umutsuz ve olumsuz bir ortamda, Edirne Tabip Odası ve diğer toplumsal emek örgütleri durdurmak için yoğun bir çaba içindedir. Ancak buna karşın AH uygulamasına, İl genelinde bu uygulama için tam olarak hazır olunmadığı yaygın kanısı hakimken 1 Aralık 2006'da geçilmiştir. İlk bölge seçiminde 128 Birinci Basamak hekimi içinde 42 hekim sözleşme imzalamamıştır (% 33). Şu an Edirne'de 8 ASM boştur ve Merkez'de TSM 8 Ocak 2007'de açılmış, ancak şu an işsiz durumdadır. Burada belki de Edirne'nin sosyoekonomik yapısına ve Edirne'de 1. Basamak'ta çalışan hekimlerin kimi özelliklerine bakmak bu süreci ve süreçte yaşananları kavrayabilmek açısından önemlidir.

Şu an için Edirne'de 112'ler hariç toplam 141 pratisyen hekim bulunmaktadır. 141 hekimden 102'si AH uygulamasına geçmiştir. Şu an 8 ASM bölgesi açıktır. Uygulamayı seçen 102 AH'den 56'sı Edirne Tabip Odası üyesidir (% 55). 2'si Tabip Odası YK üyeliği yapmış, ve 1'i Tabip Odası İlçe temsilciliğinde bulunmuştur ve Genel Pratisyenlik Enstitüsü eğitimcisidir. 102 AH'nin 28'i Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Mezunudur (% 28). Edirne Tabip Odası üyesi olup da AH uygulamasını seçen hekimlerin % 39'u 11-15 yıllık hekimdir. % 18'i ise 0-5 yıl ve 6-10 yıllık % 16'sı 16-20 yıllık hekimdir. 21-25 yıllık hekimlerin oranı %9'dur.

Edirne daha çok bir tarım şehridir, sanayisi gelişmemiştir. 105 bin nüfuslu il merkezinde 2 devlet ve 1 göğüs hastalıkları hastanesine ek olarak 1 üniversite hastanesi bulunmaktadır. Özel Hastane, işyeri hekimliği gibi hekimlerin ek gelir elde edebilecekleri iş olanakları sınırlıdır.

AH uygulamasını seçen hekimlerin yaklaşık 1/3'ünün TUTF mezunu olduğu düşünüldüğünde, üniversitenin Halk Sağlığı kürsüsünde yaklaşık 15 yıldır, sağlık politikaları, sağlıkta reform ve AH uygulamalarına dair eğitim verilmiştir.

Edirne Tabip Odası, Edirne'de çalışmakta olan pratisyen hekimlerin aile doktorluğunu ne kadar tanıdıklarını ve bu sistemde görev almak isteyip istemediklerini ortaya koymak amacıyla Mart 2006'da, 6 soruluk kısa bir anket uygulanmış, elde edilen sonuçları şu şekildedir. Toplam 60 hekime uygulanan anket sonuçlarına göre; pratisyen hekimlerin % 94'ü getirilmek istenen sistemle ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıklarını, % 74'ü Edirne'nin pilot il olmaması gerektiğini, ve % 91'i sözleşmeli olarak çalışmak istemediğini belirtmiştir. Neredeyse geçen 2 yıllık

sürede Hekimlerle defalarca bir araya gelinmiş, toplantılar, paneller, ikili görüşmeler yapılmış, miting düzenlenmiş ancak bu oran artmak yerine gerçek yaşam söz konusu olduğunda (pratikte/ bölge seçimlerinde) % 33'e inmiştir.

- Uygulama ayrıntılı anlatıldı./Bilmiyorduk, Tabip Odası ortamda yoktu diyemezler..
- Zaten temelden gelen bir eğitimleri vardı.
- Eğitim gerekli fakat yeterli faktör değil..
- Örgütlülük % 55 ancak benimsenmiş, içselleştirilmiş değil..Örgütlü gücün anlamı ve yaptırımı bilinmiyor..
- İyi hekimlik uygulamaları, geçim sıkıntısı ile çatışıyor. Ağır basan kişilerin ailelerini geçindirme kapasiteleri oluyor.
- Bu noktada ortaya çıkan hekimlerin para ile “fikirlerini değiştirebilecekleri” ...
- TTBB oyunu kazanmak istiyorsa süreçte hekimin özlük haklarına ve maaşına eğilmeli sanki..

Tartışma tutanağı

Atilla Saraçoğlu:

Bizde sevk zinciri yok, aslında aile hekimliği bir anlamda iyi oldu. Bir olan hekim sayısı dörde çıktı, birer hemşire hanım yanlarında, diğer kalan tüm hemşirelerde sağlık ocağında çalışmaya devam ediyor. Aslında GSS gelmezse ve bu hemşireler sağlık ocağında çalışmaya devam ederse çok da kötü olmadı. TC kimlik noları toplanıp..... Hekimleri sağlık bakanlığı bir yöne, sendika ve tabip odası da başka bir yöne çekiyor.

Edirne küçük bir şehir olduğu için hekimler ebelerle dolaşıp kendilerine kayıt yaptı.

Meryem Hemşire :

Düzce'de nöbet uygulaması var.

Ek soru: Sağlık yönetimi ile Aile hekimi ve aile sağlığı elemanı arasında gerilim var mı?

Hasan Akpınar:

AH seçen ve seçmeyen arasında fark var. Seçen personel hükümetin icraatlarını destekleyen personel durumunda (onlara daha olumlu çalışma imkanları sağlanıyor), gerçekten seçmeyenlere ise muhalif gözüyle bakılıp, seçmeyenler olarak aslında bizim denetleme görevimiz de var ama denetleme yaptığımızda yaptırımımız yok. Bir yandan toplum sağlığı merkezinde görev yapanlara, “asıl elemanımız siz olacaksınız. Onlar GSS kapsamına girince bizden çıkmış olacaklar” denmekte.

Nazmi Algan:

TAHUD toplum sağlığı merkezlerinin yöneticisi aile hekimi olsun önerisi getiriyor ve bu konuda çalışmaları var.

Atilla Saraçoğlu:

Dört aile hekiminin çalıştığı ve popüler bir mahallede aile hekimlerine “RİA takıyor musunuz” diye sordüğümüzde ilk üç hekim yapmıyoruz, biri ise ben tüm aile hekimlerinin kayıtlılarına takıyorum dedi. Yani hala sağlık ocağı mantığında bir çalışma yürütülüyor.

Neşe HemşireBir ay sonra arkadaşlarını denetlemeye geldiler. Olumlu da olsa, olumsuz da, seçmeyenler muhalif olduğundan direk olumsuz eleştiri yazdılar. İşyeri hekimliklerini bırakanlar diğerlerine devrettiler. İşyeri hekimlerine aile doktorluğu olma şansı verilmemesi....

Meryem Hemşire

TSM'ne geçmek isterim, şu an izne ayrılısam dahi aklım işte kalıyor

Mümtaz Peker

İki profil çalışmasında olayın tamamen kutsal piyasa haline getirildiğini gördüm. Hasta-hekim

arasında para, kazanamayan ve kazanan hekim arasında para şeklinde.

BİR COĞRAFYA OLARAK ÜLKEMİZ VE SAĞLIK

Ülkemizde sağlık hizmetlerine erişim sorunlu mudur? AH bu sorunu çözebilir mi?

Öner Kurt

Yrd.Doç.Dr., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Sorun alanı:

- Bir coğrafya olarak ülkemiz ve sağlık
- Ülkemizde yerleşim biçimleri ve sağlık hizmetlerine erişim
- Yerleşimler ve sağlık hizmetlerine erişim

Soru:

- Ülkemizde sağlığa hizmetlerine erişim sorunlu mudur?
- Aile hekimliği bu sorunu çözebilir mi?

Çalışmanın alt başlıkları:

- A. Sağlık nedir?
- B. Sağlık hizmetleri neleri kapsamaktadır? (Temel sağlık hizmetleri kavramı)
- C. Sağlık hizmetlerine erişim nedir?
- D. Sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen faktörler
- E. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen sağlık hizmetlerinin dayandığı yasal mevzuatın değerlendirilmesi
- F. Ülkemizde sağlık hizmetlerine erişime ilişkin durum değerlendirilmesi
- G. Sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen faktörler açısından 224 sayılı kanun, bugünkü uygulamalar ve aile hekimliğinin kıyaslanması
- H. Sonuç ve sağlık hizmetlerine erişim sorununa yönelik çözüm önerileri

A. Sağlık; Kişinin yalnızca hasta ya da sakat olmayışı değil; beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmasıdır (1).

B. Sağlık hizmeti: İnsan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi veya toplumun bu etmenlerden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenek ve becerileri azalmış olanların rehabilite edilmesi için yapılan hizmetlerdir. Bu hizmetler;

1. Hizmet sunulan birimlere göre; i) birinci basamak sağlık hizmetleri, ii) ikinci basamak sağlık hizmetleri, iii) üçüncü basamak sağlık hizmetleri,

2. Verilen hizmetin türüne göre; i) koruyucu sağlık hizmetleri, ii) tedavi edici sağlık hizmetleri, iii) rehabilite edici sağlık hizmetleri şeklinde gruplandırılır (1).

Alma-Ata Bildirgesine göre; bir toplumdaki birey ve ailelerin geneli tarafından kabul edilecek biçimde, onların tam olarak katılımları ile çoğunluğu devlet tarafından karşılanmak üzere toplumun ayağına götürülen esas sağlık hizmeti olarak tanımlanan **temel sağlık hizmetleri** sağlık hizmetlerine erişimde öncelikle değerlendirilmesi gereken noktadır. Çünkü TSH; i) sağlık sorunları ile başa çıkabilmek için onları tanıma, önleme ve kontrol edebilme yöntemleri konusunda sağlık eğitimini, ii) besin sağlama, uygun beslenmenin sağlanmasını, iii) yeterli ve temiz içme-kullanma suyu teminini ve besin sanitasyonunun geliştirilmesini, iv) aile planlaması dahil ana çocuk sağlığı hizmetlerini, v) belli başlı bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklamayı, vi) yerel endemik hastalıkları önleme ve kontrol etmeyi, vii) sık görülen hastalık ve yaralanmaların uygun tedavisi ve başlıca ilaçların sağlanmasını içermektedir (2).

C. Sağlık hizmetlerine erişim

Sağlık hakkı, insan hakları bütününden ayrılamayacak ve vazgeçilmez bir haktır. Sağlık hakkı, erişilebilecek en yüksek sağlık standardına ulaşabilme hakkıdır. Bu kapsamda, sağlıkta ayrımcılığa uğramama, bilgilendirme-egitim, yaşama ve güvenlik gibi temel unsurlar yer almaktadır. Ayrıca, erişilebilecek en yüksek sağlık standardına ulaşmada sağlık hizmetlerinin varlığı, ulaşılabilirliği ve kalitesi de bu hakkın vazgeçilmez tamamlayıcılarıdır. Sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği kavramı, ayrımcılık yapılmaması, fiziksel olarak ulaşılabilirlik, parasal olarak karşılanabilirlik ve bilgiye ulaşılabilirlik kavramlarından oluşmaktadır (3).

Mevcut kaynaklarda sağlık hizmetlerine erişim net olarak tanımlanmasa da sağlık hizmetlerine erişim; toplumun ve bireylerin sağlık hallerinin devamı veya sağlık hallerinin sağlanması amacıyla ihtiyacı olduğu zaman veya talep edilmeden sağlık personeline sunulan temel sağlık hizmetlerinin eşit, nitelikli, ücretsiz bir şekilde hiçbir engelle karşılaşmadan sunulması şeklinde tanımlanabilir. Burada "sağlıkta eşitliğin" (4) kaliteli sağlık hizmetine herkesin ulaşması ilkesine dayanıldığını, eşitlik olmazsa sağlık hizmetlerine erişebilirlikten söz edilemeyeceğini göz önünde tutmak gerekir.

Erişimdeki yetersizlikler önce bireyleri sonrada toplumu etkiler. Bu nedenle sağlık hizmetleri erişimine bütüncül bakmak gerekir. Devletin sağlık hizmetlerindeki rolünün azalması, koruyucu hizmetlerin sahipsiz kalması, özel sektöre bırakılan tedavi edici hizmetlerin bedelinin artması sonucuna yol açacak bundan da en çok toplumun yoksul kesimleri zarar görecektir. Üstelik ekonomideki küreselleşme nedeniyle işsizliğin yani yeni yoksulların artması da söz konusu olacaktır. Zaten her türlü sağlık sorunu açısından risk altında olan yoksullar, ülkedeki zenginlerin uluslararası kalitede hizmete ulaşması uğruna daha da sağlıksız olmaya itilecektir (5).

D. Sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen faktörler (ulaşılabilirlik ölçütleri)

Ülkemizdeki gibi iki ayrı sağlık sisteminin kıyaslandığı bir durumda önemli olan bu sistemlerdeki sağlık hizmetinin **kabul edilebilirliği**dir. Çünkü burada hizmeti alanların sosyoekonomik durumlarında bir değişme olmamakta, sadece hizmetin sunum şekli ve finansman yöntemi değişmektedir. Öngörülen sağlık sistemleri toplumun sosyoekonomik bütün katmanlarını kapsamaması, sağlık hizmetinin ön koşulsuz kabul edilebilir düzeyde ve eşitlik ilkesi çerçevesinde sunulması hizmete erişimi etkileyen önemli faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır. Burada sağlık hizmetine erişimi etkileyen en önemli nokta **sistemin sosyopolitik tercihidir**.

Sosyalleştirmeye karşılık önerilen aile hekimliği eşit, ulaşılabilir nitelikli sağlık hizmeti sunumunu argümanları arasına alsada temelde bir sağlık hizmet sunum şeklinde fazlaca bir değişiklik değil finansmanda değişiklik önermektedir. Finansmandaki bu değişiklik bireyseliği, kar etmeyi öne alan küresel politikalar çerçevesinde oluşmuştur. Dolayısıyla aile hekimliği ile öne sürülen eşitlik, ulaşılabilirlik gibi argümanlar uzun süreçte halk sağlığı için eşitlikçi, ulaşılabilir ve nitelikli sağlık hizmeti sunma amacından uzaktır. Çünkü aile hekimliğinin getirilmesindeki niyet kötüdür.

Sağlık hizmetlerine erişebilirlik konusunu değerlendirirken mevcut hizmetlerle sunulmayan hizmetleri de farklı yorumlamak gerekir. Sunulmayan veya talep edilmeyen sağlık hizmetlerinin eksikliği ne olacak? Aile hekimliğinde verilmeyen hizmetler hangileridir, boyutu nedir? Ayrıca araştırmak gerekir.

Sağlık hizmetlerine erişimi dar anlamda tutmayıp sağlık hizmetlerinden yararlanabilme, kullanabilme, kabul edilebilirlik gibi noktaları da göz önüne alıp değerlendirince erişimi etkileyen birçok faktör ortaya çıkmaktadır.

A) Bireysel

- Cinsiyet
- Yaş
- Öğrenim düzeyi
- Etnik köken
- Dil farklılığı
- Din farklılığı
- Kültür farklılığı
- Gelir düzeyi
- Çalışıyorsa çalışma saatleri ve/veya günleri
- Yerli veya göçmen olmak
- Sağlık güvencesi
- Hizmet hakkında bilgi sahibi olunması
- Özel gruplar (Bebekler, çocuklar, gebeler, yaşlılar)

B) Toplumsal

- Sosyal sınıfların varlığı
- Politik gücün kimde olduğu
- Siyasi iktidarın/SB'nin sosyopolitik tercihleri
- Mevzuatların yeterliliği
- TTB'nin çalışmaları, sağlık politikalarına müdahil olma düzeyi
- Sağlık kurumunun varlığı
- Sağlık insan gücünün varlığı ve/veya dağılımı
- Hizmetin var olması
- Hizmetin yeterli olması (niceliği), halkın taleplerine yanıt verme durumu
- Hizmetin niteliği
- Hizmetin sürekliliği
- Hizmetin merkezîyetçi olma durumu
- Hizmetin ücretli olması
- Basamaklı sevk sisteminin olup olmaması
- Coğrafi uzaklık nedeniyle ulaşım giderleri
- Coğrafi bölgesel farklılıklar
- Sağlık dışı sektörlerdeki engellerin varlığı
- Ülkenin başlıca sağlık sorunları

E. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen sağlık hizmetlerinin dayandığı yasal mevzuatın değerlendirilmesi

Türkiye'de yürütülen sağlık hizmetlerinin dayandığı yasal mevzuat ve kanunlar "Sağlık Bakanlığının görevleri" açısından aşağıdaki gibidir:

1. Umumi Hıfzısıhha Kanunu - 1930
2. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun - 1961
3. Sağlık Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkında K.H.K. - 1983
4. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu - 1987

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi iddiasıyla çıkarılan 09.12.2004 tarih ve 5258 sayılı R.G. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ve 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı R.G. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik ile birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunu düzenleyen başta U.H.K., 224 sayılı kanun, Sağlık Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkında K.H.K., Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ve bu kanunlara bağlı mevzuata dayalı olarak yürütülen hizmetlerinin dayanağı ve bu hizmetlerin mevcut uygulamaları yürürlükten kaldırılmaktadır. Sonuçta aile hekimliği ülke çapına yayıldığı oranda sağlık hizmetlerinin sunumuna yönelik belirsizlikler de artacak, sorunlar ortaya çıkacaktır. Aile hekimliği uygulaması kapsamında aile hekimi tarafından uygulanacak hizmetlerin dışında kalan sağlık hizmetlerinin ise kurulacak *Toplum Merkezleri* tarafından yürütülmesi sağlık hizmetinin bütünselliğini bozacak sonuçta erişimi engelleyecektir.

Yasal açıdan değerlendirmeyi daha genişletecek olursak aile hekimliği uygulamasının Türkiye Cumhuriyeti Anayasası 56. Maddesine de aykırı olduğu görülecektir. Madde 56: Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Aile hekimliğinin sağlık hizmetlerini ücretli hale getirmesi, entegre sunulmaması ve özellikle koruyucu hizmetlere yönelik çok yetersiz kalması anayasaya göre kabul edilebilir değildir.

F. Ülkemizde sağlık hizmetlerine erişime ilişkin durum değerlendirilmesi

Dünya ölçeğinde bakacak olursak sağlık hizmetlerine erişimdeki yetersizliğe ilişkin **neden** ve **sonuçlar** Dünya Çalışma Raporu 2000'de net olarak vurgulanmaktadır. “Son dönemde tıp biliminde ve sağlık hizmetleri alanında gerçekleştirilen önemli ilerlemelere karşın, zenginlerle yoksullar arasındaki sağlık açığı sürmektedir. Nüfus arttıkça, eşitsizliklerde artmaktadır. Bugün, küreselleşmenin zenginlik getiren sonuçlarına karşın, yoksullar yeterli sağlık hizmetlerine ulaşamamanın, artan maliyetlerin ve giderek ölüm ve hastalıkların yükünü omuzlarında taşımaktadır” (6).

Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişimi toplumun belirli gruplarında değerlendirenler dışında geniş kapsamlı bir çalışmaya ulaşılamadı. Ancak sağlık hizmetlerine erişimin dolaylı göstergeleri olarak kabul edebileceğimiz demografik ölçütleri erişimin değerlendirmesinde kullanabiliriz. Güneydoğu Anadolu Bölgesinde sağlık sektörü göstergeleri halen ülke ortalamasının altındadır. Bebek ve anne ölüm oranları, bazı hastalıkların sıklığı, sağlık tesislerinin durumu, sağlık personeline düşen nüfus, sağlık hizmetlerine erişim gibi verilere baktığımızda diğer bölgelerden kötü durumda olduğu görülmektedir (7).

Hayran ve arkadaşlarının 1987 yılında bir sağlık ocağı bölgesinde yaptığı araştırmada yerleşim yerinin sağlık ocağına uzaklığının sağlık ocağından yararlanmayı azalttığı belirtilmektedir (8). Manisa Muradiye sağlık ocağı bölgesinde 133 kadın ile yapılan bir çalışmada sağlık güvencesi olmasının, ailenin gelir düzeyinin yüksek olması ve kadının evde söz sahibi olmasının sağlık hizmetlerine erişimi olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir (9). Manisa’da yapılan bir başka çalışmada da nüfusun %20.2’sinin sağlık hizmetlerine kolay ulaşabildiği, %53.7’sinin ulaşmakta zorlandığı ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik üzerindeki en etkili göstergenin annenin eğitim düzeyi olduğu, bunu sırasıyla aile reisinin sağlık güvencesi, algılanan gelir-gider durumu, aile reisinin işi ve dayanıklı tüketim malı indeksinin izlediği belirtilmektedir (10). Bölgesel ve belirli gruplarda olsa da mevcut durumda sağlık hizmetlerine erişimde sorunlar yaşandığı, birçok faktörün erişimi engellediği ve aile hekimliğine geçilirse bunların derinleşerek artacağı göz önünde tutulmalıdır.

Aşağıda okuyacağımız satırlarda ülkemizdeki sağlık durumuyla ilgili yapılan tespitlere katılmamak elde değildir. Ancak sorunların çözüm önerisine gelince yapılan tespit ve önerilerin insandan, sağlıktan yana değil insanlığa ve sağlığa karşı bir bakış açısıyla kaleme **alın/aldırıl_dığı** görülmektedir. “Herhangi bir ülkede uygulanan bir programı ülkemize aktarabilmek mümkün olamayacağı gibi, ülkemizin sosyoekonomik ve coğrafi yapısı nedeniyle tek düze homojen bir sistemi bütün ülkeye yaymaya çalışmak da gerçekçi değildir. Birkaç hanelik mezrasından, iklim şartları nedeniyle sınırlı zamanlarda ulaşılabilen köylerine; kent nüfusunu aşan ilçelerinden dünya kenti olmuş metropolüne kadar, her biri kendine özgü çözümler bekleyen bir heterojen yapı söz konusudur. İnsanımızın hak ettiği, çağdaş normlara uygun sağlık hizmetini sunmayı hedeflerken bu özellikleri göz önünde bulundurmamak zorundayız. 1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun ile oluşturulmuş olan sağlık ocağı ve sağlık evi hizmet modeli zamanın en gelişmiş, en modern sistemlerinden biridir. Ancak bu yasa ile amaçlanan hedeflerin gerçekleştiğini ya da yasanın yeterince uygulanabildiğini söylemenin zor olduğunu hepimiz biliyoruz. Düzensiz nüfus artışı, köyden kente sürekli göç ile gittikçe büyüyen ve adeta şehirlerin karakteristiğine damgasını vuran varoşlar ve gelir dağılımındaki korkunç uçurumlar geçmişini aynen kabul etmek yerine günümüze uyarlamak zorunda olduğumuzu bize göstermektedir. Bugün bizlere düşen, 1960’ların sosyoekonomik, demografik ve epidemiyolojik yapısına uygun olan bu sistemin mantık yapısını 21. yüzyıl Türkiye’sinin değişmiş olan şartlarına uyarlamaktır. Bu hedef doğrultusunda sağlık hizmeti vermeye talip bütün dinamikleri sistem içine alan bir anlayış içinde hizmette rekabet ortamının yaratılması gerektiğini düşünüyoruz. Sosyalleştirme politikasının bu ülkeye armağan ettiği sağlık ocağı ağını güçlendirirken, vakıf ve dernekler başta olmak üzere özel teşebbüsün de hizmet alanında yer alması ön görülmektedir. Bu anlayış ülke kaynaklarının verimli kullanımına yol açacağı gibi, herkesin kolayca erişebileceği bir hizmet sunumuna fırsat tanıyacaktır. Sağlıkta eşitsizlikleri azaltmayı hedeflemeyen hiçbir programın, bu ülke insanı açısından anlamı olmayacaktır. **Kır-kent eşitsizliğine kıyasla doğu-batı eşitsizliği daha fazla derinleşmiştir.** Bu durum ekonomik gerekçelerle açıklanabilecek kadar basit değildir. Bu eşitsizlikleri azaltmak için, her bölgede eşit oranda kamu sağlığı olanaklarının kısılması ve özel sektöre devredilmesi gibi bir anlayış içinde değiliz. Aksine ihtiyaç olan yerlerde kamu olanaklarının geliştirilmesi, niteliğinin artırılması ve özel sektör imkânları ile hizmet yarışına girilmesi hedeflenmektedir” (11).

G. Sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen faktörler açısından 224 sayılı kanun, bugünkü uygulamalar ve aile hekimliğinin kıyaslanması

Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği etkileyen birçok faktör vardır. Burada siyasi iktidarın ülkedeki sağlık hizmet sunum ve finansmanına yönelik müdahalesinin sonuçlarını, halkın sağlık hizmetlerine erişebilirliğini nasıl etkilediğini değerlendireceğiz (Tablo 1). Aile hekimliği gibi finansmanı genel bütçeden değil prim+cepten karşılandığı sağlık sistemlerinin reform gerekliliği için öne sürdükleri amaç ve gerekçelerden biriside “sağlık hizmetlerine erişebilirlik noktasındaki

bariyerleri minimize” etmektir (12). Türkiye İktisat Kongresi 2004, çalışma grubu raporunda (13); “birinci basamak sağlık hizmetlerinin nüfusa dayalı ve bütünlük örgütlenme modelinin ülkemiz açısından uygun olduğu düşünülebilir, ancak sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin ve yeterli kullanımı sosyalleştirme modeli ile sağlanamadığı ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin çağdaş uygulama şeklinin aile hekimliği” olduğu belirtilmektedir. Bu noktada 224 sayılı kanun uygulanırsa, uygulanmasına izin verilseydi ve eksiklikleri yapıcı şekilde giderilseydi temel sağlık hizmetlerine bireylerin erişimi ne olacaktı sorusunun yanıtı net olmalıdır. Buna göre bunun yanıtı sosyalleştirme 1961’den itibaren halkın yararı gözetilerek uygulanırsa sağlığa erişimde fazla bir sorun yaşanmayacak ve sonuçta ülkenin sağlık göstergeleri çok iyi durumda olacaktı. Bunun bölgesel de olsa yanıtını sağlık eğitim ve araştırma bölgelerinde yapılanlara ve bu bölgelerdeki sağlık ölçütlerine bakarak değerlendirebiliriz. Yayınlanmış olan SEAB raporları bize 224 sayılı kanun tam olarak uygulanırsa sağlık hizmetlerine erişim sorununun fazlaca yaşanmayacağını göstermektedir.

Tablo 1. TSH açısından sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık hizmetlerini kullanabilmenin 224 sayılı kanun, mevcut durum ve aile hekimliğine göre değerlendirilmesi

| Etkileyen faktörler | 224 sayılı kanun | Mevcut durum | Aile Hekimliği |
|--|---------------------------------------|---|--|
| Cinsiyet | Eşit hizmet | Kadınlar daha fazla | Talebe göre şekillenecek, kadınlar daha fazla olabilir |
| Yaş | Eşit hizmet | Bebek-çocuk izlemi yetersiz Yaşlılara özel hizmet yok | Bebek, çocuk ve yaşlılar için özel programlar yok. Hizmet daha az olacak |
| Öğrenim düzeyi | Eşit hizmet | Düşük ise hizmet daha az | Düşük ise hizmet daha az, talep kişilerden (ancak hasta olunca) geleceği için az olacaktır |
| Din, dil, etnik köken, kültür farklılığı gibi özellikler | Eşit hizmet | İletişim yetersizliği, önyargılar nedeniyle hizmet daha az | Hekimlerin bireysel bakış açlarına göre din, dilsel farklılıklar hizmet alımını azaltabilir veya ekonomik kaygılar eşit davranmaya yol açabilir. Belirsiz... |
| Gelir düzeyi (yoksulluk) | Eşit hizmet | Yoksullar daha az | Yoksullar daha az |
| Çalışma durumu | Eşit hizmet | İşçiler için işyeri hekimliği | Başvuru olmayınca hizmet yok |
| Sağlık güvencesi | Eşit hizmet | Güvencesi olmayana hizmet daha az veya yok | Güvencesi olmayana hizmet yok |
| Hizmetler hakkında bilgi sahibi olma | Eşit hizmet | Saha gezileri yetersiz olsa da talep etmeyene ve çevre sağlığına yönelik hizmet var | Saha gezileri yapılacağı belirtilse de uygulamada olanaksız görülüyor, ayrıca çevre sağlığı hizmetleri yok |
| Özel gruplar (Bebek, çocuk, gebe ve | Pozitif ayrımcılık yapılarak ihtiyaç- | İzlem sayıları yetersiz olmasına karşılık hizmet | Sadece başvuranlara tedavi hizmetleri ağırlıklı |

| | | | |
|--|--|---|--|
| yaşlılar) | cı olana daha fazla | var | |
| Sağlık kurumunun varlığı | Ülkeye yaygın | Bazı eksikliklere karşın yaygın | Her yerde yok |
| Sağlık insangücü (hekim) varlığı | Entegre hizmet için yaygın olarak mevcut | Bazı eksikliklere karşın yaygın | Hekim ağırlıklı hizmet, sadece ekonomik yarar ilkesine göre yaygın, kar yoksa hekim yok |
| Sağlık insangücü (hekim dışı personel) varlığı | Entegre hizmet için yaygın olarak mevcut | Bazı eksikliklere karşın yaygın | Hekim ağırlıklı hizmet, diğer personeller ekonomik kaygılar nedeniyle en aza indirilmiş durumda olacak |
| Sağlık hizmetinin var olması | Entegre hizmet (koruyucu ve tedavi edici) mevcut | Entegre hizmet (koruyucu ve tedavi edici) mevcut | Tedavi edici hizmet ağırlıklı |
| Hizmetin niteliği | Beklenti olmadan yapılan nitelikli hizmet | Birçok nedenden (bi-reysel, toplumsal) dolayı hizmet niteliğininde azalma mevcut | Müşteri ve kar etme bakış açısıyla şeklen güzel görünümü niteliksiz hizmet (otelcilik hizmetlerinin göz kamaştırması örneği) |
| Hizmetin sürekliliği | 24 saat esasına göre çalışma | Sadece bazı kırsal bölgede 24 saat hizmet | Telefon edildiğinde 365 gün 24 saat tedavi hizmetlerine erişim! |
| Hizmetin ücretli olması | Ücretsiz veya çok az katkı payı, herkese eşit hizmet | Ücretsiz hizmetlerin yanında yıllarca vakıf/dernek makbuzları kesildi, halen bazı hizmetler ücretli. Herkese eşit hizmet ya da hizmetin yokluğu | Sigorta primlerinin büyüklüğüne göre hizmetin niteliği ve niceliğinde değişme |
| Coğrafi uzaklık ve ulaşım giderleri | Hizmet halkın yakınında ve ulaşım kolay | İdari yapılanma nedeniyle hizmet daha az | Hekimin gitmediği her yerde hizmet daha az/yok |
| Kır-kent | Kentte daha az | Kentte daha az, kırsalda sağlık evi bile var | Kentte ve kırsalda daha az. Özellikle kırsalda yok denebilir. |
| Doğu-batı | Eşit hizmet | Doğuda daha az | Kar-zarar bakış açısı ile doğuda daha az |
| Sağlık dışı sektörlerdeki engellerin varlığı | Etkilemez | Sanayi ve ekonomiden etkilenmektedir. | Tamamen finansal sektörlerle göbekten bağlıdır |
| Ülkenin başlıca sağlık sorunları | Etkilemez | Personel ve malzeme bu sorunlara yönlendirilebilir | Ekonomik kayba yol açmayan hiçbir sorun hizmet sürecini kesintiye uğratmaz |

H. Sonuç ve Öneriler

- 1- Sağlık bir bütündür ve sosyal bir durumdur. Aile hekimliği sağlığı bireyselleştirmekte, halkın sağlığa erişimini tamamen ekonomik duruma endekslemektedir. Bu nedenle sağlık hizmetleri **sosyal sağlık politikaları** çerçevesinde sunulmalıdır.

- 2- Genel olarak bakacak olursak 224 sayılı kanun bu konunun bütün taraflarınca sağlıkta eşitsizlikleri giderecek şekilde eksiklikleri tamamlanıp, yanlışlıkları düzeltilmelidir. Çünkü bugünkü uygulanan haliyle 224 sayılı kanun sağlıkta erişimi tam olarak sağlayamamaktadır.
- 3- 224 sayılı kanun halen yürürlüktedir. Kanunun gereklerini yerine getirmeyenler için suç duyurusunda bulunulabilir. Sembolik davalar açılabilir.
- 4- Sağlık ocağı modelinde her hekim için koruyucu ve/veya tedavi hizmetleri için ebeler gibi bölge verilmelidir.
- 5- Sağlık ocağı bölgelerinin sınırları siyasal değil coğrafik yapılanmaya göre belirlenmelidir.
- 6- Sağlık ocağı sağlık kurulları yerel aktivistlerle toplanıp SO'nun işlevleri anlatılıp sürece halkın katılımı sağlanabilir. SOSK toplantısı tüm ülkede aynı gün toplanıp bir eylem havasında halka geleceğin için sağlığına ve sağlık ocağına sahip çık mesajı ve sorumluluğu verilmelidir. Bu toplantı çalışanların da katılımını sağlamak için cumartesi yapılabilir.

Sonsöz: Küreselleşme süreci (Dünya Bankası, Uluslararası Para Fonu...) her ne ad altında sağlıkta özelleştirmeyi dayatsa da sağlık hizmetleri daima kamu hizmetleri olarak, koruyucu hizmetlerin öncelendiği, entegre, basamaklandırılmış, genel bütçeden finanse edilen, herkese eşit, nitelikli, ücretsiz ve erişilebilir olarak sürdürülmelidir. Çünkü temel sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetlerine erişim en temel insan hakkıdır.

Kaynaklar

1. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara 2001.
2. Öztekin Z. Temel Sağlık Hizmetleri. 2. basım, Hacettepe Halk sağlığı Vakfı Yayın no 92/2, Ankara 1992:7.
3. Doğan BG, Müftü G, Bertan M. İnsan hakları, kadın hakları ve çocuk hakları. Halk Sağlığı Temel Bilgiler Ed: Güler Ç, Akın L. Ankara 2006:1207.
4. Eşitlik ve Sağlık: Kavram ve İlkeler. Margaret Whitehead. TTB Yayını. Sayfa: 21.
5. Hayran O. Küreselleşme ve sağlık. Yeni Türkiye Dergisi 2001;40:1111.
6. Dünya Çalışma Raporu 2000. Değişen dünyamızda gelir ve sosyal güvenlik. Uluslararası Çalışma Ofisi. Cenevre 2000.
7. Güneydoğu Anadolu Projesi Bölge Kalkınma Planı T.C. Başbakanlık GAP Bölge Kalkınma İdaresi Başkanlığı. Cilt 1. 2002:5.
8. Hayran O, Nuhoglu A, İnan A. Birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmayı etkileyen etkenler. Toplum ve Hekim 1988;46:17-21.
9. Şerifhan M, Pınar M, İnci A, Yıldırım Ö, Yücetaş A, Eser E. Muradiye sağlık ocağı bölgesi gebe ve 0-24 aylık bebek-çocuk annelerinin sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik

- ve hizmetlerden memnuniyetinin değerlendirilmesi. II. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu Manisa 2004:41.
10. Nesanır N, Düzalır H, Göktoğra G, Ekin F, Ersin SC, Eser E. Sosyoekonomik düzey göstergelerinin hane bireylerinin, sağlık düzeyi, sağlık davranışları ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği üzerine etkisi. II. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu Manisa 2004:7.
 11. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta Dönüşüm Programı. Sayfa:29-30.
 12. Yıldırım HH. Sağlık reformları ve maliyet sınırlama stratejileri. I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi. Hacettepe Ankara. 20-21 Mayıs 2000.
 13. Türkiye İktisat Kongresi Çalışma Grubu Raporları IV. 2004:186.

Tartışma tutanağı

Murat Civaner:

Kırsal bölgelerdeki mobil hizmetin nasıl yapılacağı açık değil. 154'de aslında bu var mı, ayrıca burada aile hekiminin taşıt edinmesi söz konusu ediliyor.

Hasan Akpınar:

Köy sağlık ocakları kapatıldı, erişimle ilgili durum daha da kötüleştirildi. SSK'lı hastalardan provizyon alıyoruz. Provizyon erişim engeli olarak ortaya çıkıyor.

Ali Osman Karababa:

Sağlığın bütünlüklü bir yaklaşım içinde ele alınması gerek. Aile hekimliği tedavi edici boyutta belki olumlu, ama tüm koruyucu hizmetlerde olumsuz bir değişime neden olacak. Gece hizmeti bu modelde gene olmayacak.

Naciye Demirel:

Dezavantajlıları ve sağlık yükü fazla olanları etkileyecek. Hekimler karnelerini yokluyorum, bana fazla iş düşse de almamaya gayret gösteriyorum diye konuşuyorlar. 7 gün 24 saat insanlık dışı bir uygulama. Olumluluk olarak görülemez. Para kendini yolunu çizer maalesef.

Hakan Pehlivan:

SSK provizyonu, GSS provizyonunun bir antremanı aslında.

Cavit Olgun

Toplumdaki sağlık bilincinin düşük olması nedeniyle tıbbi danışmanlık ihtiyacı var. Bu ihtiyaç dedikleri gibi danışmanlık sağlanabilirse karşılanabilir. Zaten sanırım halkın alabileceği tek hizmet de bu olacak.

Muzaffer Eskiocak:

Araştırmada 7x24 işliyor mu diye hekime ve halka sorduk, kesinlikle gerçekleşmiyor.

Sağlık için riskler bölgelere-yerleşimlere göre farklılık gösteriyor mu? AH bu farklılığın etkilerini giderebilir mi?

Dilek ASLAN

Doç.Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişim sorunu ülkenin her yerinde aynı değildir. Bu durum, temel bazı sosyo-demografik özelliklere (yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, aile tipi gibi), coğrafi koşullara (kır-kent koşulları, hangi bölgede yaşadığı gibi), ekonomik faktörlere (gelir düzeyi, çalışma durumu gibi), kültür yapısına göre farklılık gösterebilmektedir. Örneğin; Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-2003 yılı verilerine göre hemen her göstergede bölgelere göre eşitsizlikler saptanmıştır. Kentsel bölgelerde yaşayanlar kırsal bölgelerde yaşayanlara göre bazı mortalite, morbidite ve sağlık hizmetlerini kullanma sıklığı açısından daha kötü durumdadırlar. Örneğin; kentsel bölgede yaşa göre boy açısından beslenme bozukluğu sıklığı %9.0 iken bu rakam kırsal bölgede %18.4 olarak hesaplanmıştır. Ya da kentsel bölgede sağlık kurumları dışında doğum yapmış kadınların yüzdesi 14.4 iken bu rakam kırsal bölge için %35.7’dir. Bebek ölüm hızları da 2003 yılı için kentsel bölgede binde 23.0; kentsel bölgede binde 39.0’dır (1). Bu veriler çoğaltılabilir. Türkiye’de görülen tablo aslında Dünyanın diğer ülkeleri için de geçerlidir. Gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkeler eşitsizliklerin yarattığı sorunları gelişmiş ülkelere göre daha derin yaşayabilmektedirler.

Sadece sakatlık hali olmayışı değil; bireyin bedeneni, ruhen ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlanan sağlık (2); adalet ve eğitim gibi devletin sorumluluğunda sunulması gereken bir hizmetler bütünüdür. Bu noktada toplumda yaşayan bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşma sorunu yaşamaları ile ilgili birkaç temel soru başlığı aklı gelmektedir:

1. Var olan farklılıkları ortadan kaldırmak için müdahalelerdeki eksiklikler (kır-kent; coğrafi koşullar gibi)
2. Herkese eşit hizmet anlayışının kabulü ve bu yöndeki uygulamalar-daki yanlış algılama ve yönelimler
3. Sağlık hizmetlerinde “risk” kavramının iyi algılanamaması ve buna bağlı olarak da riskli durumların tespitinde ve çözümlenmelerinde eksiklikler

Sağlık açısından “riskli” bölgeler kavramı aslında “dinamik” bir yaklaşım gerektirmektedir. Çünkü sağlık alanındaki riskler zamana, coğrafi bölgeye, sosyo-demografik özelliklere, ekonomik koşullara, ani değişen koşullara, vb göre değişmektedir. Aşağıda bu düşüncüyü destekleyecek bazı örnekler sunulmuştur:

- a. Hastalık görülme sıklıklarındaki farklılıklar (örneğin; Karadeniz bölgesinin guatr ya da Güney Doğu Anadolu bölgesinin sıtma açısından riskli olduğunu bilinmesi durumu gibi).
- b. Herhangi bir sağlık sorununun o bölge için daha “önemli” halk sağlığı sorunu olması (örneğin; sanayi bölgelerinde işçi sağlığı sorunlarının ya da hava kirliliği sorunlarının sanayinin daha az geliştiği bölgelere göre daha “fazla” önemli olması gibi).
- c. Kentsel ve kırsal alanda yaşanan farklılıklar (örneğin kentsel yerleşim yerlerinde gecekondulaşma olgusu ve bu durumun yarattığı sorunlar kırsal bölgelerde daha az yaşanmakta; hatta yaşanmamaktadır)
- d. Mevsimsel koşullara göre risklerin değişebilmektedir (grip salgını gibi)
- e. Yaş gruplarına göre farklı sağlık sorunları (çocukluk, adolesan, gençlik, yaşlılık)
- f. Toplumsal cinsiyetin yarattığı farklılıklar
- g. Engellilik durumu sağlık hizmetlerine ulaşmayı engelleyebilmektedir
- h. Olağandışı durumların daha sık olarak yaşandığı bölgeler

Bu örneklerden yola çıkarak sağlık hizmetleri kurgusunun bu ve benzeri durumlara her zaman hazırlıklı olması gerektiğinin vurgulanması yerinde olur. Bir başka ifadeyle sağlık hizmetlerinde bütüncül, ihtiyaçlara göre yapılandırılan bir sürecin yaşatılması gerekir. Bu dinamik süreç de sürekli değerlendirme, bireyi ve toplumu birlikte ele alma, bireyin koşullarını bütün risk faktörlerini de önceleyerek gözden geçirme gibi sağlığın birey için temel bir hak olduğu kurgusu içinde beslenebilir. Aile Hekimliği (AH) kurgusu; çıkış noktası itibarıyla bu anlayışı benimsememektedir. Örneğin; aile hekimliği sisteminde birey kendi koşulları ile birlikte değerlendirilmektedir; onun hasta ya da sağlıklı olmasını sağlayan fiziksel, sosyal ve çevresel koşulları göz ardı edilebilmektedir. Oysa yukarıda da tanımlandığı üzere riskleri yaratan olguların pek çoğu bireyin dışında kalan koşullardır.

Türkiye’de riskli bölgelere erişimdeki farklılıkların ortadan kaldırılması için herkesin doğumdan ölüme kadar sağlık güvencesi altına alınması, sağlık hizmetleri için yetersiz olan kaynakları artırmaya yönelik ek kaynaklar yaratılması, entegre bir model içinde tek elden planlama, yatırım ve hizmet sunumunu da yürüten kamusal anlayış içinde sağlık hizmeti sunulması gerekmektedir. Ancak AH modelinde bu kurgunun sağlanmasının önünde engeller vardır. Riskli bölgelerdeki sorunların saptanması, çözüm önerilerinin geliştirilmesi ve çözümlerin uygulanması için gerekli bütüncül yaklaşım AH sistemi içinde yer almamaktadır (3,4).

Şu anda var olan Sağlık Ocakları; AH modeli ile sağlık işletmeleri haline dönüştürülmektedir. Bu yaklaşım kamu ve özel sektör arasında aynı finans kaynağı için rekabeti beraberinde getirecek; toplum yararını önceleyen kamu kurum ve kuruluşları “kar” amaçlı işletmeler halinde çalışmak zorunda kalacaklardır. Bu

temel noktanın bu kurumlarda çalışan kişilerin ve dolayısıyla da sistemin “toplumun eşit bir biçimde en üst düzeyde sağlık hizmeti alması” hedefi için yapmaları gereken çalışmalarını geriletebilecektir (3,4).

Sağlık sistemi içinde görev yapmakta olan sağlık çalışanları AH sistemi ile sözleşmeli personeller olarak tanımlanmaktadır. Bu önemli değişiklik onların bağımsızlıklarını kaybetmelerine, her türlü baskıya açık hale gelmelerine neden olabilir. Oysa hekimlik “bağımsız”, “baskılardan uzak”, sadece bireyin ve toplumun yararını gözeten, eşit hizmet sunumunu gerektiren bir felsefedir. Sözleşmeli çalışan hekimlerin bu yaklaşımlarını “koşulsuz” sürdürülebilmeleri olanaklı olmayabilir. Bu ve benzeri olumsuz koşullar hekimlerin çalışma şartlarından şikayet eden çalışanlar haline getirebilmektedirler. Sonuç olarak hekimlerin istihdam sorunları artacak; hekim dağılımındaki dengesizlik derinleşecektir.

Kaynaklar:

1. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2004.
2. WHO Definition of Health. <http://www.who.int/about/definition/en/> (Erişim tarihi: 11 Ocak 2007).
3. Aile Hekimliğinde Son Durum. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Eylül 2006.
4. Genel Sağlık Sigortası-Türk Tabipleri Birliği Görüşü. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Üçüncü Baskı, Ekim 2005.

Tartışma tutanağı

Ek soru: Kırsal kesimdeki riski azaltmak için mobil hizmeti örgütlendi. Bu mobil hizmetle riskli gruplara ulaşılabilir mi?

Hasan Akpınar:

Haftada bir saat mobil hizmet veriliyor, verilmeyen ev ziyaretleri gibi hizmetler. Yeni tespitler yapılmadığı sürece sadece kayıtlı olanlar hizmetlerden yararlanıyor. Göç edenler...

Mümtaz Peker:

Anne ölümleri ilk defa yayınlandı. Nusret Fişek zamanında bilinmezdi. Tüm sağlık ocağında çalışanlar bu anne ölümleri çalışmasında yer almışlar. Anne ölümleri, bebek ölümlerine karşı ancak sağlık ocaklarından gelen verilerle çare getirebiliriz, program üretebiliriz. Aile hekimliği ise bu veriye kör. Bebek ölüm hızı binde 40, Hacettepe'nin binde 28 rakamına inanmıyorum. Giderek tarihini bilmeyen bir toplum haline getiriliyoruz.

Meltem Çöl:

Kayıt herkesi kapsarsa, tamamen olursa düzenli olabilir belki. Kayıt sistemi bugün de yetersiz.

Hasan Akpınar:

224 sayılı yasadaki kayıt sistemi Aile hekimliğinde de var ancak İşlerin yoğunluğundan dolayı kayıt yapmak mümkün değil.

Naciye Demirel:

Boğaziçi Üniversitesinden bir ekibin yürüttüğü sosyal politika forumunun araştırması var. Adıyaman ve dört ilde maliyet ve coğrafi ulaşım açısından değerlendirme yapılmış, sonuçta erişim engelleri var.

BİR KÜLTÜR ÖRÜNTÜSÜ OLARAK ÜLKEMİZ VE SAĞLIK

Toplumumuzda kültürel birikim sağlığı destekleyici midir, engelleyici midir? Aile Hekimliği bu süreçte sağlık gereksinimini karşılayıcı kültürel destek bulur mu?

Hacer Nalbant

Soyolog, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın ve Çocuk Sağlığı Araştırma Merkezi.

Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanan Sağlıkta Dönüşüm kapsamında 2003 yılından bu yana Aile Hekimliği Merkezlerinin oluşturulması yoluyla birinci basamak hizmetlerinin yeniden düzenlenmesine gidilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin temel sağlık hizmetleri ve tedavi hizmetlerinin bütünsel ele alınması ve bir ekip tarafından sağlanmasının öngörüldüğü 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleşmesi Hakkında Kanun ile düzenlenmiştir (TTB, 2007). Yasada birinci basamak sağlık hizmetlerinin ebeler tarafından yürütülen ev ziyaretleri yoluyla topluma ulaştırılacağı öngörülmüştür. Ebelerden bu ziyaretler sırasında anne ve çocuk sağlığına ilişkin koruyucu hizmetleri düzenlemek için bilgi toplama ve bağlı buldukları sağlık ocaklarında nüfusun bu gereksinimlerinin karşılanması öngörülmekteydi. Sağlık ocaklarında pratisyen hekim yönetiminde bir ekibin temel sağlık hizmeti sunması planlanmıştır. Değişen sağlık politikaları, artan nüfus sayısı ve sağlık çalışanlarının sayıca yetersiz olması nedeniyle birinci basamak hizmetlerini planlandığı gibi sürdürmek mümkün olmamaktadır (TUSİAD, 2004).

Türkiye’de sağlık göstergeleri ve hizmet alanların yaşam koşullarına ilişkin verileri inceleyerek hizmetten yararlananların genel özellikleri hakkında bilgi sahibi olabiliriz. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından yürütülen Nüfus ve Sağlık Araştırmaları bulguları ve Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yayınlanan istatistikler Türkiye nüfusunun özellikleri hakkında ayrıntılı bilgi edinmemizi sağlamaktadır (TNSA 2003, TÜİK 2007).

Türkiye’de nüfus ve sağlık hizmeti göstergeleri batıdan doğuya doğru gidildikçe düşmektedir. Ekonomik ve kültürel özellikler açısından bölgeler arasında farklılıklar bulunmaktadır. Sağlık çalışanı başına düşen kişi sayısı bölgeler arasında farklılık göstermektedir.

Hizmetten yararlananlar hastalık olmaması durumunda kendilerini sağlıklı olarak nitelediklerini belirtmişlerdir (Alkoy 2002). Gebelik izlemi ve üreme sağlığı hizmetlerinde sorun yaşamadıkça sağlık kuruluşuna başvurmadıkları, ekonomik ve sosyal faktörlerin engelleyici olduğu görülmektedir (Sağlık Arama Davranışı, 2007).

Hane halkı geliri

2005 yılında hanehalkı geliri hakkında yapılan bir araştırmada kentte yaşayan

hanelerin %53'ü, kırdı yaşayan hanelerin %60'ı aylık gelirleriyle hane ihtiyaçlarını karşılamayı zor ya da çok zor olarak nitelendirmişlerdir (TUİK, 2007). İşsizlik oranının yüksek olduğu, sosyal güvencesi olmayan hanelerin sayısı da göz önüne alındığında ekonomik durumun sağlık hizmeti almayı etkileyen en önemli faktör olmaya devam ettiğini görmekteyiz.

Sosyal roller

Kadınların ve erkeklerin sosyal rollerinin ataerkil düzen tarafından belirlenmesi, geleneksel tutumlar, inançlar kadınların üreme sağlığı davranışını etkilemektedir. Sağlık hizmeti alma kararı gebe kadın yerine eş ya da geniş ailelerde diğer aile üyeleri tarafından verildiğinde hizmetten yararlanma azalmaktadır.

Eğitim

Türkiye'de, 1998'de kabul edilen yasa ile sekiz yıllık eğitim zorunlu olmuştur, ancak kadınlar ve erkekler arasında varolan okuryazarlık ve okullaşma farklılığı, bölgelere ve kentsel/kırsal yerleşim yerlerine göre de farklılıklar göstermektedir. Altı yaş ve üzeri nüfus için kadınlarda yüzde 81 ve erkeklerde yüzde 94 olmuştur olarak bulunmuştur (TUİK, 2007).

Anne bebek ölümlülüğü

TNSA 2003 verilerine göre anne ve çocuk sağlığı açısından önemli bir konu olan doğum öncesi bakım ve doğuma yardıma ilişkin, annelerin yüzde 81'i araştırma tarihinden önceki son beş yıl içinde gerçekleşen en son doğumlarında en az bir kez, sağlık personelinden doğum öncesi bakım almıştır. Annelerin dörtte üçü doğum öncesi bakımı doktordan almıştır. Diğer taraftan, annelerin yaklaşık beşte biri doğum öncesi herhangi bir bakım almamıştır.

Kentsel alanlarda yaşayan kadınlar ile Doğu bölgesi dışındaki bölgelerde yaşayan kadınlar, ve en az ilköğretim düzeyinde eğitimi olan kadınların doğum öncesi bakım almaları diğer kadınlarla karşılaştırıldığında daha fazladır.

Konutlarda şebeke suyu

Kentsel alanlarda, içme suyunu konutlarının yüzde 64'ünde ev içindeki kaynaktan sağlanırken, yüzde birden daha azı ortak kullanılan şebeke suyu kullanmaktadır. Kırsal alanlardaki hanelerin yaklaşık üçte biri içme suyunu şebeke suyundan sağlamaktadır. Kırsal alanlardaki her on haneden biri içme suyunu şebeke suyu dışında bir kaynaktan karşılamaktadır (TUİK, 2007)..

Tuvalet olanakları

Türkiye'deki hanelerin üçte ikisi modern tuvalet olanağına sahiptir. Kentsel alanlardaki hanelerin modern tuvalet olanağına sahip olma oranı (yüzde 93), kırsal alanlardaki hanelere göre (yüzde 36) oldukça yüksektir. Türkiye'de hanelerin yüzde 23'ü açık ya da kapalı çukur kullanmaktadır. Bu oran kentsel kesimde yüzde 7 iken, kırsal kesimde yüzde 61'dir. Modern tuvalet olanaklarına sahip olmayan konutlarda yaşayanlar ciddi sağlık sorunları yaşayabilirler (TUİK, 2007).

Oda başına düşen kişi sayısı

TNSA-2003 kapsamında gece uyumak için kullanılan odaların sayısına ilişkin bilgi de toplanmıştır. Hanelerin yüzde 74'ünde yatak odası başına bir ya da iki kişi; yüzde 21'inde ise üç ya da dört kişi düşmektedir. Kırsal kesimde yer alan hanelerde yatak odası başına düşen kişi sayısı kentsel kesimde yer alan hanelere göre daha yüksektir (sırası ile 2.6 ve 2.3 kişi).

Sağlık politikalarında öncelikler

Uygulanan programlar yoluyla yüksek olan anne bebek ölümlülüğünün düşürülmesi, doğurganlığın düzenlenmesi, doğum ve doğum öncesi bakım hizmetlerinin iyileştirilmesi öncelikli konular arasında yer almaktadır.

Nüfus içinde oldukça önemli oranı oluşturan çocukların bağışıklanması, gençlerin üreme sağlığı konularında bilgilendirilmesi, doğurganlık çağında olan kadınların üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanmaları ve taramaların yaygınlaştırılabilmesi de öncelikli uygulamalar arasındadır. Yaşlıların izlenmesi, kronik hastalık kontrollerinin yerleştirilmesi, çevre sağlığını korumaya yönelik düzenlemelerin gerçekleştirilmesi de yine genel sağlığın korunmasına ilişkin hedefler arasındadır.

Sağlık Hizmetlerinden yararlananları beklentileri

Sağlık programlarında öncelikli yere sahip olan konular olan gebelik, doğum hizmeti ve topluma dayalı hizmet sunumu değerlendirme araştırmaları bulguları hizmetten yararlananların beklentilerini tanımlamakta yardımcı olacaktır (Hizmet Araştırmaları). Sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi kapsamında Düzce'de yürütülen Aile Hekimliği Pilot Bölge Uygulaması'na ilişkin Pratisyen Hekimlik Derneği tarafından oluşturulan Çalışma Grubu raporu bulguları da sağlık hizmetlerinden yararlananların beklentileri ile benzerlikler göstermektedir (PHD, 2006).

Kırsal bölgede gereksinim duyulan hizmetin birinci basamakta sağlanmaması, ikinci basamağa başvuruda sosyal güvence olmayışı, ulaşımın zorluğu, ekonomik durumun hastalık ve ulaşım masraflarını karşılayamaması gibi nedenlerle hizmete ulaşmada zorluklar yaşandığı bilinmektedir.

Kentlerde sağlık hizmetlerinin çeşitliliği ve yaygınlığı sosyal güvencesi olanlar ve ekonomik durumu uygun olanlar için hizmetleri ulaşılabilir kılmaktadır. Kentte yaşayanlar arasında bu olanaklara sahip olamama halinde ise yine kırsal bölgelerde yaşanan sorunlara benzer sorunlar yaşanmaktadır.

Kentlerde yaşayanlar arasında özel sağlık hizmetlerinden yararlanma isteği ve özel hizmetlere güven duyma daha sık karşılaşılan bir durumdur. Uzaklık, bekleme, ilgisizlik ve kalabalık olduğu gerekçeleriyle kamu kuruluşlarını kullanmak yerine özel doktor ve kliniklerden hizmet almayı tercih ettikleri anlaşılmaktadır.

Hizmete ulaşma

Sağlık kuruluşuna olan mesafe hizmet almayı olumsuz etkiliyor, hizmet kullanıcılar sosyal güvenceleri olduğunda bile saatler sürecek bir yol kat etmek istemiyorlar. Evlerine yakın olan, tanıdıkları yerlerden hizmet almak istiyorlar.

Kadının ev içindeki konumu ve eşin tutumu çok önemli. Özellikle üreme sağlığı söz konusu olduğunda sağlık hizmeti almaya gitmek için eşten izin alabilmek sorun olabiliyor. Sağlık kuruluşu uzak mesafede ise sorun daha da ciddileşiyor. Sağlık kuruluşuna giderken refakatçi bulmak, ya da çocukları bırakacak birini bulmak da bir başka zorluk yaratıyor. Gebelikte izlem sırasında gebeler de uzak mesafedeki sağlık kuruluşlarına tek başına gitmeyi uygun bulmuyorlar.

Başvuranlar için rehberlik yapılması önemli, hangi hizmetlerin alınacağı, nereye başvurulacağı bilinmediğinde başvuranlar zorluk yaşıyorlar. Bu yüzden sağlık kuruluşlarında hangi hizmetlerin sunulduğunun bilinmesi daha çok önem kazanıyor. Birinci basamaktan sevk edilen başvuran kendisiyle yeterince ilgilenilmediğini düşünüyor.

Hizmetten beklenenler

Hizmetten yararlananlara nasıl hizmet almak istedikleri sorulduğunda “iyileşmek” ve “beklememek” istediklerini belirtiyorlar. Başvurdukları kuruluştaki sorunun çözümlenmesi, sevk edilmemek, uygun fiyata hizmet almak memnuniyeti etkileyen faktörler arasında. Hizmetler için ödenen para önemli, verilen hizmetler pahalandıkça, alım gücünü aştıkça katılımcının seçenekleri azalıyor. Yeşil kart sahibi olanlar muayeneye para vermediklerini ancak ilaçları almak için paralarının olmadığına ilaç alamıyorlar. Ulaşım için ayrılan para yine bir engel oluşturabiliyor.

Hizmet sunuculardan beklentiler

Hizmet almak için başvuranlar sağlık çalışanlarından iyi muamele görmek istiyorlar, gittikleri kurumlarda düzgün konuşmadıkları ya da yoksul göründükleri için uygun olmayan davranış ve tutumlarla karşılaşmak istemiyorlar.

Sağlık hizmeti aldıkları kuruluşlarda bilgilendirilmek istiyorlar, hastalıkların nedenlerini, nasıl korunacaklarını, ilaçların nasıl kullanıldığını öğrenmek istiyorlar. Hastalara muayene yapılmadan ilaç verilmesini istemiyorlar.

Varolan hizmetlerin uygunluğu ve hizmetlerin niteliği

Birinci basamaktan hizmet alanlar başvurduklarında hizmet sunanın doktor ya da hemşire olmasının önemli olmadığını önemli olanın sorunun giderilmesi olduğunu söylüyorlar. Testler için tam teşekküllü hastaneye gönderilmek yerine birinci basamakta yapılmasını istediklerini belirtiyorlar.

Başvurdukları kliniklerde hizmetlerin işleyişini etkileyen etkenler arasında en başta gelen sorun olarak gördükleri, sağlıkçıların çalışma düzeninin ve malzemenin sürekliliğinin sağlanmasını istiyorlar.

Sağlık çalışanlarının beklentileri

Sağlık çalışanları görevlerini yerine getirmeye çalışırken, ağır iş yükü, nöbetlerin sık oluşu, fizik koşulların yetersizliği ve olumsuz çalışma koşulları (örneğin iş tanımının olmaması, eşitsiz iş yükü dağılımı) gibi sorunlarla karşı karşıya kaldıklarında verimli çalışamadıklarını bildiriyorlar.

Aile Hekimliği ve Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma

Sağlık hizmetinden yararlanma davranışı ekonomik sosyal faktörlerden etkilenmektedir. Bölgesel ve kültürel etkenler tutumlarda çeşitliliğe yol açsa da temel beklenti hizmet almak için başvurulduğunda gecikme olmaksızın sorunun çözümlenmesidir. Sağlık güvencesi olmayan ve ekonomik olarak ücret ödeyemeyecek durumda olanlar hizmete ulaşamamaktadır.

Aile Hekimliği Merkezlerinde sunulan hizmetler, başvuranların hizmete ulaşabildiği, hizmetlerin niteliği katılımcıların hizmetten ve hizmet sunuculardan beklentilerini karşılayabildiği sürece uygun olacaktır. Aile Hekimliği Pilot Bölge Uygulaması Raporu'nda, sağlık politikasında öncelikli konulara ilişkin bulgular hizmetten yararlanan ve hizmet sunanlarla yapılan görüşmelere dayanmaktadır. Sınırlı olanaklarla hizmet sunan sağlık çalışanları iş yükü ve uygulamalara ilişkin sorunlarını, hizmetten yararlananlar da beklentilerini dile getirmişlerdir. Özellikle koruyucu hizmetlere yönelik uygulamaların yürütülmesinde zorluklar yaşandığı göze çarpmaktadır. Kullanıcı memnuniyetine yönelik beklentilerin karşılanmaması durumunda yeni düzenlemeler "daha iyi hizmet sunma" amacına ulaşamayacaktır.

Sağlık çalışanlarını ve kullanıcıları kapsayan değerlendirme araştırmalarının yapılması için sektörler arası işbirliği yapılmalı ve hizmetlerin niteliği derinlemesine sorgulanmalıdır. Yapılacak değerlendirmelerden alınan bilgiler kullanılarak ülkenin sağlık önceliklerine yönelik düzenlemeler yapılması yoluyla kullanıcı memnuniyeti sağlanabilir.

Kaynaklar:

1. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. http://www.tb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=24&Itemid=28
2. Alkoy S. Ümraniye İlçesinde Kişilerin Sağlığı ve Hastalığı Açıklayışları, Sağlık Arama Davranışları, İyileştirici Sağlık Hizmetlerini Kullanımları, Aldıkları Sağlık Hizmetinden Memnuniyetleri ve Bunları Etkileyen Etmenler (Yayınlanmamış doktora tezi) Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı ABD (Tez danışmanı: Prof. Dr. O Hayran), 2002.
3. Bulut A. Nüfus ve Kalkınma Politikaları Önerileri: "Türkiye'de Sağlık Varlık İçinde Yokluk" Nüfus ve Kalkınma Stratejileri Alt Programı Çalışmaları, Türkiye Bilimler Akademisi ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu TUR / 3 / 02 / 02-011 P09-2-2004 / Sağlık. Yayınlanmamış rapor. Aralık 2004
4. Bulut A, Turan JM. 1995. "Postpartum Family Planning and Health Needs of Women of Low Income in İstanbul." *Studies in Family Planning* 26(2): 88-100.
5. Turan, JM, Bulut, A., Nalbant, H. 1997 . The Quality of Family Planning Services in Two Low-Income Districts of İstanbul, *The Turkish Journal of Population Studies.* (19) 3-24.
6. Turan JM, Nalbant H, Bulut A, Mosley WH, and Gökçay G. 2002. "Promoting Postpartum Health in İstanbul: Does Including Fathers Make a Difference?" in *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning.* New York, The Population Council.

7. Turan JM, Nalbant H, Bulut A, and Sahip Y. 2001. "Including Expectant Fathers in Antenatal Education Programmes in İstanbul, Turkey" *Reproductive Health Matters* 9(18): 114-125.
8. Turan JM, Ortaylı N, Nalbant H, Bulut A. 2003. "İstanbul'da Üç Hastanede Gebelik ve Doğum Hizmetlerine Yakından Bakış" (An In-Depth Look at Pregnancy and Childbirth Services at Three İstanbul Hospitals) İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi, İstanbul.
9. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü. HÜNEE, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, DPT ve Avrupa Birliği; Ankara 2004.
10. Türkiye İstatistik Kurumu, <http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do>
11. Türkiye Sanayi ve İşadamları Derneği, Türkiye Sağlık Hizmetleri Reformu Raporu. İstanbul: TUSİAD; 2004.
12. Nalbant H, Bulut K. Willows Foundation Topluma Dayalı Üreme Sağlığı Hizmetleri Projesinde Sağlık Kuruluşlarıyla İletişim/Hizmetin Kalitesinin Değerlendirilmesi, 2001 (Yayınlanmamış rapor).
13. Sağlık Arama Davranışı – Henüz kabul edilmedi- Yayınlanmamış Rapor (29 Mart 2007 de araştırma sonuçları açıklanınca yenilenecek)

Tartışma tutanağı

Handan Yüksel:

Bir Polio vakası aklıma geldi. Erkek çocuktü, ona bir şey olmasın diye aşılammamıştı, ilçe sağlık kurulları toplumda bilgilennemeyi arttırır.... Kabul edilebilirlik için kurullar vardı ve toplum liderlerinden yararlanılıyordu. Ama aile hekimliğinde bu yok.

Dilek Aslan:

Kültür bir noktada ayrımcılık yapar,: Kültür, kırsal kesimde engelli kişiyi kısıtlayıp, gizleyebilir. Toplumı tanımayan bir hekim modeli varsa bu durumu zorlaştırır. Aile hekimliği modeli bu noktada başarılı olmayacaktır.

Seval Alkoy:

İnsanlar özel sağlık kuruluşlarından aldıkları hizmette insancılığın var olduğunu ama meta haline geldiğini de ifade ediyorlar. Kamudan insancıl hizmet istiyorlar.

Hakan Pehlivan:

Bazen dinin sağlığı engelleyici etkileri olabiliyor.

Muzaffer Eskiocak:

Şimdiye kadar dışlanma, sağlık hizmetlerine erişememe, bazı dezavantajlıların ihmal edilmesi, kişi-aile-grup bağlamında coğrafyamızda var gibi gözüküyor. Bu durum tasada ve kıvançta birlik duygularına nasıl etki yapar?

Toplumsal dayanışmada tasada birlik açısından Sağlık ne anlamlar yüklüdür?

İnci User

Sosyolog, Yrd.Doç.Dr. Marmara Üniversitesi

“Tasada birlik” kavramı, sosyal politikanın sosyal denge ve sosyal bütünleşme hedeflerini çağrıştırmaktadır. Bilindiği gibi, sosyal refah devleti, liberal devletin geleneksel adalet, asayiş ve savunma hizmetlerinin dışına çıkarak eğitim, sağlık, konut, sosyal güvenlik, sosyal yardım gibi, toplumun tüm kesimlerinin refahını ilgilendiren kamusal hizmetleri de üstlenir.

Sosyal denge hedefi, bölgeler arasındaki gelişmişlik farklarının ve kırsal-kent ayrımının azaltılmasını, çeşitli bölgelerde yaşayan insanların kalkınmanın getirilerinden, ekonomik ve toplumsal hizmetlerden dengeli biçimde yararlanmalarını kapsar. Eğitim, sağlık, konut, altyapı ve çevre hizmetlerinin tüm toplum kesimlerine ulaştırılması, sosyal denge için zorunludur. Sosyal denge sağlanmadığında, toplum kesimleri birbirine yabancılaşır; toplumda gerilim, çatışma ve çözümlere ortaya çıkar. Toplumun hiçbir kesiminin aşırı yoksullaşarak toplumsal yaşamdan dışlanmasına olanak vermeyen, bütünleştirici politikalar çözülmenin tek alternatifidir.

Sosyal politika yaklaşımı içinde, sağlık yarı kamusal bir maldır ve üretimi ancak kısmen özel sektöre bırakılabilir. Devletin görevi, ekonomik ve/ya da kültürel nedenlerle sağlık hizmetine erişememe riski olan tüm kesimlerin sağlık gereksinimlerini karşılamaktır. Sağlık talebi ve hizmetlere erişim hem maddi olanaklara hem de bilgi, bilinç, güçlülük gibi etkenlere bağlı olduğu için, hizmetin talebe bağlı hale getirilmeyip topluluklara taşınması çok önemlidir. Bu bağlamda alanda sağlık taraması, koruyucu hizmetler, aile planlaması, doğum öncesi bakım gibi konular yaşamsaldır. Öngörülen yeni sistemin bu koşula uygun olup olmadığı tartışılmalıdır.

Tartışma tutanağı

İnci User

Sağlığı koruma ve geliştirme tedbirle ilgili bir şey. Biz ise tedbir almıyoruz. Kaderci bir yaklaşımımız var. Depremde de ortaya çıktı.

Dayanışma, kültürümüzün parçası. Geleneksel dayanışma aileye ve cemaate dönüktür. Toplumun diğer bireyine dayanışma gösterme kültürü yok. Toplum için bilinen tek dayanışma modeli sosyal devlet.

Aile hekimliği sağlık konusunda dayanışmanın tam aksini getirecek. Eğer sosyal politika yoksa gemisini kurtaran kaptan ortaya çıkıyor.

Murat Civaner

Tıp için de söylenenler yansiyacaktır. Bu Tıp kurumuna da yansiyacak. Kendi yaşamımıza dair önemli bir sorun olduğunda başvuracağımız kurum da yara alacak.

Cavit Olgun:

Hasta bireye toplum desteği hastalık bilincini geliştirir. Dayanışma duygusu bilinçleştirici bir etki de yapar. Mevlana hasta ziyaretleri tavsiye ediyor. Hastalık deneyimi toplumdan topluma aktarılır. Dayanışma duygusunun sağlık eğitimi yönünde etkisi var.

Kevser Vatanserver:

Sağlıkçıların oluşturduğu ayrı bir kültür, hastaların oluşturduğu ayrı bir kültür örüntüsü var. Sağlığı toplumda verilen değerle, sağlıkçıların verdiği değer arasında fark var. Sağlıkçıların biyomedikal bir yorumu var. Hasta merkezli bakım birinci basamakta çok önerilen bir modelken, aile hekimliği modeli hastalık merkezli bir model öneriyor. Sağlıkçılarla hastalar arasında bir perspektif farkı var..... Bu da kopuşa neden olacak.

MODELLERİN UYGUNLUĞU VE AİLE HEKİMLİĞİ: BİR MODEL OLARAK AİLE HEKİMLİĞİ SORUN ÇÖZÜCÜ NİTELİKTE MİDİR?

Aile Hekimliği Modeli Bireye Yönelik Korunmayı Gerçekleştirebilir mi?

Handan Yüksel

Aile Hekimliği Uzmanı, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Arş. Gör.

Bilindiği gibi kişiye yönelik koruyucu hizmetler bağışıklama, aile planlaması hizmetleri, erken tanı, kemoproflaksi, kişisel hijyen, sağlık eğitimi ve yeterli beslenme alt başlıklarında toplanır. Aile hekimliği modelinin bunlardan erken tanı, kemoproflaksi ve kişisel hijyen şıklarını karşılayabileceği düşünülebilir. Ancak bağışıklama, aile planlaması hizmetleri, sağlık eğitimi ve yeterli beslenme konusunda ciddi şüpheler uyanmaktadır. Her ne kadar tüm kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri 2004 Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanunla Aile Hekimine yüklenmişse de pilot uygulamada çelişkili tutumlar izlenmektedir.

Düzce' de görülen aksaklıklardan olsa gerek yeni pilot illerde bağışıklama ve aile planlaması hizmetleri yürütülmesi açısından yeni düzenlemelere gidilmiştir. Bağışıklama hizmetlerinin ne kadarının Aile Hekimi tarafından ne kadarının toplum sağlığı merkezince yerine getirileceği açık değildir. Okul aşılarının toplum sağlığı merkezince verilmesi ön görülmüş ancak diğer bağışıklama hizmetleri açısından da toplum sağlığı merkezlerinin aile hekimliği merkezlerini destekleyeceği belirtilmiştir. Destek soyut ve ölçülemez bir kavramdır. Aşı oranları bağışıklama başarısını gösteren ölçütlerdendir ve hesaplamak için payda yani ne kadar nüfusa aşı yapmak gerektiği bilinmelidir. Yine Aile Hekimliği yasasında kayıt tutma görevi aile hekimlerine verilmiştir. Aynı zamanda da prim ödemeye ne herhangi bir hizmet vermemeleri emredilmektedir. Dolayısıyla risk grubunda olmasına rağmen herhangi bir hastalık için bağışıklama hizmetini alamayacak ve hatta tespit bile edilmemiş bir toplum kesimi kalacaktır. Oysa yine iyi bilindiği üzere aşılama hizmetleri bir toplumda ne kadar çok kişiye ulaştırılabilirse (kapsayıcılık) bulaşıcı hastalıklarla savaşta o derece başarılı olunur.

Aile planlaması hizmetleri açısından da modelde iki önemli açık söz konusudur. Birincisi bir haftalık kursla aile hekimi olacak pratisyen hekimlerin önemli bir kısmının rahim içi araç uygulama sertifikası bulunmamaktadır. Bizim gibi gelişmekte olan ülkeler için önerilen bir aile planlaması yöntemi olan rahim içi araç için bu durum fark edilmiş olsa gerek ki yeni pilot illerde bu görev gerekli sertifikası bulunan hekim ve yardımcı sağlık personelinin istihdam edileceği toplum sağlığı merkezlerine verilmiştir. Yine aynı görev için birden fazla sorumlu belirlendiği görülmekte oysa deneyimler göstermiştir ki birçok kişinin yapacağı işi kimse yapmaz. Aile planlaması hizmetleri ile ilgili ikinci büyük açık da aile planlaması modern yöntem kullanımının malzeme desteği ile desteklenmemesidir. Halen eleştirilen sağlık ocaklarında ebeler ve doktorlar aile planlaması yöntemleri hakkında danışma hizmeti vermekte bundan başka da ücretsiz oral kontraseptifler, kondom ve enjektabil hormonal kontraseptifler dağıtılmaktadır.

Sağlık eğitimi her hekimin görevi olmakla birlikte, sadece muayeneye gelen yani hizmet talep eden kişilere sağlık eğitimi vermekle “topluma sağlık eğitimi hizmeti vermekteyiz” denemeyeceği açıktır. Eğitimin önemli ilkeleri vardır ve halk eğitimi ise belki de en zor gerçekleştirilecek eğitim türlerindedir. Başarılı bir halk eğitimi çıktılarını halkın eğilim ve davranışlarından izlemek yani bir değişim meydana getirmek gerekir. Sık tekrarlanması, pek çok sağlık çalışanınca vurgulanması verilen eğitimin başarısını artıracaktır. Yine pilot uygulamada izlenen aile hekimlerinin yalnızca kendine muayeneye gelenlere sağlık eğitimi verdiğidir. Ayrıca pek çok hekimin artan iş yükünden dolayı yazdığı reçeteyi hastanın nasıl kullanması gerektiğini dahi anlatamadığından yakındığı görülmüştür.

Toplum beslenmesinin önemi ve eşgüdümlü bir çaba olmadan yalnızca hekim tarafından başlanamayacağı ise çok kesin bir durumdur.

Tartışma tutanağı

Muzaffer Eskiocak:

Korunma şansı herkes için eşit midir? Kentte bile gecekodu bölgelerinde bağışıklama hizmetlerine daha az ulaşıldığına dair yayınlar var.

Dilek Aslan:

Bireysel koruma her insan için aynı değil. Her göstergede bu anlamda farklılık var, engelli olmanız, ayrımcılığa uğruyor olmanız önemli.

Nazmi Algan:

En temel acı gerçek yoksulluk. Yoksullar ötelenmiş dezavantajlı grup.

Aslı Davas:

Toplumda dezavantajlı kesimlerin, yaşlıların engellilerin en çok kullandıkları birim Sağlık Ocağı.

Muzaffer Eskiocak:

Sosyal güvenlik sistemleri toplumu yeniden üretme araçlarıdır. Toplumun ürettiği zenginlikten dezavantajlılara kaynak aktarırlar. Dezavantajlılara kaynak aktarma hedefi güdülmelidir. Aile hekimliğinde başvuruya dayalı hizmet olduğundan bu mümkün değildir.

Ali Osman Karababa:

Toplumsal gelirin hakkaniyet çerçevesinde dağıtılması önemli bir parametre. Ulusal gelir yüksekse olumluluk her kesimde olacaktır. Toplumsal gelirin hakkaniyet çerçevesinde dağıtılması mümkünse olumlu olacaktır.

Çevreye yönelik korumayı gerçekleştirebilir mi?

*Ali Osman Karababa
Prof.Dr. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

Ülkemizde sağlıkta reform uygulamaları çerçevesinde pilot iller düzeyinde hayata geçirilmeye çalışılan sağlıkta dönüşüm programının getirdiği aile hekimliği uygulaması ise bu temel kurguyu kökünden değiştirerek tedavi edici hekimliği, sağlık hizmetlerinin temel eksenine hem de hizmetleri özelleştirerek oturtmaya çalışmaktadır.

Oysaki çağdaş sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak sağlığın korunması üzerine kurgulanmıştır. Ülkemizde 1961 yılında kabul edilen ve hala uygulanmakta olan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Modeli de, sağlığın korunmasını modelin ana hizmet alanı olarak kabul etmiştir. Bu kabul uyarınca birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği sağlık ocaklarında bireye ve çevreye yönelik sağlık hizmetlerinin yürütülmesi öngörülmüştür.

Birinci basamak sağlık hizmetleri için önemli bir yer tutan çevreye yönelik koruyucu hizmetler aşağıdaki gibi sıralanabilir:

Yeterli ve temiz içme-kullanma suyu

Atıkların yok edilmesi

Besin hijyeni

Barınak hijyeni

Çevre ve hava kirlenmesinin önlenmesi

Vektör denetimi

Kuşkusuz günümüzde giderek çeşitlenen ve büyüyen çevre sorunları ve buna bağlı olarak artan hastalık yükü, bu hizmetlerin öneminin de giderek artmasına yol açmaktadır. Var olan mevzuat karmaşasına rağmen, sağlık ocaklarının ilgili diğer kurumlar ve sektörlerle işbirliği yaparak yukarıda belirtilen çevreye yönelik hizmetlerini yürütmesi, bu alana yönelik toplumsal riskleri azaltması söz konusudur. Ve sağlık ocaklarında bu hizmetler, kurumun sınırları tanımlanmış bölgesinde, konuya yönelik eğitim almış personel tarafından bütünlükçü bir bakış çerçevesinde verilmektedir.

Aile Hekimliği Uygulamasında ise;

- Bir hizmet bölgesi söz konusu değildir,
- Hizmet tedavi merkezlidir,
- Çevre sağlığı ile ilgili bir görev tanımı yoktur,
- Çevre ile ilgili personel yoktur.

Yeni uygulamada çevre sağlığı hizmetleri toplum sağlığı merkezleri tarafından yürütülmesi öngörülmektedir. Ancak burada en önemli sıkıntı hizmet bütünlüğünün yitirilmesidir. Yine toplum sağlığı merkezlerinde aile hekimliği sözleşmesi imzalamayan hekimler çalıştırılacaktır. Bu nedenle ciddi bir güdülenme eksikliği gündemde olacaktır. Ayrıca ücretlendirme performans kriterlerine göre yapılacağından aile hekimleriyle toplum sağlığı merkezlerinde çalışan hekimler arasında ciddi ücret farklılıkları olması da hizmeti aksatacaktır.

Sonuç olarak, sınırlı hatta yetersiz sayıda personel, güdülenme eksikliği, bütüncül yaklaşımın kaybı, denetim eksikliği, ücret sorunları gibi farklı nedenlerle çevreye yönelik hizmetlerde çok büyük aksamalar olması beklenmelidir.

Beklenen en büyük sıkıntı alanlarından biri bu. Sağlığın bütüncül yaklaşımının ortadan kalkması. Çevre sağlığı başlı başına önemli bir yer tutuyordu. Çevresel riskler çok artmıştır. Sağlık örüntüsü buna bağlı olarak değişmiştir. Çevreye yönelik hizmetler önemli, su hijyeni, gıda hijyeni, vektör kontrolü, hizmetler ve yetişmiş elemanlar var. AH bu hizmetleri tanımlamamış. Bu hizmetler toplum sağlığı merkezlerine yönlendirilmiş durumda. AH temel çıktılarına baktığınızda bahsedilse de bireyin korunması anlamında yer yok. Sağlık hizmetlerinin parçalanması nedeniyle çevresel risklerden kaynaklanan hastalıklarda ciddi artışlar

Tartışma tutanağı

Ek soru: Çevreden kaynaklı sağlık sorunları, GSS, temel teminat paketinde bu hizmetler yer alır mı? belediye, sigortacı, hastalar arasında çatışma çıkar mı?

Ali Osman Karababa:

Yüksek riskler paketin dışında tutulacak. Sigara içen birinin hizmet bedeli yüksek olacak. Yatağan'da yaşayan birinin sigorta bedeli yüksek olacak. İşçinin sigorta bedeli buna göre belirlenecek. Çünkü onların sağlık sorunları daha hızlı gelişecek.

Kevser Vatanserver:

En çok tartışılan konu birinci basamak ile toplum sağlığı hizmetlerinin nasıl entegre edileceği. GSS olan ülkelerde önemli. Hollanda eşitsizliğin en az, başarının yüksek olduğu ülkelerden biri. Obez çocuklar için çocuk parklarını kim tasarlayacak? Belediye bunla kendini yükümlü hissetmiyor. Bu o çocuklar için çok önemli. Tanımlanmamış görev.

Topluma yönelik korumayı gerçekleştirebilir mi? (Bağışıklama, salgın yönetimi)

*Dr.Oya Zeren Afşar
Halk Sağlığı Uzmanı, DSÖ, Bağışıklama Birimi, Cenevre*

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Dünya Bankası'nın tanımladığı anlamda sağlık reformu sürecine giren ülkelerde bağışıklama hizmetlerinin etkinliğinin sürdürülebilmesi için şu temel fonksiyonların mutlaka korunmasını önermektedir:

- Yeterli aşı ve aşılama malzemesi temini
- Aşılama hizmeti sunulan tüm kurumlarda etkili ve güvenli aşı bulundurulması
- Aşılanması gereken tüm popülasyonun sisteme erişiminin ve hizmetleri kullanımının sağlanması
- Aşılama güvenliğinin sağlanması (aşının doğru uygulanması, güvenli enjeksiyon, güvenli atık imhası)
- Aşıların takvime göre zamanında uygulanması
- Kayıt ve bildirim geliştirilmesi
- Etkin hastalık sürveyansı ve aşı sonrası istenmeyen etkilerin (ASİE) sürveyansı
- Aşılama programı finansmanının sürdürülebilirliğinin sağlanması

Sistemin değişmesi en az birkaç yıllık bir süreci gerektirdiğinden, sağlık reformunun tüm unsurları işlerlik kazanana dek aşılama hizmetlerinin olumsuz etkilenebileceği, dolayısıyla yukarıdaki fonksiyonların korunduğundan emin olunması uyarısında bulunmaktadır.

Planlama ve bütçelendirmede aşılama ve bulaşıcı hastalık kontrolünün öncelikler arasında değerlendirilmesi, kaynakların etkili kullanımı için birinci basamak sağlık hizmetlerinin entegre şekilde sunulması, hizmette hakkaniyetin sağlanması için aşılama hizmetlerinden tam yararlanamayanlara ulaşacak düzenlemeler yapılması önerilmektedir. Aşılama hizmetlerinin ücretsiz sunulması gerektiği, kişi katkısı alınmaya başlanırsa özellikle yoksul kesimlerin hizmete talebinin ve erişiminin çok azaldığı vurgulanmaktadır.

Aile hekimliği sistemi özelinde, ülkemizdeki son düzenlemeler de göz önüne alınarak, bağışıklama hizmetleri ve bulaşıcı hastalık kontrolünün aşağıdaki gibi etkileneceği düşünülmektedir:

A) Hizmetin planlanması ve altyapısı

1. Aşılama politikaları, finansman

- AH sisteminde aşılama hizmetlerinin ücretsiz olarak belirlenmesi olumludur, ileride daha pahalı aşılar takvime girdiğinde de bu şekilde sağlanmaya devam edilmelidir.
- Mesai saatlerinin toplumun gereksinimine göre ayarlanabilecek olması bir diğer olumlu noktadır. Özellikle çalışan kesimin çocuklarını aşıya getirmesini kolaylaştırması beklenir.

2. İnsan gücü

- 4000'i aşan kişi için ödeme yapılmadığından, yeterli AH yoksa bazı yerlerde kaydolamayan nüfusa aşılama hizmeti verilemeyecektir.
- Aşılama hizmetlerinin esas uygulayıcısı olan hekim dışı sağlık personelinin ekipteki sayısı birle sınırlandığından bu hizmetlere ayrılacak zamanı azalabilecektir.
- Aile sağlığı elemanı ebe, hemşire ya da sağlık memuru olabilmektedir. Normalde farklı eğitimler alan ve farklı fonksiyonlar yürüten, aynı ekipte birbirini tamamlayan bu elemanlar tek başlarına aynı görev tanımıyla çalıştıklarında eğitime ve deneyim kazanana kadar bazı işleri yürütemeyebilirler (örn. BCG aşısı).

3. Fizik mekan ve ekipman

Mevzuat aşuların diğer enjeksiyonlar, küçük cerrahi işlemler ve jinekolojik muayenelerle aynı mekanda yapılmasını öngörmektedir. Üstelik bu mekan ayrı oda olmak zorunda değildir ve diğer odalarla birleştirilebilecektir. Bu durum hem aşılama güvenliği, hem de ailelerle iletişim ve eğitim açısından uygun değildir.

B) Hizmet sunumu

1. Rutin aşılama

- AH sisteminde kişi için aşılama hizmetinin alınacağı yer, tek bir sağlık kuruluşuyla sınırlandırılmaktadır. Kişinin hareketli olduğu, ikamet yerini bir süre için terkettiği durumlarda aşılama hizmetleri diğer bir AH den (kayıt, ücretlendirme gibi çeşitli nedenlerle) kolayca alınamayabilir. İki aydan uzun süre bölgeden ayrılacaklar için 'geçici bakım belgesi' öngörülmüştür ama toplumda anlaşılması ve işlerlik kazanması zaman alabilir.
- Bir AH ve bir hekim dışı personelden oluşan iki kişilik ekibin aşılama hizmetlerine ayrılacağı zaman, poliklinik ve diğer hizmetlerin yarattığı iş yükü nedeniyle sınırlı kalabilir.
- Gezici hizmetlerin yalnızca Müdürlükçe belirlenen yerleşimlere verileceği belirtilmektedir. Diğer aile sağlığı merkezlerinde rutin aşular o merkeze başvuranlarla sınırlı kalacaktır.

- Aile Sağlığı elemanlarına gezici hizmet için ek ücretlendirme yapılmayacaksa, AH nin elemanını yanında götürmesinde ve çalıştırmasında zorluklar çıkabilir.
- Sonraki dozların takibi ve ulaşılamayan çocuklara/gebelere ulaşmak için gereken zaman ve emek, büyük olasılıkla daha karlı diğer aktiviteler için kullanılacaktır. Bilindiği gibi koruyucu hizmetlerde kapsam genişledikçe, kalan popülasyona hizmet vermenin emeği ve maliyeti katlanarak artar. Mevzuata göre kayıtlı kişi sayısını artırmak AH için çok daha özendirici bir aktivitedir. Aşı oranını %80'e ulaştırmış AH kalanları bulmak için gezici hizmet ya da başka çabalarla merkezdeki poliklinik hizmetini aksatmaktansa, brüt ücretinden %2 kesintiye razı olmayı daha az zahmetli ve daha karlı bulabilir. Bu açıdan aşı oranlarının düşük olması halinde yapılacak kesintiler çok caydırıcı değildir. Ayrıca mevzuatta bu kesintinin her bir aşı için ayrı ayrı yapılacağı açık değildir.
- Dönemsel toplu nüfus hareketlerinde (geçici tarım işçileri gibi) sağlık hizmetini hangi kurumun vereceği çok açık değildir. Bu kişiler henüz AH sistemine geçmemiş sağlık ocağı bölgelerinden geliyor olabilir, dolayısıyla AH devir-kayıt-izlem prosedürleri geçerli olmayacaktır.
- Bölge kavramı kalmadığından, her bir AH'ne kayıtlı popülasyonlar arasında sosyoekonomik yönden, sağlık bilinci, hizmet talebi ve ulaşılabilirlik yönünden büyük farklılıklar olabilir. Önce gelip bütün 'kolay' popülasyonu kayıt altına alan bir AH, ondan iki ay sonra ataması yapılan meslekdaşına en 'zor' yerleri bırakmış olabilir.
- Mevzuatta özel sektörde yapılan aşuların AH ce nasıl kaydedileceği, bildirileceği ve performansla nasıl yansıtacağı belirtilmemiştir. Bu aşuların oranı büyük şehirlerde %20'ye ulaşmaktadır.
- İkinci basamak kurumlarda yapılan aşuların (örn. doğum sonrası Hepatit B) AH ne kurumca resmi olarak bildirilmesi gerekir. Bakanlık yayınında hasta yakınları tarafından AH ne iletileceği belirtilmekte, bu da çok güvenilir ve sağlıklı görünmemektedir.
- AH'nin bulaşıcı hastalıklarla ilgili görevi kişisel tanı, tedavi ve bildirim olarak belirlenmiştir. Dolayısıyla yaptığı aşuların toplumu nasıl etkilediğini ancak Toplum Sağlığı Merkezi bir analiz yapar ve geri bildirimde bulunursa bilebilecektir. Benzer şekilde hastalık kontrol programlarının hedefleri, stratejileri ve aktiviteleri artık en uçta çalışan bu personelin sorumluluğu ve ilgi alanında değildir. Bu durum programların sahiplenilmesini azaltabilir.
- Toplum sağlığı merkezlerinde çalışan personelin düşük ücret alması ve sınırlı sayıda olması eşgüdüm sağlama ve denetleme fonksiyonlarını güçleştirecektir.

Kronik Hastalıklara karşı korumayı gerçekleştirebilir mi?

Meltem Çöl

Prof.Dr. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD

Sağlıkta dönüşüm programı, sağlık sektöründe yürütülmekte olan düzenlemelerin genel adı. Bu düzenlemeler: Genel Sağlık Sigortası, Birinci basamak sağlık hizmetlerinde Aile Hekimliği sistemine geçiş, SSK Sağlık Kuruluşları'nın Sağlık Bakanlığı'na devri, sağlık çalışanlarının sözleşmeli olarak çalıştırılması ve bir bütün olarak değerlendirildiğinde de "Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi" olarak özetlenebilir.

Birinci basamak hizmetlerde sağlık ocakları yerine Aile Hekimliği sistemine geçişi, diğer değişimlerden ve özellikle genel sağlık sigortasından ayrı değerlendirmek mümkün değildir. Aile Hekimliği modelinde; prim ödeme ya da toplamada ortaya çıkacak güçlükler, katkı payları, bazı kısıtlamalar, bedelini ödeyenler için sevk zorunluluğunun olmayışı, ekip anlayışının bozulması, bütüncül hizmet anlayışının bozulması, sözleşmeli çalışma, iş güvencesinin yok olması, rekabet ve beraberinde gelen etik sorunlar, tedavi ağırlıklı ve pahalı hizmetler, periyodik izlem yetersizlikleri, kaynakların etkin kullanılamaması vb olumsuzluklar bilinmekte ve pilot uygulamalarda ortaya çıkmaktadır.

Bütüncül bir yaklaşımla baktığımızda, bir model olarak Aile Hekimliği; sorun çözücü nitelikte mi? Daha özelden, kronik hastalıklara karşı korumayı gerçekleştirebilir mi? sorusuna olumlu bir yanıt vermek veya aramak oldukça güç.

Aile Hekimliği modeli içinde kronik hastalık kontrolünün nasıl yapılacağını anlamak için önce kronik hastalıkların özelliklerini hatırlamakta yarar var. Kronik hastalıklar, bunlar içinde de kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinin sağlık için anahtar noktalardan biri olduğunu söyleyebiliriz. Çünkü kardiyovasküler hastalıklar (KVH) kronik hastalıkların en önemli kısmını oluşturmaktadır. KVH'lar ile ilgili kontrol programları 80'li yıllardan sonra (ortak risk faktörleri nedeniyle) bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü olarak genişlemiştir. Bu hastalıklar bugün bizim gibi ülkeler açısından çok büyük önem göstermektedir. (Kronik hastalıklara yönelik hizmetler yetersiz, yaşam şekli olumsuz yönde değişmekte ve bu hastalıklar giderek artmaktadır). Kronik hastalıkların kontrolünde birincil korunma, erken tanı tedavi ve rehabilitasyon yaklaşımı daha da önem gösterir. Gelişmekte olan ülkelerde özellikle birincil korunma acilen ele alınmalı ve öncelikli olmalı, ancak diğer yaklaşımlar da ihmal edilmemelidir. En önemli bulaşıcı olmayan hastalıklar KVH, Kanserler, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Diyabet olup yaşam şekli ile ilişkili ve korunulabilir ortak risk faktörlerine sahiptirler. (tütün kullanımı, obezite, sağlıksız diyet, fiziksel inaktivite, aşırı alkol kullanımı vd.). Kronik hastalıkların kontrolü için oluşturulacak programların toplum temelli olması, sektörler arası işbirliği ve ulusal otoritelerin desteği şarttır ve yürü-

tülecek politikalar eşitlik, maliyet-etkililik göz önüne alınarak geliştirilmelidir. Bütün bunların hayata geçirilmesi için de en önemli koşul birinci basamağa yönelik stratejilerin geliştirilmesidir. Birinci basamak hizmetleri içerisinde, kronik hastalıklar ile ilgili hizmetler yerleştirilemez ise kronik hastalıkların kontrolünde başarılı olmak mümkün değildir. Kronik hastalıklarda birincil korunma yanı sıra, kişilerin belirli aralıklarla kontrolü, erken tanı çalışmaları, hasta olanlarda klinik durumun ve tedavisinin izlenmesi, yaşam boyu belli aralıklarla muayene ve incelemeler önemlidir. Kronik hastalıkların kontrolünde bu muayene, incelemeler ve tedavi masraflarının getirdiği ekonomik yük de göz ardı edilmemesi gereken durumlardır.

Aile Hekimliği sisteminde bu konu ile ilgili neler var? Pilot uygulama kanunu, iki yönetmelik ve toplum sağlığı ile ilgili yönergeye baktığımızda kronik hastalıklarla ilgili özetle şunları görüyoruz. Aile Hekiminin görevleri içinde kişiye yönelik sağlığı geliştirici, koruyucu hizmetler vermek, sık görülen sağlık sorunları konusunda periyodik muayenelerin yapılması (meme-Ca, serviks-Ca vb) ruh sağlığı - yaşlı sağlığı hizmetlerini yerine getirmek yer almakta. Evde takibi zorunlu kişilere, özürülü yaşlı vb, evde veya gezici hizmet sırasında koruyucu sağlık, tanı-tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri vermek, gereken durumlarda sevk etmek, kronik hastalığı olanları takip etmek ifadeleri yer almakta. Buna karşılık bir yönetmelikte “hekimin laboratuvar kullanımında ödeme yapılacağı,(ancak) tetkik-sarf malzemesi giderleri için yapılacak toplam ödemenin tavan ücretinin %100’ünü geçemeyeceği” belirtilmekte. Bu durum laboratuvar kullanımını kısıtlayabilir. Toplum sağlığı merkezlerinin tanımlanmasında da “topluma koruyucu hizmetler sunan, sağlık eğitimi vb yapan.....” ifadeleri yer almakta. Görevler arasında da “bulaşıcı ve kronik hastalıkları izleme ve müdahale hizmetleri....” yer alıyor. 13.Madde “bulaşıcı ve kronik hastalıklara gerekli duyarlılığı gösterir, önlenmesi ve toplumun en az etkilenmesi için önlem alır” şeklinde. 15.Madde de ise “kronik hastalığı olanların kaydını tutar, aile hekimliği merkezinde veya bölge dışında tanısı konan vakaların durumlarını aile hekimi ile değerlendirir” denmektedir. Toplum sağlığı hekiminin görevleri olarak kronik hastalıkların erken teşhis-takibi ve halkın eğitimi yer almaktadır. Toplum sağlığı merkezinde teorik olarak olması gerektiği belirtilen laboratuvar olanakları aile hekimliği merkezine göre daha geniş çaplı olup aile hekimlerinin gerekli durumlarda kullanabileceği bildirilmektedir.

Düzce pilot uygulaması ile ilgili izlenimlerimize göre ise “hizmetin tedavi ağırlıklı olduğu, ancak buna karşılık fazla hasta sayısı nedeniyle hastalara yeterli vakit ayıramama ve nitelikli hizmet sunamama” gibi bir sorun söz konusu idi. Laboratuvar kullanımı henüz çok kısıtlı idi. (Laboratuvar oluşturma ile ilgili personel ve maddi olanaklar ve laboratuvar kullanımını teşvik edici uygulamalar olmayışı vb etkili). Bazı koruyucu hizmetler (bağışıklama, aile planlaması vb) başvuranlara verilmekte, bunlarda da özellikle aile planlaması hizmetlerinde sorunlar var idi.. Buna karşılık kronik hastalıklar konusunda düzenli izlem hiç yerleşmemiş durumda. Halbuki rutin hizmette yer alabilmeli. Koruyucu hizmetlerin eksikliğinde ödemeden kesinti yapma uygulaması Pilot Uygulama’da henüz yok ve bu hizmetlerden kastedilen gebe-çocuk izlemleri ve bağışıklama. Kronik hastalıklar

buradaki koruyucu hizmetler kapsamında da ele alınmıyor. Bazı ilaçları yazma yetkisinin uzman hekimde olması da kronik hastalıklarla ilgili hizmetler açısından genel bir sorun. Hem ilaç yazma yetkilerini kısıtlamak, hem uzman hekime sevk etme oranını kısıtlamak, hatta bu nedenle ücretten kesinti yapılabileceğini yönetmelikte belirtmek de çelişkili bir durum. Bunlara ilaveten Kronik hastalıkları olan kişiler için hizmetin nispeten pahalı olması aile hekimliği modelinin sigortacılık ve primlere dayalı olması nedeniyle bu hastalıklara yaklaşımı olumsuz etkileyebilecektir.

Kronik hastalık kontrolünde birincil korunmada kişiye ve topluma yönelik geliştirilecek yaklaşımlarla kronik hastalıklarda risk faktörlerinden korunmak (sektörler arası işbirliği içinde) gerekli. Bu konuda aile hekimliği ve toplum sağlığı merkezleri birlikte çalışabilir. Ancak pratikte böyle bir sistemli çalışma gözlenmemektedir. Erken tanı için kayıtlı kişiler risk durumlarına göre değerlendirilerek incelenebilir. (Tansiyon ölçümü, AKŞ, Kolesterol vb kontrolleri düzenli olarak yapılabilir). Bunları aile hekimlerinin yapabilmesi için görevler içinde çok net yer almalı, konu ile ilgili yol gösterici rehberler oluşturulmalı, gerektiğinde kişiler sevk edilebilmeli, ikinci basamakla-uzman hekimle iletişim yeterli düzeyde olmalı. Tanı konanlara uygun tedavileri verilebilmeli. Belli aralıklarla yapılacak kontrollerle tedaviye uyum ve tedavinin yeterliliğinin tespiti aile hekimi tarafından yapılabilir. Ekonomik olarak tetkik ve tedavi masrafları (sistem içerisinde çözümlenmeli) karşılanabilmeli. Şu anki uygulamalardaki gözlemler ve bilinenlere göre, korunma yaklaşımı ve erken tanıya yönelik çalışmalar yetersiz, buna karşılık başvuran hastaların tedavi ve kontrolleri yapılmakta ancak bu hizmetin niteliği de tartışmalı ve laboratuvar kullanımı yetersiz.. Kayıtların bilgisayar ortamında tutulması ve kronik hastalığı olan kişinin aynı hekim tarafından izlenmesi kronik hastalıklar açısından olumlu bir yaklaşım. Buna karşılık prim ödemeye ve tedavi edici hizmetlere dayalı bu sistemde bugüne kadar genelde ihmal edilen kronik hastalıklarla mücadelenin daha da kötüye gitmesi olasılığını tartışmalıyız...

Tartışma tutanağı

Meltem Çöl:

Teorikte daha ikna edici ama pratikte bunun olmadığını görüyoruz. TSM laboratuvarları var, daha geniş çaplı. Düzce'deki izlenimlere göre hizmet tedavi ağırlıklı, hasta sayısı fazla olduğundan yeterli zaman ayıramama sonucunda hizmet kalitesi düşük. Laboratuvar kullanımı sınırlı. Hizmetler başvuranlara veriliyor buna karşılık düzenli izlem hiç yerleşmemiş durumda. Koruyucu hizmetlerde kr. hastalık yer almıyor. İlaç yazmayla ilgili sorunlar var. Bu da kronik hastalıklar için genel sorun. Hem ilaç yazmaya, hem sevk yapmaya ilişkin kronik hastalıklar için kısıtlılıklar var. Kr. hastalıklar pahalı hizmet gerektirdiğinden sigorta sistemini kötü etkileyecek bir grup olacaktır. Bu da sigorta sistemlerinin bunu önleyici müdahalelerine yol açacaktır.

Hakan Pehlivan:

Aile hekimliği pilot uygulamasında pilot kanun olmaz, aile hekimliği kanunu olur bunun pilot uygulaması olur. Biz ne olacağını bilmiyoruz, sigorta şirketi ödemeleri nasıl yapacak bunu bilmiyoruz.

Muzaffer Eskiocak:

Kişi başına ödeme olunca kronik hastalıkları kimse izlemek istemez. Hizmet başı ödeme olunca ne olur?

Cavit Işık Yavuz:

Hizmet başı ödemede baktığınız hasta başına fiyat alınır. Bu hakikaten aldatma. Sahte bir balayı. Bu başarısız olursa hükümet vazgeçecek mi?

Bu bir siyasal bir programdır pilot uygulama başarısız olursa geri dönecek diye bir şey yok.

Dilek Aslan:

Risk faktörleriyle ilgili ayrımcılıklar olmaya başladı. Sigara içenlere farklı tutum, içmeyenlere farklı tutum. Sadece son noktada değerlendirme yapılıyor, neden sigara içmiyor? a bakmadan son noktada müdahale.

Muzaffer Eskiocak

Sigara kullanımının sınıfsal kökenler ilişkisi var. Dolayısıyla bireysel sigortacılığa yansıtılmamalı.

Ruh sağlığı sorunlarına karşı korumayı gerçekleştirebilir mi?

Aysun Özşahin

Yrd.Doç.Dr., Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2001 yılını Dünya Ruh Sağlığı yılı ilan etmiştir ve DSÖ Genel Direktörü Dr.H. Brundtland'ın dünya kamuoyuna yaptığı açıklamalarda **dünyada yaklaşık 400 milyon insanın ruh sağlığı, nörolojik bozukluklar veya alkol/madde bağımlılığı nedeniyle psikolojik problemlere sahip olduğunu belirtmiştir.** Dünya Sağlık Örgütü verilerinde, 1990 yılında en çok ölüme yol açan hastalıklar arasında depresyon ve bağıli intiharlar dördüncü sırada yer alırken, 2020 yılında bu nedenlerin ikinci sırada yer alacağı tahmin edilmektedir. Yine WHO'nun verilerine göre, dünyada en çok işgücü kaybına yol açan 10 hastalık arasında 6 ruhsal hastalık bulunmaktadır.

Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu'na göre ise (1994-1996 arasında yürütülmüş, 1998'de Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlandı); Türkiye'de 2-3 yaş grubu çocuklarda ruhsal bozukluk görülme sıklığı yüzde 10.9 iken, bu oran 5-18 yaş grubunda yüzde 11.9, erişkinlerde ise yüzde 17.2'dir. Diğer bazı çalışmalarda ise ülkemizde ruhsal bozuklukların prevalansının, %18-31 arasında olduğu belirtilmektedir. **Ülkemizde nevrozlar, tüm hastalıklar içinde en sık görülen 4. hastalıktır.** Buna karşın toplumun bilgisizlik, korku ve önyargılar (damgalanma-stigmatizasyon) nedeniyle hekime başvurusu yetersizdir. **Türkiye'de ruh sağlığı hizmetlerine başvuru oranı yetişkinlerde % 4.7'dir** (diğ er yaş gruplarında bu oranın daha da az) ve bunların % 40'ının psikiyatri uzmanına, % 20'sinin sağlık ocaklarına başvurduğu; ruhsal hastalığı olanların % 51'inin ilaçlarını diğ er uzmanlardan aldıkları belirtilmektedir. Bu konudaki diğ er bir sorun da birinci basamakta çalışan hekimlerin ve diğ er sağlık personelinin (hemşire, ebe..) bu konudaki eğ itiminin ve farkındalığ ının yetersiz olmasıdır. İstanbul'da yapılan bir araşt ırmada birinci basamakta çalışan hekimlerin sadece %25'inin ruh sağlığı sorunlarına doğ ru tanı koyabildikleri saptanmıştır(bu konuda birinci bas. çalışanlarına ek eğ itim gereklidir).

Ruhsal hastalıkların eskiden beri çok iyi bilinmeyen bir yönü de yol açtıkları iş gücü kaybıdır; yine aynı araşt ırmada (Ulusal Ruh Sağlığı Profili-1998); yalnızca ağır akıl hastalıklarının diğ il, depresyon ve bunaltı bozuklukları gibi sık görülen ruhsal bozuklukların da kişinin iş, eğ itim ve sosyal yaş antısında ciddi sorunlar yaş amasına neden olduğ u; ruhsal hastalıkların neden olduğ u iş gücü kaybının çok yüksek olduğ u (ruhsal hastalığı olanların yüzde 21'inin 1 ila 7 gün iş e gidemezken, bedensel rahatsızlığı olanların yüzde 16'sının 1 ila 7 gün iş e gidemediğ i) belirtilmektedir. Ş iddet, savaş veya afetlerden kaynaklanan psikososyal sorunlar nedeniyle sosyal problemlerin belirgin bir şekilde yüks elmesi ile ruhsal bozukluk-

larda artış olacağı ve sözü edilen yükün çok daha büyük boyutlara ulaşacağı tahmin edilmektedir.

Ruh sağlığı sorunlarının Toplumsal, Ekonomik ve Politik Yönleri Vardır :

1. Hızlı kültürel değişim,
2. Hızlı kentleşme ve sanayileşme,
3. Genel eğitim yetersizlikleri,
4. İşsizlik ve yoksulluk (tüm araştırmalar göstermektedir ki, sosyo-ekonomik durumu kötü olanlar, anlamlı sosyal bağları olmayanlar, yararlı sosyal rolü olmayanlarda mental hastalıklar daha sık görülmektedir);
5. Göçler,
6. Bir yandan çağdaşlaşma öte yandan geleneksel değerler sisteminin korunmaya çalışılması,
7. Kültürel değişime ve yasal eşitliklere karşın kadının toplumda etkin ve güvenli bir yer kazanamaması,
8. Sağlık eğitimi veren kuruluşların yetersizliği,
9. Sağlık ve eğitim sektörünün üretici değil tüketici olarak görülmesi (Prof. Dr. Orhan Öztürk; Toplum ve Hekim- Ruh Sağlığı Özel Sayısı, 1984).

Tüm bu nedenlerle; diğer tüm nedenlerin yanı sıra (genetik yatkınlık, cinsiyet, olumsuz çocukluk yaşantısı, olumsuz sosyal çevre, ağır çalışma koşulları g.b.) mental hastalıklardan korunma sadece hekime başvuru, erken tanı -tedavi ile mümkün değildir.

Ruh sağlığı sorunlarından korunmada da, tüm diğer sağlık sorunlarında olduğu gibi:

a) Birincil koruma (hastalık ortaya çıkmadan önce yapılacak çalışmalar): Anne-baba eğitimleri yapılarak çocuk ruh sağlığının iyileştirilmesi, prenatal tanı olanaklarının artırılarak ve bu konuda birinci basamakta çalışan hekim ve diğer sağlık personeli eğitilerek genetik geçiş gösteren ya da bu olasılığın olduğu mental hastalıklara karşı toplumu bilgilendirmek, yine birinci basamakta çalışan tüm sağlık personelinin eğiterek ve farkındalıklarını arttırarak aile içi şiddet, çocuğa ve kadına yönelik istismar ve ihmal, sigara, alkol ve diğer psikoaktif maddelerin kullanımı gibi konularda koruyucu çalışmalar yapmak; risk gruplarını belirleyerek (bebek ve çocuklar, adolesanlar, kadınlar, işsizler, yoksullar, yaşlılar, özür-lüler, kronik hastalığı olanlar..g.b.) onlara yönelik öncelikli ve koruyucu çalışmaların yapılması,....g.b.

b) İkincil koruma (erken tanı ve tedavi) : Yine birinci basamak burada çok önemli, birinci basamakta çalışan ebe, hemşire, sağlık memuru, alana çıkan tüm

sağlık personeli ve hekim çok önemli. Ancak burada başarılı olabilmemiz için hem sağlık personelinin hem de halkın bu konudaki farkındalığının ve duyarlılığının artırılması gerekli. Ebeler ev gezileri sırasında anneye ve çocuğa yönelik şiddeti, istismar ve ihmali, psikoaktif madde kullanımını, özellikle postpartum depresyon ve diğer dönemlerde anne, çocuk, adolesan, 15-49 yaş tüm kadınlardaki ruh sağlığı sorunlarını erken dönemde fark edebilir ve sağlık ocağına yönlendirebilirler. Yukarıda da bahsedildiği gibi birinci basamakta çalışan hekimlerin sadece %25'i bu hastalara doğru tanı koyabilmektedir. Bu konuda da eğitim yapılmalı, pratisyen hekimlerin ruh sağlığı sorunlarına doğru tanı koyma ve tedavi etme becerileri artırılmalıdır. Aile Hekimliği sisteminde ev ziyaretleri mümkün olamayacağı için bunları yapmak neredeyse olanaksız. Ayrıca hekim sevk oranını yükseltmemek için bu hastaları gerekli olsa dahi bir üst basamağa sevk etmeyebilir ve bu türlü sorunlar da yaşanabilir.

c) Üçüncül koruma: Hastalık ortaya çıkmış, iş-güç kaybı var, artık neler yapabiliriz? Bir taraftan tedavi, diğer taraftan sosyal ve ruhsal rehabilitasyon (yeniden topluma kazandırma, işi yoksa iş-güç kazandırma, eğitim, çevresi ile uyumunun sağlanması...g.b).

Aile hekimliği Ruh sağlığı sorunlarına karşı korunmayı gerçekleştirmez. Neden?

1. Ruh sağlığı sorunları, ülkenin toplumsal ve ekonomik sorunlarından, eğitim ve öğretim düzeyinden, toplumsal güvence koşullarından, siyasi yapısından soyutlanamaz (Prof. Dr. Orhan Öztürk, Toplum ve Hekim - Ruh Sağlığı Özel Sayısı, 1982). Bu nedenle ülkemizde öncelikle işsizlik ve yoksullukla mücadele, sosyal güvence, herkese eşit ve ücretsiz eğitim ve sağlık hakkı gibi temel sorunların çözülmesi gerekmektedir. Oysa şu anda uygulanmakta olan politikalar, bizim önerdiğimiz sosyal politikalarla tamamen ters doğrultudadır.
2. Yine(daha önce de olması gerektiği gibi), eğitim ve sağlık hizmetlerine ve özellikle de koruyucu sağlık hizmetlerine devletin genel bütçeden daha çok pay ayırması, koruyucu, tedavi edici, esenlendirici tüm hizmetlerin ücretsiz ve eşit olarak halka verilmesi gerekmektedir. Oysa hükümet, devletin varlığının temel nedenlerinden olan sağlık ve eğitim ile ilgili tüm sorumluluklarını özel sektöre devretmeye çalışarak, bundan kaçınmaktadır.
3. Aile hekimliğine geçildiğinde mental hastalıklardan korunma için zorunlu olan birincil, ikincil ve üçüncül korunma önlemlerinin hiç biri aile hekimi tarafından verilemez. Çünkü aile hekiminin buna ayıracak hem zamanı, hem alt yapısı yoktur (ebe, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve bu konuda onlarla nasıl bir ağ içinde çalışacağı konusunda hiçbir düzenleme yok). Ayrıca bu tek başına aile hekimini değil, ebe, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, psikiyatristler, öğretmenler.... gibi pek çok meslek grubunu ilgilendiren bir iştir, aile hekimliği sistemi

bütüncül bakışı içermemektedir ve multisektöryel çalışılması gereken bu alana çözüm getiremez.

4. Aile hekimleri bir üst basamağa sevk oranlarını düşük tutmaya çalışacaklar, bu durumda değil erken tanı, bazı ruh sağlığı hastalarının doğru tanı alması, ikinci ve üçüncü basamakta tedavi ve izlemi mümkün olmayacaktır.
5. Kısacası, yukarıda belirtilen birincil, ikincil ve üçüncül korumayı gerçekleştirecek bütüncül bakış ve alt yapı aile hekimliği sisteminde yoktur. Bu nedenle bu sistemde mental hastalıklardan korunmak mümkün olmayacaktır.

Not: Ancak 224'de de mental sağlığa ilişkin direk bir düzenleme yoktu; buna karşın daha eşitlikçi bir sistem olduğu için en azından 224'de hizmet herkese eşit ve ücretsiz verildiği için mental hastalıkların erken tanısı ve tedavisi için olanak sağlıyordu. Sosyalleştirme'de gerekli olan düzenlemeler uygun biçimde yapılırsa idi ve eğitim ve sağlığa, sağlıkta da özellikle koruyucu hizmetlere genel bütçeden yeterli bir pay ayrılırdı ve hepimizin bildiği bütüncül bakışla ve multisektöryel bir yaklaşımla (okullar, sağlık ocakları, sosyal hizmetler, üniversiteler, hukukçular...vs.) bu sorun çözülmeye çalışılırdı, başarılı olurdu. Ancak en başta söylediğimiz gibi mental hastalıkların toplumsal, ekonomik ve politik yönleri vardır ve bu nedenle politikalar değiştirilmeden bu konuda yol almak mümkün değildir. Son yıllarda küreselleşme ve psikiyatri, küreselleşmenin insan ruhuna verdiği zararlar en çok çalışılan, tartışılan konulardan biridir.

Tartışma tutanağı

Aysun Özşahin

Cavitin söyledikleriyle alakalı. Mental hastalıklar toplumun siyasal yaklaşımından, ekonomik koşullarından ayrılmaz. Temel sorunlar çözümlenmedikçe mental hastalıkların sürmesi doğal.

İkinci neden eğitim ve sağlık hizmetlerine genel bütçeden çok az pay ayrılıyordu artık hiç ayrılmayacak.

Erken tanı için ücretsiz sağlık ocağına başvuru hakkı vardı. Burada bu mümkün değil.

Sevk oranları düşük tutulmak zorunda. Hekim sevk etmek istemeyecek.

Dezavantajlılara yönelik (örn.kadınlar) özel programları yürütebilir mi?

Aslı Davas

Halk Sağlığı Uzmanı, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

İdeal olarak, sağlıkta eşitlik, herkesin tam sağlık potansiyeline erişebilme şansına sahip olması ve daha pragmatik olarak, sakınmadıkları sürece bu potansiyele ulaşmak açısından kimsenin dezavantajlı olmamasıdır (1). Hizmet eşitsizliğine yol açan finansal, coğrafi, sosyokültürel, organizasyonel erişilebilirlik düzeylerindeki engeller sağlık hizmeti kullanımını etkileyen faktörlerin başında gelmektedir. Finansal eşitsizliğin en önemli nedeni gelir dağılımındaki eşitsizliklerin sonucunda ortaya çıkan yoksulluktur. Bu durum hizmet kullanımı düzeyinde sosyal güvencenin olmaması ve cepten ödemelerdeki güçlüğü kendini gösterir. Coğrafi eşitsizlik ise sağlık ihtiyacına göre ülke genelinde eşit dağılımın olmaması sonucunda yoksul bölgelerde ortaya çıkan sağlık hizmeti yokluğu ya da var olan hizmetlere coğrafi olarak ulaşamamadır. Sağlık hizmetlerinde cinsiyet, dil, etnik köken ya da din gibi nedenlerle erişememe sosyokültürel erişim eşitsizliğine neden olur. Sağlık sistemi ya da sağlık hizmeti veren kurumların yönetim, örgütlenme ve organizasyonlarındaki olumsuzluklar organizasyonel erişim sorunlarını beraberinde getirir ve bu boyutta eşitsizliklere neden olur. Kadınlar, çocuklar, engelliler, yaşlılar, göçmenler, yoksullar gibi farklı risk gruplarının sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımındaki farklılıklar, bu grupların sürekli sağlık hizmeti aldıkları kurumların olmaması tüm toplumun sağlık düzeyini yükseltmede ciddi engellerdir (2).

Türkiye’de dezavantajlı grupların en çok başvurdukları kurumun sağlık ocakları ve kamu kurumları olduğunu gösteren çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir (2,3,4). Özellikle üreme çağındaki kadınların birinci basamak hizmet kullanımının daha fazla olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur (5)

Aile hekimliği modeli Türkiye’ye özelleştirme sürecinin içinde sunulmuştur. Getirilen modelde sağlık hizmeti; kendi kiraladıkları oda ya da muayenehanelerde, kendi donanımlarıyla hizmet veren ve kamuya hizmet satan özel müteşebbis konumuna getirilmiş hekimlerden alınacaktır. Hizmet bir ekip tarafından sunulmayacaktır. Modelde tek başına çalışma özendirilmektedir. Ebe, hemşire, sağlık memuru gibi ekibin önemli bileşenlerinin mesleki statüleri ve özerklikleri yok edilmiş, aile hekiminin işveren konumunda olduğu bir modelde hizmet sunmaları planlanmıştır. Hizmet finansmanı sigortaya dayalı olarak sağlanacaktır. Türkiye’deki işsizlik hızının yüksek olması, kayıt dışı bir ekonominin varlığı, geçici istihdamların varlığı gibi önemli nedenlerden dolayı finansmanın sürekliliğinde dolayısıyla hizmetin kullanımı ve sürekliliğinde de sıkıntılar yaşanacaktır. Türkiye’de doğu-batı, kır-kent arasında kişi başına düşen sağlık personeli ve kurum-

ları açısından eşitsizlikler mevcuttur. Bu hizmetlere ulaşımında coğrafi olarak da sorun yaratacaktır.

Kadın sağlığı açısından incelediğimizde bu modelin birçok sakıncaları ortaya çıkmaktadır. Aile hekimlerine kayıtlı olmayan kadınlar, 15-49 yaş kadın, gebe izlemleri, bağışıklama ve aile planlaması gibi hizmetlerden yararlanamayacaklardır. Aile hekimiyle sadece bir ebe ya da hemşirenin çalışacak olması yapılan izlemlerin ve sunulan koruyucu sağlık hizmetinin niteliğini düşürecektir. Zaten kadın ve gebe izlem sayılarının DSÖ'nün özellikle Afrikadaki gibi sağlık örgütlenmesinin çok daha kötü olduğu bazı ülkelere önerdiği seviyelere çekilmesi düşündürücüdür. Hemen hemen her sağlık ocağında ülkemizde en yaygın kullanılan korunma yöntemi olan RİA sertifikası almış sağlık çalışanı olduğundan bu hizmet rahatça verilebilmekteydi. Yeni sistemde tüm hekim ve hemşirelerin sertifikasının olmaması hizmette aksamalara yol açacaktır. Malzeme desteğinin nasıl dağıtılacağı bir sorun oluşturabilir. Aile hekimlerinin odalarını kiraladıkları düşünüldüğünde aile planlaması hizmetleri için ayrı bir mekan ayrılmayacaktır. Aile planlaması ve bağışıklama hizmetlerinin finansman sıkıntısından etkilenmemesinin nasıl sağlanacağı belli değildir. Tüm bu sorunların kadın sağlığı ve daha geniş anlamda kadının özerkliği üzerinde yıkıcı etkileri olacaktır.

Kültürel inançlar, normlar ve değerler sistemi sağlığın, hastalığın, korunmanın ve tedavi kaynaklarının nasıl algılandığını etkilemektedir. En önemli kültürel farklar bireyci ve kolektif değerlerde görülmektedir. Genel olarak Asya kültüründe insanlar ortak faydanın daha fazla motive ettiği kolektivist bir doğaya sahiptir(5). Sosyal değerler hastanın otonomisini etkilediği gibi tıbbi paternalizmin gelişimini de etkilemektedir (6). Gelişmekte olan ülkelerde cinsiyet rollerinin sağlık hizmet kullanımını olumsuz etkilediğini gösteren araştırmalar mevcuttur. Kadınların gereksinim duydukları oranda sağlık hizmetinden yararlanamadıkları, kimin sağlık hizmetini kullanabileceğine aile içinde erkeklerin karar verdiğini gösteren araştırmalar mevcuttur(5).. Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde cinsiyet rollerinin de göz önünde bulundurulması kültürel kabul edilebilirlik açısından önem taşımaktadır.

Giderek artan sayıda araştırma koruyucu sağlık hizmetlerinin özellikle kadın sağlık profesyonelleri tarafından sunulmasının hizmetlerin etkinliğini ve kabul edilebilirliğini arttırdığını göstermektedir(7,8).

Özellikle aile hekimi tercihinde kadınların daha çok kadın hekimlerden yana tercih gösterdiği literatürde gösterilmiştir(9,10,11,12). Meme ve servikal kanser gibi koruyucu hekimlik uygulamalarında hekimin karşı cinsten olmasının kadının daha az uyum göstermesine ve daha az memnun olmasına yol açmaktadır(13).

Türkiye'de sağlık ocaklarında yürütülen koruyucu hizmetler temel olarak kadına ve çocuğa yöneliktir. Bebek, gebe, 15-49 yaş kadın, 5 yaş altı çocukların yasayla belirlenmiş bir şekilde izlenmesi zorunludur. Kadının bağımsızlığı açısından önemli olan, istediği kadar çocuğa sahip olmasını sağlayacak aile planlaması hizmetleri de koruyucu hizmetlerin önemli bir parçasıdır. Bu hizmetler kadına ve çocuğa sağlık ocağındaki ekip tarafından sunulmaktadır. Bu ekibin önemli un-

surlarından biri de ebedir. Koruyucu hizmetler yoğun olarak bir kadın çalışan olan ebeler tarafından yürütülmektedir. Sağlık ocağındaki koruyucu hizmetlerin sunumunda kadın için olumlu olacak şekilde bir pozitif ayrımcılık söz konusudur. Sağlık ocakları ve sağlık evleri mesai saatleri içinde kamuya açıktırlar. Genellikle toplum içinde güven duyulan, kadınların yoğun olarak çalıştığı bilinen, kadınların rahatça girip çıkabildiği kurumlardır. Bu nedenle sağlık ocağında hizmetin bir ekip tarafından sunulması kültürel kabul edilebilirliği de arttıran önemli bir unsurdur.

Kaynaklar:

1. Whitehead M, (2001)Eşitlik ve Sağlık: Kavram ve İlkeler TTB Yayınları
2. Hassoy Hür, Gülyaka Sağlık Ocağı Bölgesinde 0-6 yaş çocukların sağlık hizmeti kullanımları, sürekli hizmet kaynakları ve etkileyen faktörler, Halk Sağlığı Uzmanlık Tezi, EÜTF, İzmir 2005
3. Çiçeklioğlu M, Birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde bir yaklaşım girişimi: Akçay Sağlık Ocağı'nda 0-5 yaş grubu çocuklara sunulan birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi, Halk Sağlığı Uzmanlık Tezi, EÜTF, İzmir 1997
4. Belek İ, Sosyoekonomik koudma ve sağlıkta sınıfsal eşitsizlikler: Antalya'da beş yıllık bir araştırma, 2004, TTB yayınları.
5. Pasick R.J, D'Onofrio CN, Otero-Sabogal Jaques Roux, Similarities& differences across cultures; questions to inform a third generation for health promotion research. Health Education Quarterly 1996;23:142-161.
6. Roter DL, Hall JA. Why physician gender matters in shaping the physician-patient relationship, Journal of Womens health 1998;7:1093-1097.
7. Henderson TJ, Hodson Scholle Sade, weisman CS, Anderson TR. The role of physician Gender in the evaluation of national centers of excellence in womens health: test of an alternate hypothesis. Womens health issues. 2004. (14)130-9
8. Andersen MR Urban N, Physician gender and screening: Do patients differences in mmography use.Womens health.1997;26-39
9. Fennema Kokol, Meyer DL, Oven N, Gender of Physician: patients preferences&stereotypes. Journal of Family Practise, 1990; 30:441-446.
10. Weyrauch KF, Boilo PE, Alvin B. Patient gender role& preference for amale or female physician, Journal of Family Practise, 1990; 30:559-562.
11. Kerssens JJ, Bensing JM, Andela MG. Patient preference for gender of health professionals. Social Science and Medicine, 1997; 44:1531-1540.
12. Graffy J. Patient choice in a practise with men & women general practitioners British Journal of General Practise 1990; 40:13-15
13. Ahmad F, Grupta Haberci, Rawlins J, Stewart DE. Preferences for gender of family physician Canadian Eurtopen descent and South Asian immigrant Women. Journal of Family Practise 2002; 19:146-153.

Tartışma tutanağı

Ek soru: AH uygulaması olan yerlerde Ebeler artık evlere gitmiyorlar, gitmeyişin etkileri ne olur?

Hakan Pehlivan

Çoğunlukla ebeler evlere gidemiyor. Kişi aile planlaması için başvurduysa o bilgi veriliyor. Ama başka bir nedenle geldiyse bu arada aile planlamasına ilişkin bilgi verilmiyor.

Gamze Saraçoğlu

Ebelerin eve gitmesi aynı zamanda toplumsal kültürel yükselişi de sağlıyor. Bunun kesilmesiyle bu da yok olacak.

Meltem Çöl

Kırsalda bu uygulanıyordu ama kentsel bölgede ev ziyaretleri yok olmaya başladı. Ailelerin değişimi, kadının çalışması ev ziyaretlerini etkiliyor.

Hacer Nalbant

Yetiştirdiğimiz ebeler, hekimler kenti görerek yetişiyorlar. Kırdan verilen hizmetle kentteki hizmet farklı.

Naciye Demirel

Kentin periferinde ev ziyaretlerinin önemi var.

Aysun Özşahin

Denizli’de Türkiye’de yapılamayan pek çok izlem yapılıyordu.

Dilek Aslan

Engelliler, yaşlılar, çocuklar ebelerin ev ziyareti yapmamaları nedeniyle çocukların sigara dumanından etkilenimini saptama şansı artık yok.

İş- işçi sağlığı gereksinimini karşılayabilir mi?

*Dr. Haluk Başçıl
İşçi Sağlığı Uzmanı, İşyeri Hekimi, Ankara*

Uluslararası Çalışma Örgütü'nün 1950 yılında "tüm mesleklerden işçilerin fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halinin en yüksek düzeyde korunması ve geliştirilmesi; çalışma koşullarından doğan sağlık bozukluklarının önlenmesi; işçilerin işteki sağlığa zararlı faktörlerden kaynaklı risklerden korunmaları; işçinin fizyolojik ve psikolojik kapasitesine uygun bir iş ortamına yerleştirilmesi, işte sürekliliğinin sağlanması ve özetle işin işçiye ve her bir işçinin de işine uygunluğu." olarak tanımladığı işçi sağlığına henüz ülkemizde ulaşamamıştır.

Ülkemizde işyeri hekimliğinin doğru ve etkin bir şekilde yürütülebilmesi için belirli bir altyapı yaratılması zorunluluğu vardır. İşyerlerinde işyeri hekimi bulundurulmasının ötesinde, iş hekimine meslek hastalığı teşhisinde yardımcı olacak ve işçi sağlığında her türlü destek hizmeti sağlayacak bölge veya il düzeyinde bir iş hekimliği referans merkezine ihtiyaç olduğu açıktır. Bu durum kaçınılmaz bir şekilde, işçi sağlığı alanındaki ilgili meslek gruplarını mesleki olan, mesleki olmayan ve çevresel riskleri tespit ve kontrol edebilen multidisipliner koruyucu hizmetleri bir araya getirecek yeni bir modeli zorunlu kılmaktadır.

İşçi sağlığı uygulamalarının bu yeni modeli, işçinin sağlığını, refahını, çalışma ve genel ortamını iyileştirmeyi amaçlamalıdır. Koruyucu sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanabilmek, ülke içinde sağlık ve refah eşitliğini sağlamak için gereklidir. Ayrıca küresel üretim boyutunda, kapitalist iş bölümü sonucu ülkemize transfer edilen işçi ve çevre sağlığını olumsuz etkileyen, bir halk sağlığı sorununu oluşturan kirli sanayi sektörlerinin iş güvencesinden yoksun iş sirkülasyonunun son derece hızlandığı çalışma yaşamı genç nüfusun sağlığını bozmakta ve yakın gelecekte bizleri önemli sağlık sorunları ile karşı karşıya getirecektir.

Böylesi bir ortamda gündeme getirilen aile hekimliğinin işyeri hekimliği de yapabilmeleri var olan olumsuz tabloyu daha da kötü bir noktaya getirecektir.

İşyerlerindeki koruyucu sağlık hizmeti anlayışını ortadan kaldıracabilecek bu yaklaşım aslında sağlık alanında yaşanan bütünlüklü yaklaşımın bir sonucu olarak görülmelidir. 1939-45 savaşını izleyen dönemde, ortaya çıkan sosyalist blok ve diğer ülkelerde hızla gelişen sosyal adalet talepleri ve mücadelesi, aynı zamanda tüm Avrupa'da işyeri hekimliği hizmetlerini geliştirdi. Sosyalist bloğun çökmesi, kapitalist sistemin üzerindeki baskının ortadan kalkması ve toplumsal mücadeledeki düşüş sosyal devleti bir ihtiyaç olmaktan çıkardı. Sosyal devlet uygulamalarının terki sağlık alanında önemli bir değişimi gündeme getirmektedir.

Sağlığın bir hak olmaktan çıkarılması ve devletin bu alandaki sorumluluklarını, görevlerini üzerinden atmaya çalışması ve kişilerin ekonomik gücüne bakılmaksızın ortaya çıkacak sağlık risklerine karşı topluma her türlü sağlık hizmetinin etkin ve yaygın olarak sunulması anlayışını topluma benimsetilmeye çalışılmaktadır.

Aile hekimliği nasıl koruyucu sağlık hizmetleri temelinde bütünlüklü ve ekip anlayışı içinde sağlık hizmet sunumunu tahrip edecekse, aynı şekilde işyerlerinde üretim sürecindeki işçilerin sağlıklarının korunması ve geliştirilmesine dönük bütünlüklü ve ekip anlayışına uygun sağlık hizmet sunumunu da ortadan kaldıracaktır.

Bunu anlamak için işyeri hekimliğinin rolü, görev ve yetkilerine ilişkin belirlemelere ve buna uygun oluşturulan yasal düzenlemelere kısaca göz atmak yeterli olacaktır.

Tartışma tutanağı

Muzaffer Eskiocak:

Yetkilendirilmiş aile hekimliğinde çocuk, eş çalışan üç farklı hekime bağlanacak. Ailesini görememesi, çalışanın ailesini değerlendirmek zorunda olmayışı nasıl problem yaratır? Aile hekimi işyerini görmeden nasıl hizmet üretir?

İşyerinde çalışan insanlar her biri farklı mahallelerinde oturuyor, işyeri dışı bir aile hekimliği mümkün değil, ailesine bakması da mümkün değildir. Eve risk götürmesi de mümkün olabilir.

İşyeri hekimi aile hekimi olduğunda o kişinin hekim seçme hakkı ortadan kalkıyor.

Cavit Işık Yavuz:

Bir aile hekimi kendine bağlı bireylerin çalıştığı ortamı görmeden nasıl sağlık hizmeti verebilir? Çalışanın ailesinin izleminin fabrikada yapılması, işveren tarafından da kabul edilemez.

ÇÖZÜMLER VE BİREY

AH sağlık hizmeti kullanıcılarına, sağlık hizmetlerinin planlanmasında ne denli toplum katılım şansı verir?

*Dr. Atilla Saraçoğlu
Edirne*

*Dr. Gamze Varol Saraçoğlu
Halk Sağlığı Uzmanı, İl Sağlık Müdürlüğü, Edirne*

Burada soruyu yanıtlamadan önce toplum katılımı kavramını açıklamak gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinde toplum katılımı:

Toplum katılımı, sağlık hizmetleri içinde özellikle temel sağlık hizmetlerinde yer alan tüm programların ve çalışmaların başarısını garantileyecek, hizmetlerin ayrılmaz bir parçasıdır. Toplum katılımı ile sunulan sağlık hizmetlerinin etkililiği; kavramın sağlık personeli tarafından bilinmesi ve özümsemesi ile sağlık çalışanlarının toplum içindeki saygınlığı artacaktır.

Sağlık hizmetlerinde toplum katılımının ön koşulu, sunulan hizmetlerin kullanımıdır. Bununla birlikte toplum katılımı, aynı zamanda ulaşılabilirliği arttıran bir stratejidir.

Toplum katılımı aşağıdaki gibi iki düzeyde gerçekleştirilebilmektedir:

1. Katkı Yoluyla Katılım
2. Planlama ve Yönetim Faaliyetlerine Katılım

Sağlık alanındaki eşitsizlikler, yeni bir yaklaşım gereksinimi doğurmuştur. Sağlık hizmetlerindeki eşitsizliğin ve dengesizliğin gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin hepsinde görülmesi bu durumu tüm ülkelerin ortak sorunu haline getirmiştir. Bu nedenle 1978 yılında Alma-Ata'da Temel Sağlık Hizmetleri konulu bir konferans düzenlenmiştir. Bu konferansta, dünyadaki tüm insanların sağlıklarını korumak ve daha iyi duruma getirmek için hükümetlerin, tüm sağlık ve kalkınmada görevli kişi ve kurumların ve dünya toplumlarının en kısa zamanda gerekli müdahaleleri yapması gerektiği vurgulanmıştır. Söz konusu konferansta, yalnızca hastalığın ve sakatlığın olmamasından çok, bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden tam bir iyilik halinin topluca oluşturduğu sağlığın, temel insan haklarından biri olduğu ve bunun da mümkün olan en yüksek düzeyde tutulmasının dünya çapında önemli bir sosyal amaç olduğu ve bu amacın gerçekleştirilebilmesi için de sağlık sektörüne ek olarak diğer bir çok sosyal ve ekonomik sektörlerin de çabalarının gerektiği gerçeği vurgulanmıştır. Amacı tüm ülkelerde temel sağlık hizmetleri düşüncesini geliştirmek olan konferansta, "**temel sağlık hizmetleri, toplumdaki birey ve ailelere sunulmuş, bilimsel gerçeklere uygun, uygulanması kolay, yeterli yöntem ve teknoloji üzerine kurulmuş sağlık**

hizmetleri yaklaşımı” şeklinde tanımlanmaktadır. Temel sağlık hizmetleri, sağlık sisteminin ve ülkenin sosyal ve ekonomik kalkınmasının ayrılmaz bir parçasını oluşturur. Bu yaklaşımla düzenlenen sağlık hizmetlerini, insanların yaşadıkları, çalıştıkları yerlerin olabildiği kadar yanına getirmek ve devamını sağlamak çalışmaların ilk adımın oluşturmalıdır. Temel sağlık hizmetleri yaklaşımı doğrultusunda sağlık kuruluşları, bireylerin, ailelerin ve toplumun sağlık sistemi ile ilişki kuracakları ilk basamaktır. “Tüm insanların hem bireysel hem de toplum olarak kendi sağlık hizmetlerini planlamaları ve yürütülmesi işlerine katılmaları hakları ve görevleridir.” düşüncesinden hareketle, temel sağlık hizmetleri içinde toplum katılımı; kavramı tanımlanmıştır. **Bu tanımlamaya göre toplum katılımı, bireyler ve ailelerin, kendileri ve toplumun sağlık ve refahı için sorumluluk üstlenmeleri ve katkıda bulunmalarıdır.** Buna paralel olarak toplum, sağlık durumunun saptanması, sorunların tanımlanması ve önceliklerin belirlenmesi süreçlerine de katılmalıdır. Böylece kişiler ve toplum, gelişmeleri için yapılan yardımların pasif bir yararlanıcısı olmak yerine, kendi gelişmeleri üzerinde aktif olarak söz sahibi olabilirler. Kişiler ve toplum, kendilerine uygun olmayan alışılmış çözümleri kabul etmeye zorunlu değillerdirler, kendilerine daha uygun çözüm yolları yaratabilirler.

Dünya Sağlık Örgütüne üye ülkeler, “2000 Yılına Kadar Herkes İçin Sağlık” ilkesini genel amacı olarak kabul ettiğinden bu yana sağlık hizmetlerinde toplum katılımını, bu amaca ulaşmanın ve toplumun sağlık hizmetlerine hızla ulaşılabilirliğini arttırmanın temeli olarak kabul etmişlerdir.

Ancak Türkiye’de bir devrim yasası niteliğinde olan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası’nda Toplum katılımını içeren bir bölüm bulunmaktadır. Yani “2000 Yılına Kadar Herkes İçin Sağlık” anlayışına imza atan devletlerden tam 40 yıl önce, Alma-Ata Konferansından 17 yıl önce Türkiye’de sağlık hizmetlerinde toplum katılımı düşünülmüştür. 224 sayılı Yasa’da “toplum katılımı” anlayışına bir bölüm ayrılmıştır.

Toplum katılımı kavramında toplumlar, kendi yaşamlarını etkileyecek kararları alma ve uygulama gücüne sahip olmalıdırlar. Bu güç, onların adına karar veren dış kurum ve kuruluşlardan gelmemelidir. Devlet ise bireylerin ailelerin ve toplumun kendi sağlıklarının sorumluluğunu üstlenebilmeleri için doğru bilgilendirme, okur-yazarlığın artırılması ve gerekli kurumsal değişikliklerin yapılmasını destekleyerek, tam bir toplum katılımı sağlamalıdır.

Sağlık çalışanları ve halkın toplum katılımının önemini kabul etmelerine rağmen, bunun nasıl uygulanacağı konusunda farklı düşünceler vardır. Genel olarak, sağlık çalışanları, özellikle hekimler; kişilerin ancak hekimin önerilerini izleyerek katılabileceği bir model isterler. Politika saptayıcılar ise, toplum katılımı konusunda yapılması gereken resmi ve resmi olmayan düzenlemelerin nasıl bir denge içinde olacağı konusunda kararsızdırlar. Ayrıca çok sayıda insanı hareketlendirecek ve onları sağlık hizmetlerine katabilecek yolların neler olabileceği de tartışmalıdır. Eğer büyük kitleleri etkileme, yönlendirme ve hizmetlerin sunumunu etkileme olanağı yaratılamayacaksa, katılımın bir yararı olmayacaktır.

Bu tartışmalar sonucunda katılımın 2 düzeyi olduğu ortaya çıkmaktadır.

1. Katkı Yoluyla Katılım: Katkı yoluyla katılım genellikle önceden belirlenen program veya projelere gönüllü veya diğer katkılar olarak tanımlanabilir. Katkı, başarıyı sağlayan katılım olarak anlaşılmaktadır. Bu katkılar faaliyetlerin yürütülmesine yardım etmek işçin işgücü, para ve malzeme şeklinde olabilir.

2. Planlama ve Yönetim Faaliyetlerine Katılım: Bu, gerçek toplum katılımıdır. Gerçek toplum katılımının önkoşulu, yöneticiler ve sağlık çalışanlarının karar verme yetkilerini katılımcılara yeterince devretmesidir. Fakat buradaki sorun yeterince yetki devretmenin içinde bulunulan ortam ve geleneklere göre dengesinin kurulmasıdır. Toplum temel sağlık hizmetlerine her aşamada katılmalıdır. Öncelikle içinde bulunan durumun değerlendirilmesi, sorunların tanımlanması ve önceliklerin belirlenmesi aşamasında katılım sağlanabilirse, halkın sağlık hizmetlerine erişimi, sağlık hizmetlerini kabulü ve gerçek anlamda sahip çıkması söz konusu olabilecektir. Sonrasında temel sağlık hizmetleri faaliyetlerinin planlamasına yardımcı olup, bu faaliyetlerin yürütülmesinde tam bir işbirliği sağlanmalıdır. Ek olarak yukarıda sayılan işgücü ve diğer kaynaklarla temel sağlık hizmetlerine katkıda bulunulabilir.

Toplum katılımının bir çok tipi tanımlanmıştır. Bunlar, tüm insiyatifin toplumun elinde olduğu durumdan, dışarıdan bir kurum ve kuruluşun esas rol oynadığı, topluma sadece danışıldığı duruma kadar değişmektedir. Sağlık hizmetlerinde toplum katılımının, genellikle toplumun dışında yer alan bir kurum veya kuruluş tarafından planlama ve başlatılma eğilimi vardır. Bu durumda toplum katılımı, topluma danışma şeklinde başlamaktadır. Topluma danışma aşamasında toplumun hissettiği gereksinimleri ve beklentileri belirlenmelidir. Bu belirlenen gereksinimler ve beklentiler, toplumun sağlık açısından gerçek gereksinimi ile uyumlu hale getirilmelidir. Toplumla yapılan görüşmelerde sadece onların hissettikleri gereksinimleri ve beklentilerinin belirlenmesi yanında, bu gereksinimlerin giderilmesinde onların da kabul edebilecekleri ve destekleyebilecekleri yöntemin seçimine çalışılmalıdır.

Bu temel kavramlardan yola çıkarak, 224 sayılı Yasa'da belirtilen toplum katılımı kavramı üzerinde durmak ve ardından AH uygulamasında toplum katılımı sürecine yer olup olmadığını ve bir katılım var ise bunun ne şekilde olduğunu belirlemek kolay olacaktır.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası'nın "**Özel daire, genel kurul, ve mahalli sağlık kurulları Bölümü**"nün 22. maddesinde "Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi faaliyetlerinin yürütülmesi ve değerlendirilmesi konusunda Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına görüşlerini bildirecek, tavsiyelerde bulunacak ve bu konuda halk ve çeşitli kurumlar arasında işbirliği sağlayacak bir Genel Kurul teşkil edilir. Bu Kurul Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığından tayin edilecek veya vazifelendirilecek yeter sayıda mütehassıs ile Üniversitelerin, Bakanlıkların, Devlet Planlama Teşkilatının, İşçi Sigortaları Kurumunun, **Türk Tabipleri Birliğinin**, Türk Eczacılar Birliğinin, Türk Veteriner Hekimleri Odaları Birliğinin göndereceği salahiyetli temsilcilerle il sağlık kurullarının göndereceği birer temsil-

ciden teşekkül eder. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının talebi üzerine yukarıda adı zikredilmeyen kurumlar da Genel Kurula daimi veya muvakkat temsilci gönderir. Genel Kurul mutat olarak yılda bir kere toplanır. Kurulun Başkanı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı veya Genel Kurulun görevlendireceği bir zattır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı, Genel Kurulu veya Genel Kurulun bazı üyelerinden teşkil edeceği istişare kurullarını toplantıya çağırmağa salahiyetlidir. Genel Kurul Üyelerinden 3656 ve 3659 sayılı kanunlara tabi olup da toplantılara Ankara dışından geleceklere kanuni yollukları Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından, bunların dışında kalanlara yollukları Maliye ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlıkları tarafından tesbit edilen esaslar dahilinde ödenir.“ denmektedir. Bu noktada merkezi idarenin toplumun katılımına sağlık hizmetinin daha planlanması ve yaygınlaştırılması aşamasında ne denli önem verdiğinin altını çizmek gerekecektir. 40 yıl önce toplum katılımının sağlanabilmesi için çeşitli kurum ve kuruluşlardan, özellikle meslek odalarından katkı istendiği izlenmektedir. Günümüze bakıldığında ise bu durumun tam tersi yaşanmakta, Meslek Odaları'nın görüşleri özellikle dikkate alınmamakta, kimi yakıştırmalarla meslek odaları karalanmaya çalışılmaktadır.

Yasanın 23. Maddesi'nde de, “Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri teşkilatı ile halk arasındaki münasebeti temin maksadiyle Sağlık Ocaklarında, Sağlık merkezlerinde ve illerde, sağlık kurulları kurulur. Bu kurulların kuruluşu, çalışma tarzları ve toplantı zamanları Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından hazırlanan bir yönetmelikle tayin edilir. Bu kurullar halkın sağlık teşkilatından istediği hususları ilgililere duyurur. Hizmetlerin başarı ile yürütülmesi için halkın eğitilmesine ve teşkilat ile maddi ve manevi işbirliği yapmalarına yardım ederler.” diye belirtilmiştir. Burada üzerinde durulan nokta da, sahada sağlık hizmeti sunarken toplumun katılımını sağlamak, hizmetin kabulünü kolaylaştırmak amacıyla sağlık hizmeti sunan birimlerde sağlık kurullarının kurulacağıdır.

Yasa'nın 1960'lı yıllarda sağlık hizmetlerinin sunumunda toplum katılımının önemi biliniyorken; 2000'li yıllara gelindiğinde dayatılan AH pilot uygulaması mevzuatında böyle bir yapılanmadan söz edilmediğini görüyoruz. Kaldı ki sistem yapısı gereği gerçek anlamda toplumun katılımı da özellikle istenmemektedir. Yoksa AH'nin uygulanması için gereken Genel Sağlık Sigortası kapsamında kişilerden alınacak olan prim, katkı payı vb. başta sayılan katılım türleri içinde birincisine belki sokulabilir. Ancak uygulamanın yapısı gereği gönüllükten uzak, hatta **katkısı/katılımı** olmayanın hizmete **erişemeyeceği/yararlanamayacağı/kısmen yararlanacağı** bir şekilde büründürülmüştür ve toplum katılımı olarak görülmesi mümkün değildir. Bu durum sağlık alanının yapısı gereği insancıl değildir; eşitsizliği arttıran ve hakkaniyetsiz bir uygulamadır.

İlk baştaki soruya dönüldüğünde AH uygulamasının:

- **Bireysel**
- **Temelde hekim odaklı, geleneksel**
- **Tedavi hizmetlerine dayalı, muayenehanecilik anlayışı güden**
- **Hizmetten yararlanmak için zorunlu kimi yaptırımları içeren**

- **Ülke gerçekleri ve gereksinimlerine uygun olmayan**
- **Şablon bir uygulama olması** nedeniyle sağlık hizmetlerini planlama aşamasında toplum katılımı şansının olmadığını ve 224 sayılı Yasa'nın zenginliklerinden çok uzakta olduğunu belirtmek uygun olacaktır.

Tartışma tutanağı

Ek soru: Toplum katılım mekanizmalarının kurulmamış olması siyasi bir tercih midir?

Bireye yönelik, söz hakkı olursa katkı yapmayı red edebilir. Sadece sağlıkta değil hiçbir alanda toplum katılımı yok.

Haluk Başçıl:

Hekim tercih etme katılım mıdır?

Kevser Vatanserver:

Temelde yatan pazar yönelimli bir şey olduğu için bence unutulmuş bir şey olabilir.

Naciye Demirel:

Tercih bence sağlık hakkından değil, kişilere sağlık yardımı verilmesiyle ilgili görevlerden bahsediyor. Sağlığı kişilere yardım olarak görünce, kararlara katılmamız mümkün değil.

Cavit Olgun:

Aile hekimleri mağdurları derneği gibi katılımlar tehlikeli olabilir.

Dilek Aslan

Bence unutulmuş, Dünya Bankası metinlerinde bu zaten var.

Hakan Pehlivan

Sağlık çalışanları da zaten sürece katılmamıştır. Tercihtir.

Murat Civaner

Onlar kendi mantıklarınca toplum katılımı tariflemişler. Katkı payı vermek bile katılım olarak görülüyor. Unutulmuş mu yanlış, hekim seçimi ve para verme toplum katılımı mevcuttur. Bu siyasi bir tercihtir.

Haluk Başçıl

Unutulmamıştır. Hasta hakkı üzerinden değil, müşteri hakkı üzerinden katılım vardır. Buradaki katılım şikayet hakkı, müşteri hakkıdır. Elbise aldığımızdaki katılımımız burada da mevcuttur.

Seval Alkoy

Tüketici hakkını savunuyor

Dayanışma kültürü sağlıklılıkta önemli midir? AH ne denli dayanışmacı bir anlayışa sahiptir? Dezavantajlıların AH uygulamasından nasıl etkilenebilecekleri öngörülebilir mi? Sonuç ne olur?

Dr. Cavit Olgun

Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji ve Tıp Tarihi AD Doktora Öğrencisi

İnsanın insanlaşmasında dayanışma kültürü;

İnsana benzer evrim yarışına çıkan diğer yaratıklardan dayanışma içgüdüsünü geliştiremeyenlerin soyu yıllar içinde tükendi. Evrim, ilk insana 'dayanışma'yı öğretti. Antropologlar ilk insanların vahşi hayvanlara yem olmaktan kurtulmak için dayanışma içgüdüsü geliştirdiğini ve bunun da yüzyıllar içinde 'örgütlenme' yeteneğine dönüştüğünü vurguluyor.

Bilim insanları, modern insanın atasının başarıyla avlandığı tezini tersine çevirdi. Yeni araştırmalara göre, modern insanın ataları kendileriyle yeryüzünü paylaşan vahşi yaratıkların yemi oluyordu. Kurban olmaktan kurtulmak için ilk insanlar kendi aralarında güçlerini birleştirerek dayanışma kültürü oluşturarak ayakta kalmayı öğrendi. Böylece ilk cemiyet hayatının tohumları atılmış oldu.

Emory Üniversitesi uzmanı Dr. James Rilling, dayanışma içgüdüsünün arkasındaki biyolojik mekanizmaları incelemek için beyin dalgalarını görüntüleme tekniğine başvuruyor. Dr. Rilling, deneğin dayanışma ile bireycilik arasında seçim yapmasını gerektirecek deneysel bir oyunda, insan beyninde meydana gelen nörolojik değişimleri görüntüledi.

Dayanışma mı, Bireycilik mi?

Deneklerin beynindeki kimyasal değişikliklerden, karşı tarafın dayanışmaya yanaştığı

zamanlar mükafat ve şükran sinyalleri verildiğini, karşı tarafın bireyciliği seçtiği hallerde ise, bunun negatif olarak algılandığı görüldü. Dr. Rilling ayrıca, insanların kimin dayanışma sergilediği kiminse bireyciliği seçtiğine dair bir bellek geliştirdiğini ve bunu sürekli hatırlarında tuttuklarını keşfetti.

Hayvanlar Dayanışmayı Bilmiyor

İnsanlardaki dayanışma içgüdüsüne karşılık, hayvanlar üzerinde yapılan araştırmalar,

kendilerine herhangi bir riski olmasa dahi örneğin kimi maymun türlerinin birbirlerine dayanışma şeklinde yardım etmeye yanaşmadıklarını ortaya koyuyor. Bilim insanları bunu insanların erken çağlardan gelen korunma ve ayakta kalma

içgüdüünün bir dışavurumu olarak yorumluyor. Buna göre, insanlar çevrelerini saran vahşi yaratıklara av olmamak için dayanışmayı geliştirdi.

Dr. Robert Sussman, ilk insanların vahşi köpek, kartal, timsah gibi vahşi hayvanlara yem olduğunu savunuyor. Dr. Sussman, insanın atalarından sayılan Australopithecus afarensis maymun-insan arası türün avcılığı beceremediğini ve diğer hayvanlara yem olduğunun altını çiziyor.

Dr. Fuentes, Australopithecus ve Paranthropus adlı her iki insanı türün de vahşi hayvanlara yem olduğunu ve bunlardan ikincisinin dayanışma içgüdüünü geliştiremediği için 1.2 milyon yıl önce soyunun tükendiğini belirtiyor. İnsanın atası Australopithecus'ta ise kendilerini vahşi hayvanlara yem olmaktan kurtaran dayanışmacı davranış yıllar içinde bir içgüdüye dönüye dönüştü ve cemiyet oluşturma alışkanlığı doğdu.

Toplumsal gelişim, uygarlaşma, dayanışma;

Tarih felsefesini, ilk olarak, tarihi olaylara dayandıran İbni Haldun, İslâm felsefesinin en dikkat çekici isimlerinden biridir. İbni Haldun öncelikle şu soruyu soruyor: Bir devlet olarak yanyana yaşayan insanların bu birliktelikleri neye dayanır? Bu soruyu İbni Haldun, "dayanışma" kavramı ile yanıtlıyor.

Sağlıkta dayanışma kültürü;

- Sağlık toplumsal yaşam içerisinde tarif edilecek bir olgudur....
- Birey toplumsal ilişkiler içerisinde "kendisini" var edebilir....
- Sağlıklı birey; sağlıklı toplumsal örgütlenmeyle yaşamını sürdürebilir..
- Toplumsal örgütlenme, dayanışmacı yönelimde ise sağlıklı yaşamın gerçekleştirilmesi daha mümkün olacaktır...

Aile hekimliği ve dayanışma kültürü;

- Aile hekimliği bir sonuçtur alt kültürlerinde altında ,yaşamı toplumsal olandan uzaklaştırma ve daraltma ideolojisinin ince çizgileridir...
- Dayanışma değil toplumsal çözülme projesidir.....
- İnsanı yabancılaştırma uğraşı,sömürgelerin direnişini yok etmenin sağlık ayağıdır....
- Aile merkezli(?) tarif edilen sağlık organizasyonu, hizmet sunumunda hangi amaçla böyle bir tercihte bulunmuştur?
- Aile içi bir dayanışma mı amaçlıyor?
- Tabi ki hayır.
- AH uygulaması beraberinde bireysel sigortacılık ve kişisel prim karşılığı hizmet hedeflediği için dayanışma değil yalıtma-yalnızlaştırma hedeflidir..

- Sağlık aracı kurum (devlet) aracılığıyla kişilerin satın aldığı hizmettir...
- Dayanışma: ancak kurulabilirse tüketici derneğinden öteye gidemez...(sağlığı meta diye kabul etmek koşuluyla..)

Dezavantajlılar kimlerdir?

- Yoksullar
- İşsizler
- İş güvencesi olmayanlar
- Örgütsüzler
- KADINLAR(ortak bileşen)
- Çocuklar
- Özürlüler-sakatlar-engelliler....
- Muhalifler(?)
- Hizmete ulaşmanın engellerine sahip olabilecek potansiyele uygun olanlar...

Dezavantajlılar aile hekimliği sisteminden nasıl etkilenebilir;

- Sistemin özü "prim ödeme" yani yeni vergi....
- Vergi; toplumsal üretimden alınan payın geri verilen payı...
- Hizmet karşılığı?
- Sağlık kamusal alandan çıkartılıp bireysel satın alma sözleşmesine indirgenirse ;AH uygulamasında "dezavantajlılar"sağlıklı yaşamı da aynı hükümde karşılayacaklardır..

Dezavantajlıları mevcut durumdan değil de AH ile yeni oluşacak dezavantaj(lı)ları da sıralamak gerekecek gibi

Dayanışmanın birincil aşaması bilgi paylaşımıdır,

"EDİRNE AİLE HEKİMLİĞİ KARŞI PLATFORMU İLİMİZDE MAHALLELERDEKİ KAHVEHANELERİ GEZEREK HALKI UYGULAMALAR HAKKINDA BİLGİLENDİRMEYE BAŞLADI: Kıyık, Yeni İmare, Yıldırım, Gazimihal, Kaleiçi, Binevler ve Uzunkaldırım semtlerindeki kahvehanelerde toplantılar düzenleyen aile hekimliği karşı platformu üyeleri halkın merak ettiği sorulara cevap veriyorlar. Aile hekimliğine karşı olan grup üyeleri, halkın bu sistemle sağlığa cepten para ödeyeceğini ve özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin sekteye uğrayacağını ve salgın hastalıkların artma tehlikesinin olduğunu vurguluyorlar. Aile hekimliği uygulamasının ,sağlığı özelleştirme anlamına geldiğini vurgulayan grup üyeleri ,bu sistemin dünyadaki örneklerinde de sorunlar yaşandığını ifade ediyorlar. Bulgaristan, Yunanistan ve Almanya da dahi sistemin işlemez hale geldiğini anlatan grup üyeleri, şu anda uygulanan sağlık ocağı

ve sağlık evleri sisteminin Türkiye şartlarına daha uygun olduğunu anlatıyorlar. Şu an uygulanan sistemin hükümet tarafından yeterince desteklenmediğini vurgulayan konuşmacılar bunun nedenini siyasi bir tercih ve İMF ye verilmiş özelleştirme sözlerinden kaynaklandığını belirtiyorlar. Eşit, ücretsiz, nitelikli, ulaşılabilir ve nüfus cüzdanının yeterli olduğu bir sağlık sistemini istediklerini belirtiyorlar.”

Dezavantajlıların AH uygulamasından nasıl etkilenebilecekleri öngörülebilir mi?

Sonuç ne olur?

- Aile hekimliği, birey merkezli sigortacı sistemi öngörmektedir...
- Adının aile olması ideolojik bir argümandır...
- Dayanışma kültürü sağlık alanında tamamen ortadan kaldırılacak ve birey toplumun dışında sağlıklı yaşamı satın almaya itilecektir..
- Toplumda örgütsüzleştirme politikası sağlık hizmet sunumunda da gerçekleştirilmiş olacaktır..
- En ilksel olan “kan bağı” dahi çözülmeye uğrıtılacak “koyunlar” kendi bacağından asılacaktır...
- İtiraz noktalarından önem taşıyanlardan biriside; insanın yalnızlaştırılmasıdır...

Toplumsal kaynakların dağıtımı AH modelinde ne denli adil-hakça olabilir?

*Dr.Metin Bakkalcı
İnsan Hakları Vakfı*

Sorunun tartışılabilmesi açısından, muhtemelen çalıştığınız diğer başlıklarında da yer verileceği için tekrar olabileceği ihtimaline karşın, kimi kavramların berraklaştırılmasında yarar olacaktır.

1. ‘Aile Hekimliği Modeli’ ‘Sağlıkta Dönüşüm Projesi’ çerçevesinde ele alınmaktadır.

‘Sağlıkta Dönüşüm Projesi’nin temel kimi unsurları;

- Sağlık hizmet sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması,
- Sağlık bakanlığının sağlık hizmetinden çekilip, Planlayıcı ve Denetleyici işlevi üstlenmesi,
- Finansmanın Genel Sağlık Sigortası ile sağlanması (prim esaslı, temel teminat paketini esas alan, katkı payına dayalı),
- Hizmet sunumunun 1. basamak için Aile Hekimliği, ikinci basamak için sağlık işletmelerine dayalı olması,
- İstihdamın sözleşmeli personel olarak öngörülmesi,

2. Hükümetin ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’na, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanuna, bu kanuna dayalı çıkarılan çeşitli yönetmeliklere, bu yönetmeliklere dayalı çıkarılan çeşitli genelgelere ve en önemlisi ise Düzce’den başlayarak çeşitli illerde başlatılan uygulamalara bir bütün bakıldığında her birinin arasında ciddi farklılıklar söz konusudur. Bu durum bir yandan salt bir ildeki uygulamayı esas alarak kaynakların dağıtımını tartışmasını ilerletmenin uygun olmayacağını gösterdiği gibi, öte yandan da bilimsellikten uzak bu durumun kendisi bile, toplumsal kaynakların dağıtımında bugün için de büyük bir sorumsuzluğu ortaya koymaktadır.

3. Tartışmayı kolaylaştırmak için ‘kaynakların dağıtımı’ Dünya Tabipleri Birliği’nin de ele aldığı gibi üç düzeyde ele alınarak katkı sunulmaya çalışılacaktır.

a. Makro düzey (hükümet tarafından belirlenenler)

- b. Mezo düzey (kurumsal düzeyde yöneticiler tarafından karar verilenler)
 - c. Mikro düzey (bireysel düzeyde sağlık hizmeti sunucuları tarafından karar verilenler)
4. Esas olarak liberal söylemin tezi olan 'Kaynakların sınırlı, ihtiyaçların sonsuzluğu'na dayalı kaynakların dağıtımına ilişkin geliştirilen 'insan haklarına dayalı' ya da çeşitli 'adalet' yaklaşımları (Düzenleme karşıtı/libertarian; Yararcı/utilitarian; eşitlikçi/egalitarian; Onarıcı/restorative) veya bunların çeşitli sentezleri yanısıra, bu tezin ötesinde insanı esas alan, kaynakların üretimi ve dağıtımını yaklaşımlarına dayalı olarak tartışma sürdürülmeye çalışılacaktır.
5. Hak/hakkaniyet ve eşitlik kavramları çerçevesinde sürdürülen tartışmalar çok değerli olmakla birlikte, benim meşgul olduğum sorunun muhtevası açık olduğu için bu kavramsal tartışmaya girilmeyecektir.

MAKRO DÜZEYDE KAYNAKLARIN DAĞITIMI:

1. Aile Hekimliği uygulamasının da içinde yaşam bulacağı Sağlıkta Dönüşüm Projesi/programında (SDP) yer verildiği gibi sağlıkta hizmet sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılmaktadır. Yine SDP'nin esası sağlığı ticarileştirmek olduğu gözönüne alındığında finansmanın, başta koruyucu sağlığı ihmal eden tedavi merkezli, ilaç ve yüksek teknolojiye dayalı kar edecek alanları öncelemesi kaçınılmaz olacaktır. Hekimi 'hastalık satan' bir meslek haline getirme anlayışı birinci basamakta kendini Aile Hekimliği şeklinde göstermektedir.
2. Sağlık bakanlığının sağlık hizmetinden çekilip, planlayıcı ve denetleyici işlevi üstlenmesi, beraberinde sağlık bakanlığı bütçelerinin daha da kısıtlanmasını getirecektir. Yine hükümetlerin (aynı zamanda IMF/Dünya Bankası vb. diye de okunabilir) yatırıma, koruyucu sağlık hizmetlerine ve esas olarak sözleşmeli olacak sağlık çalışanları ücretlerine kısıtlılık getirmeleri de göz önünde tutulmalıdır.
3. Yine Sağlıkta Dönüşüm Projesi/programında yer verildiği gibi sağlıkta finansman Genel Sağlık Sigortası ile sağlanacaktır. (prim esaslı, temel teminat paketini esas alan, katkı payına dayalı) Asgari ücretin üçte birinin (2007 itibari ile 134 YTL) üstünde olanlar en az 67 YTL sağlık primi olarak ek vergi vermelerinin yanısıra, zaman içinde daralan hizmet paketlerine, zaman içinde artacak katkı payları ile ulaşabilecekler.
4. Sağlığın ticarileştiği bir ortamda 'paran kadar sağlık' basit sloganının gereği tamamlayıcı/özel sigortalar ile yeni ek kaynaklar yine başta ilaç/yüksek teknolojiye dayalı kar edecek alanları önceleyecektir.
5. Dolayısı ile makro düzeyde kaynakların gayri adil dağıtımı, daha da ötesi özellikle başta dezavantajlı kesimlerden ek kaynak sağlamayı esas alan Aile Hekimliğinin de bünyesinde hayat bulacağı Sağlıkta Dönüşüm

projesinde bir bütün olarak kaynakların dağıtımının adil-hakça ve eşitlikçi olabilmesi olanaksız görünmektedir.

6. Kaldı ki, insanı esas alan merkezi bir planlama söz konusu olamayacağı için kaynakların adil ve eşitlikçi dağıtımı söz konusu olamayacaktır.

MEZO (KURUMSAL) DÜZEYDE KAYNAKLARIN DAĞITIMI:

1. Aile Hekimliği dahil Sağlık Kurumlarının işletmeleştirilmesinin doğal olarak sonucu giderlerin azaltılması, gelirlerinin artırılması olacaktır. Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısının herkesin tanıklığında Aile Hekimliğinde söz konusu olan 'cari giderlerin idareli kullanılırsa üstü size kalır' basit ve her türlü değer tahribi anlamına gelecek sözlerinin anlamı bu olumsuz işletme anlayışında saklı olsa gerektir.
2. Aile Hekimliği Merkezlerindeki hizmetlerin giderleri arttırmamak için sınırlı insan gücü ile sürdürülmeye çalışılması, sabit giderlerin bölüşümüne yönelik hekimler arası tartışmaların duyulması her türlü değeri tahrip etme potansiyeline sahip işletme mantığı ile de ilişkilidir. (Kuşkusuz bu tür tutumlar kaçınılmaz değerdir.)
3. Yine Aile Hekimliği uygulamalarında duyulan giderleri azaltmaya yönelik kimi tıbbi cihaz, teçhizat, gezi giderlerinin kimi sponsorca sağlanma girişimleri dikkat çekicidir.
4. Gelirleri arttırmaya yönelik etik sınırları zorlayıcı reklam girişimleri, 'hasta memnuniyeti' adı altında bilimsellikten ve etik değerlerden uzak tıbbi teknoloji kullanımı ya da sevk ve rapor zorlamaları bir başka dikkat çekici noktadır.
5. Öte yandan, görev tanımları ve belli ölçüde projenin tercihleri gereği günlük mesailerinin poliklinik hizmetlerine bile yeterli ölçüde yetmesi olanaksız olan aile hekimlerinin kendilerine kayıtlı kişilerin özelliklerini ve sunulacak hizmetin biçimlerini zorlanması beklenir. Pek çok ülkedeki uygulamalarda da karşılaşıldığı gibi yaşlılar, kronik hastalar başta olmak üzere daha yoğun bakıma muhtaç olanların kaynaklara yeterli ulaşamaması dönüşüm projelerin vicdanları en rahatsız eden noktalardan biridir.
6. Yine bu kapsamda koruyucu sağlık hizmetlerinin örselenmesi kaynakların dağılımdaki bilim dışı, gayri adil unsurlardan biridir.
7. Kaldı ki, Genel Sağlık Sigortası kapsamında verilecek hizmetlerin kısıtlılığı ve bunun zaman içinde olumsuz anlamda değişebileceği olasılığı (bugünlerdeki Bütçe Uygulama Talimatlarında olduğu gibi) kurumların sunabilecekleri sağlık hizmetlerinin sınırlılığını ortaya koymaktadır. Bir de 'sağlık güvencesinden' yoksunların sağlık hizmetlerinden yararlanmalarının önündeki engeller her halde adalet duygusunu önemli ölçüde örseleyecektir.

8. Sağlıkta kaynakların dağıtımında toplum katılımı son derece önemlidir. Ne var ki, Aile Hekimliği de dahil SDP’de amaca uygun toplum katılımı söz konusu değildir.

MİKRO DÜZEYDE KAYNAKLARIN DAĞITIMI:

1. Sağlıkta Dönüşüm Projesi bir bütün olarak mesleki bağımsızlık ve klinik özgürlük açısından önemli bir tehdit oluşturmaktadır.
2. Yukarıda da yer verildiği gibi Genel Sağlık Sigortası kapsamında verilecek hizmetlerin kısıtlılığı ve bunun zaman içinde olumsuz anlamda değişebileceği olasılığı (bugünlerdeki Bütçe Uygulama Talimatlarında olduğu gibi) aile hekimlerinin sunabilecekleri sağlık hizmetlerinin sınırlılığını ortaya koymaktadır.
3. Kayıtlı kişi sayısını arttırabilmek ya da koruyabilmek için ‘hasta memnuniyeti’nin ‘müşteri memnuniyeti’ne dönüşme ihtimali ve ‘rekabetçi’ bir ortam çerçevesinde istenen tetkikler, tedavi yöntemleri, rapor vb. hizmetlerde bilimsel ve etik değerler zorlanabilecektir.
4. Benzer gerekçe ile aile hekiminin koruyucu hizmetlere yeterince özen göstermesi zorlanabilecektir.

SONUÇ OLARAK; Aile Hekimliği/doktorluğu uygulamalarının da katkısı ile Aile Hekimliği/doktorluğunun da içinde hayat bulacağı Sağlıkta Dönüşüm Projesinde bir bütün olarak kaynaklar esas olarak bilimsel ve etik değerleri zorlayan ‘piyasa’ ilkelerine göre dağıtılacaktır. Sağlık alanında basit piyasa mantığının sonucu kaynakların dağıtımının adil ve eşitlikçi olabilmesi olanaklı gözükmemektedir.

Oysa, kaynak dağıtımında herşeyden önce toplumun dezavantajlı kesimlerine öncelik verilmiyorsa, söz konusu politikalarının insan sağlığını yükseltmeye yönelik oldukları söylenemez.

Kuşkusuz, kaynakların makro-mezo-mikro düzeydeki dağıtımında, ‘iyi hekimlik’ değerleri ışığında mesleklerinin gereğini yerine getirme arzu ve çabasında olan hekim ve sağlık çalışanlarının tutumu büyük önem arz etmektedir.

Tartışma tutanağı

Haluk Başçıl:

Kaynakların oluşturulmasında adalet gözetmedikçe, kaynak dağılımında adaleti gözetmek ne kadar doğrudur.

Ek soru: Sigortacılık nasıl bir seyir izleyecek dersiniz? Sağlık hizmetlerini nasıl etkileyecek?

Naciye Demirel:

Sigorta şirketleri, ilaç ve tıbbi teknoloji sektörleriyle birlikte yürüyecek.

**Seval Alkoy:**

Hizmete erişimin önünde engel haline gelecek.

Cavit Işık Yavuz:

Özel sigortacılığın teşvik edileceği AKP programında zaten var.

Ali Osman Karababa:

Gelecekte GSS kalmayacak. Bütün sistem özele devredilecek. Sigorta tahsilatında artışlar beklenmeli. Kamu sigortasının bizde olabileceğine inanmıyorum.

Aile Hekimliği Sağlıklı Olma Hakkı ve Hasta Hakları Anlayışına Ne Denli Hürmetkâr?

*Uzm.Dr. Gamze Varol Saraçoğlu
Halk Sağlığı Uzmanı, Hasta Hakları İl Koordinatörü
İl Sağlık Müdürlüğü Edirne*

Bu konuya geçmeden önce başlıkta geçen kimi kavramlara değinmek ve kabaca tanımlarını vermek yerinde olacaktır.

Hak nedir?

Koruma altına alınmış menfaatler anlamına gelmektedir. Menfaatleri de gereksinimler belirler.

- İnsan, doğumundan itibaren bazı haklara sahiptir. Bu haklardan birisi de en temel hak olan “sağlık hakkı”dır. Bu hakkın sunumu kaliteli ve eşit olmalıdır. Sağlık hizmetlerinin sunumu, “eşitlik/hakkaniyet” ilkesi çerçevesinde yapılmalıdır.
- Bu da **insan hakları** kapsamında değerlendirilmelidir.

İnsan hakkı :

İnsan olmaktan kaynaklanan haklardır. İnsan hakları, ırk, din, dil ve cinsiyet ayrımı gözetmeksizin tüm insanların yararlanabileceği haklardır. Bu haklardan yararlanmak bakımından vatandaş ve yabancı arasında fark yoktur. İnsan hakları, tüm insanların hak ve saygınlık açısından eşit ve özgür olarak doğduğu anlayışına dayanır. İnsan hakları, her bir bireye bağımsız seçim yapma ve yeteneklerini geliştirme özgürlüğü sağlar.

- Batıda ilk kez 1215 yılında İngiltere’de Manga Carta Sözleşmesi ile gündeme gelmiştir. Ardından,
- Fransız İnsan ve Vatandaş Hakları Evrensel Bildirgesi-1789
- Amerikan Haklar Bildirgesi-1791,
- İnsan Hakları Evrensel Beyanname-1948 ile temeli belirlenmiş, üzerine çok sayıda uluslararası sözleşme ve bildirelerle kapsamı genişletilmekte, (kadınlar, çocuklar, çalışanlar, azınlıklar vb.) anlamı ve yaptırımını güçlendirilmektedir.



Sağlık nedir?

“Sağlık, yalnızca hastalık ya da sakatlığın bulunmaması demek olmayıp; aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden tam bir iyilik durumudur.” Bu tanım DSÖ Anayasası’nda yer bulmaktadır. Türkiye, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasası’nı 1947 yılında 5062 sayılı yasa ile onaylamıştır. DSÖ Anayasası’nda şöyle denilmektedir : “BM Ana Sözleşmesi’ne bağlı olarak bu Anayasayı onaylayan ülkeler, tüm ulusların mutluluğu, uyumlu ilişkileri ve güvenliği için bu ilkelerin temel olduğunu kabul ve ilan ederler.” Ayrıca 5 Ocak 1961’de kabul edilen 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası’nda da bu tanıma yer verilmiştir. Dolayısıyla bu tanım ülkemizin yasal sağlık tanımıdır.

Sağlık Hakkı :

Sağlık hakkını kullanan kişilerin insan haklarına uygun koşullarda hizmet almalarını amaçlayan haklardır.

Sağlık hakkı ise doğuştan kazanılmış temel bir insanlık hakkıdır. Tüm insanlar ırk, din, dil, siyasal inanç ekonomik ve sosyal durum ayrımı gözetmeksizin, erişilebilecek en yüksek düzeyde sağlıklı olma temel hakkına sahiptir. DSÖ’nün ilkelere de; tüm insanların, olanakların elverdiği en üst düzeyde sağlık hizmetlerinden yararlanmalarının temel hakları olduğu belirtilmektedir. 1982 Anayasası’nın 90. maddesi, Türkiye Büyük Millet Meclisi’nce (TBMM) de onanan bu düzenlemeleri içeren uluslararası hukuk metinlerinin yasa gücünde olduğunu buyurmuştur. Ayrıca, 1982 Anayasası’nın 56. maddesinde de; “sağlık hakkı” 1961 Anayasası’nın ilgili 49. maddesinden geri olmakla birlikte, vurgulanmıştır. Kısacası Türkiye, sağlık hizmetlerinin temel bir insanlık hakkı olduğunu anayasal ve yasal olarak kabul edilmiştir. Kişilerin yaş, cinsiyet, dil, etnik köken, siyasal seçim ve ekonomik durum gibi herhangi bir ayrım gözetmeksizin sağlıklı yaşamlarının sağlanması, bir devletin özünde bulunması gereken en temel özelliklerdendir.

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, gerektiğinde sağaltım ve esenlendirme hizmetlerini gerçekleştirmek ve ayrıca, toplumların sağlık düzeylerini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne sağlık hizmeti denir. Sağlık hizmetleri özünde bir kamu görevidir.

Hasta Hakkı tanımı:

Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan kişilerin, sırf insan olmaları nedeniyle sahip buldukları ve T.C. Anayasası, milletler arası antlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan haklarını ifade eder.

Hasta hakları (HH) ile ilgili kimi temel uluslararası yasal düzenlemeler:

1. Lizbon
2. Bali
3. Amsterdam
4. Hasta Hakları Avrupa Statüsü

Hasta hakları ile ilgili kimi temel ulusal yasal düzenlemeler:

- ❖ Anayasa
- ❖ Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Yasa (1928)
- ❖ Umumi Hıfzıssıhha Yasası (1930)
- ❖ Tıbbi Deontoloji Tüzüğü (1960)
- ❖ Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (1961)
- ❖ Yargı içtihatları

“Sağlıkta Reform” sürecinde

- ❖ Hasta Hakları Yönetmeliği (1998)
 - Uluslararası bildirgelerle getirilen hasta haklarını içermektedir (Amsterdam Bildirgesi).
 - Hasta haklarını tek bir yasal düzenlemede ele almıştır.

Bu yönetmelik ile temel olarak hastaların;

- Hizmetin her aşamasında bilgilendirildiği ve onayının alındığı,
- mahremiyetine uyulduğu,
- hiçbir ayırım yapılmadan her türlü tıbbi tedaviyi alabildiği,
- hekimini ve kurumu seçebildiği ve değiştirebildiği,

- kendisine sağlık hizmeti sunan sağlık personelinin kimlik ve unvanını bildiği,
- sağlık hizmetini güvenli bir ortamda aldığı,
- inançlarına saygı gösterildiği, güler yüzlü, nazik, şefkatli hizmet alabildiği,
- hastanede yattığı süre içinde ziyaretçi kabul edebildiği, yanında refakatçi bulundurabildiği,.... bir sağlık hizmeti sunumu hedeflenmektedir.

“Sağlıkta Dönüşüm” sürecinde

- ❖ Hasta Hakları Genelgesi-2003
- ❖ Sağlık Tesislerinde Hasta Uygulamalarına İlişkin Yönerge-Ekim 2003 (Yürürlükten kalktı)
- ❖ Ceza Muhakemeleri Kanunu-2004
- ❖ Poliklinik Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması Genelgesi-2004
- ❖ Hasta Hakları Uygulama Genelgesi-2005
- ❖ Hasta Hakları Uygulama Yönergesi-Nisan 2005
- ❖ Hizmet Kusuru Genelgesi-2005

Temel olarak HH mevzuatı incelendiğinde Sağlıkta Dönüşüm sonrası yapılan HH uygulamalarının daha çok vitrine ve işletmeye dönüştürülmeye çalışılan sağlık birimlerinde kaliteyi artırmaya yönelik olduğu görülmektedir. Böyle bir ortamda, “Hasta Hakları” döner sermaye, performans vb. uygulamalarıyla, bir hekimin günde 200 poliklinik yapmaya zorlandığı bir ortamda; güler yüzlü olmanın hasta hakları ile eş anlamlı olduğu bir noktaya indirgenmiştir. Bakanlık uygulamaları incelendiğinde görülmektedir ki, uygulamalar daha çok Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nce yürütülmekte, çıkartılan yönerge ve yönetmelikler 1. Basamak’ı kapsasa da Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nde konuyla ilgili çalışma yapacak birim bulunmamaktadır. Bu şekliyle Bakanlık’ta uygulanan Hasta Hakları çalışmalarının bir bacağı eksik kalmaktadır. Bu süreçte pek çok faktör rol oynayabilir:

1. Zaten 1. Basamak sağlık hizmetlerine uzun süredir bilerek ve sistemli olarak hak ettiği önem, yatırım ve destek verilmemektedir. Elbette bu durum halkın ve sağlık çalışanların önlerine sunulan daha kötü bir uygulamayı kabul etmeleri için yapılan bilinçli çalışmalardır. Bu nedenle 1. Basamak’ta varolan insançıl, topluma dayalı bütüncül anlayışla sağlıklı olma hakkını gözetken sağlık hizmeti sunumu engellenmiş, üzerine şekilsel olarak bile Hasta Hakları kurgulanmasına engel olunmuştur.
2. Dayatılan Aile Hekimliği (AH) uygulamasının Hasta Hakları anlayışı ile pek çok yönüyle çeliştiği bilinmekte, bu nedenle süreçte göz ardı edilmiştir.

Dayatılan AH uygulaması ve ilgili mevzuata gelince, ilgili mevzuat aşağıda sıralanmıştır.

1. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması hakkında çıkartılan 25665 sayılı ve 09.12.2004 tarihli Kanun
2. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması için hazırlanan 25867 sayılı ve 06.07.2005 tarihli Yönetmelik
3. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması kapsamında Sağlık Bakanlığınca çalıştırılan personele yapılacak ödemeler ve sözleşme şartları hakkında hazırlanan 25904 sayılı ve 12.08.2005 tarihli Yönetmelik
4. Aile Hekimliğinin pilot uygulandığı illerde, Toplum Sağlığı Merkezleri kurulması ve çalıştırılmasına dair 15.09.2005 tarihinde yayınlanan Yönerge
5. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması yönetmeliğinde değişiklik yapıldığına dair yönetmelik (28.07.2006).

AH mevzuatı incelendiğinde metinlerde hasta haklarına ile ilgili doğrudan bir madde bulunmamaktadır. Yukarıda belirtildiği gibi Uygulama, pek çok yönüyle gerçekte İnsan Hakları, Sağlık Hakkı, Hasta Hakları anlayışıyla çelişmektedir. AH uygulaması ile HH çelişkileri aşağıda sunulmuştur:

1. Kişilerin sağlık hizmetine ulaşabilmeleri için kişilerin **önce primlerini** ödemeleri gerekmektedir. Primini ödemeyen sağlık hizmetini alamamaktadır. Zaten hasta hakları anlatılırken hasta sorumlulukları üzerinde de durulmakta ve hasta sorumlulukları başında ilk olarak kişinin sağlık hizmetinden faydalanabilmesi için primini yatırmış olması, sevkini alması ya da vezneden ödendi makbuzunu getirmiş olması gerekmektedir diyerek söze başlanmaktadır./Sağlık Hakkı
2. Kişinin sisteme ve bir AH'ne kayıtlı olması istenmektedir./ Sağlık ve Hasta Hakkı
3. Kişinin sağlık hizmeti (nitelikten ayrı tutularak) alabilmesi için gerek AH'ne gittiğinde, gerek reçete edilen ilaçlarını alırken, gerekse bir üst kuruma sevk edildiğinde katkı payı ödemesi gerekecektir. Bu katkı payı miktarı belli değildir. Her yıl değişebilir. /Sağlık ve Hasta Hakkı
4. Ödediği prim kadar sağlık hizmeti alma **hakkı** vardır. Bunun da adına Temel Teminat Paketi denmektedir. Paketin içeriği net değildir. İçerik her yıl değişebilir./İnsan Hakkı, Sağlık Hakkı
5. Kişi sisteme kayıtlı olabilmek için **sağlıklı** olmalıdır. Aksi halde (yaşlı, kronik hastalığı olan vb.) tercih edilmeyebilir. Bu durum pek çok açıdan ele alınabilir. Kişiler farklı ırk, din ve görüşteyseler tercih edilmeyebilirler!. Hekimin hasta seçme hakkı/ İnsan, Sağlık ve Hasta Hakkı

6. Hekim bu sistemde karar verirken gerçekten de “özgür” müdür? Uygulamada sevk ve tahlil baskısı ve maaş kesintisi ile hastalarda karar verme sürecini etkileyebilecek kimi kısıtlamalara gidilmesi yaşamsal hatalara neden olabilecektir./ Sağlık ve Hasta Hakkı
7. Bu uygulama ile hekimin hastayı memnun etme kaygısı bulunmaktadır. Bu durum hekim için baskı oluşturacaktır. Bu da etik olmayan (Gereksiz ilaç yazma, uygunsuz rapor verme, ehil olmadığı halde kimi tanı aletlerini kullanma -USG- vb) davranışlara itebilecektir./ Hasta Hakları
8. Uygulamada gezici hizmet olmasına karşı, pilot illerde pek çok hekim arkadaşımıza gezici hizmeti yerine getirmedeği için soruşturmalar açılmıştır. Periferde yaşayanlar için sağlık hizmetine erişim güçleşmiştir./Hasta Hakları

Tartışma tutanağı

Cavit Işık Yavuz:

Sağlık hizmetine erişim hakkı, sağlıklı olma hakkı, hasta hakkı farklı kavramlardır. Sadece gizlilikle ilgili teknik bir problem var. Uluslar arası metinler en azından böyle tanımlıyor, biz böyle tanımlamayı tercih etmiyoruz.

Murat Civaner:

Gizlilikle ilgili teknik bir problem var. Eğer düzenlenirse hasta haklarıyla ilgili bir sorun yok.

Öner Kurt:

Sağlık erişim hakkı olmayanın hasta hakkı olması anlamsızdır.

Haluk Başçıl:

Hasta hakkı hekimin mesleki bağımsızlığından ayrılamaz. Hizmeti en iyi ve nitelikli bir şekilde alacak. Sigortanın baskısı hekimin bağımsızlığına zarar verir. Hekimle hastayı karşı karşıya getirme zeminidir.

Dilek Aslan:

Başvuran hakkı olarak açılım getirebilir miyiz. Başvuran hasta olmayabilir.

Muzaffer Eskiocak:

Kavramlarla ilgili farklılıklar var. Avrupa'nın dediği ile bizim dediğimiz uyuyor. Hekimin mesleğini bağımsız olarak icra etmesi yok ise hasta hakkı da yok.

Murat Civaner:

Malpraktis yasası yönünden, sağlık bakanlığı aydınlatılmış onamı hazırladı.

ÇÖZÜMLER VE ÖLÇÜMLEME

AH modeli sosyal hastalıkların yönetiminde (tüberküloz) çözüm sağlayıcı olabilir mi?

Dilek Aslan

Toplumsal hastalıklar, damgalayıcı hastalıklar bir buzdağı fenomenidir, sosyal damgalayıcı hastalıklarla mücadele ederken, bireye hizmet buna çözüm olamaz. Erişemiyorsa (finansman gss vb.) dışında kalacaktır.

Öner Kurt

Sosyal hastalıklar için Sosyal programlarda gerekli, VSD tedavideki yeri dikey örgütlenme de olsa çok önemli. VSD aile hekimliği illerinde ortadan kaldırılıyor.

Hasan Akpınar

HIV AIDS hastalıklar toplum sağlığı merkezlerinin görevleri olacak. Oradaki yetersiz personelle bu yapılamaz.

Atilla Saraçoğlu

Edirne'de bölgelerindeki tbc hastalarının ilaçlarını vermeyi aile hekimlerine verdiler, AH kabul etmedi ama müdürlük zorla kabul ettirdi

Ali Osman Karababa

Göğüs hastalıkları hastaneleri kapatılıyor. Tüberküloz giderek artıyor.

Naciye Demirel

Sadece AH değil sağlıkta dönüşüm programıyla ilgili VSD federasyonunun bir açıklaması oldu.

Nazmi Algan

Beykoz, Heybeliada, Yedikule hastaneleri göğüs hastalıkları kadın servisi kapatıldı

Personel dağıtım cetvelinde VSD kadroları 1/3'e indirilmiş.

AH modeli aşı ile önlenebilir hastalıkların eradikasyonu-eliminasyonun sürecini nasıl etkiler?

Uzm.Dr. Oya Zeren Afşar

Eradikasyon/eliminasyon programları

- Mevzuatta uygulanması toplum sağlığı merkezlerine bırakılmıştır. Buralarda yeterli sayısal ve teknik kapasitenin olup olmadığı ve aşı kampanyası gibi ekstra aktivitelerde aile sağlığı merkezlerindeki hekim-hekim dışı elemanları ne derece kullanabilecekleri açık değildir.

Özelleşmiş programlar

- Mevcut sistemde BCG aşılması, tüberküloz kontrolü, sıtma tanı ve tedavisi konusunda deneyimli personel ve ekipler bulunmaktadır. Birinci basamakta tek tip sağlık hizmet sunumuna geçişte bunların kaybedilmeden bir şekilde sisteme kazandırılması ve hastalık kontrolünün zarar görmemesi gerekmektedir.

Salgın kontrolü

Bu da mevzuatta toplum sağlığı merkezlerine bırakılmıştır. Yine yeterli sayısal ve teknik kapasitenin olup olmadığı ve gerektiğinde aile sağlığı merkezlerindeki hekim-hekim dışı elemanları ne derece kullanabilecekleri açık değildir.

C) Hizmetin değerlendirilmesi ve denetimi

1. Aşılama oranları ve hastalık bildirimleri izlemleri

- Kişilerin istediği hekimi seçmesi ile birlikte, hizmette bölgesel özellik kalmayacaktır. Aşılama oranları ve hastalık bildirimlerini hesaplamakta kullanılan payda, hekime kaydolanlarla sınırlı kalacaktır. Asıl hizmet alamayanlar ise kayıtlara girmeyecek, bunların sayısı ve yerleşimi dahi belirlenemeyebilecektir.
- AH sistemi, aşılama oranını %80'in altına düşüren aile hekimlerine ilk seferde uyarı, tekrarı halinde ise sözleşme feshi cezası getirmektedir. Bu kadar ağır bir cezanın gerçekten uygulanıp uygulanamayacağı bir yana, düşük aşı oranlarına sahip yerlerde göreve başlayan AH'ne kademeli bir iyileştirme süresi tanınmamıştır. Bu durum kalem aşılmasının bildirimine yol açabilir.
- Sahadaki gerçek aşılama oranlarının zaman zaman kontrol edilmesi için bağımsız kurumlarca (üniversiteler, enstitüler, dış kuruluşlar) saha araştırmaları düşünülebilir.

2. Denetim

- Mevcut sistemde en zayıf fonksiyonlardandır. AH sisteminde de hizmet sunumunun belli öğeleri maddi olarak özendirilmiş, ancak denetime bir özendirme ya da destek sağlanmamıştır. Denetim yapacak Toplum Sağlığı Merkezi, İl Sağlık Müdürlüğü gibi yerlerdeki teknik personel sayısı ve olanakları sınırlı olacaktır.
- AH sisteminin öncelikli denetim hedefi, personelin verilen ücrete karşılık gelen işleri yapıp yapmadığı olduğundan, denetimlerin hizmetin niteliğinden çok niceliğine yönelik olacağı öngörülebilir.

Toplumun sağlık düzeyinin izlenmesinde AH modeli sürveyans aktivitelerini nasıl etkiler?

Cavit Işık Yavuz

Yrd.Doç.Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Bu sorunun yanıtını bulmaya çalışırken genel hatları ile aile hekimliği modeline bakmamız gerekecek tıpkı atölye çalışmasında yer alan diğer başlıklara ve sorulara yaklaşırken yaptığımız gibi.

- 2007 Türkiye’inde tartışmakta olduğumuz birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği modeli, 2002 yılı Genel Seçimler sonrası Ak Parti tarafından kurulan 58. ve 59. Hükümetlerin sağlık alanında gerçekleştirmeye çalıştıkları dönüşümün önemli bir aşamasını oluşturmaktadır. Aile hekimliği modeli ile ilgili olarak AKP Parti Programında yer verilen bir cümle modelin ana işleyiş esasını sergilemesi açısından önemlidir: “Aile hekiminin muayenehanesi, fizik koşulları ve uygulama standartları Sağlık Bakanlığı’nca belirlenecektir. Bu muayenehanelerin kurulması için devlet ucuz krediler verecektir”. Modelin işleyişine dair önemli bir ipucudur bu cümle.
- Parti Programı’nda diğer başlıklar incelendiğinde sistematik olarak belirtilmeyen ve ayrıntılandırılmayan bir çerçeve ortaya çıkmaktadır: Sağlık sistemimizin bütünüyle değişeceği ve değişimin de sağlık hizmetlerinde özel sektöre, sigortacılığa, birinci basamakta kendi hesabına çalışacak muayenehane hekimliğine dayalı aile hekimliği modeline öncelik vereceği, yönetimde de SB’nin fonksiyonlarının önemli ölçüde farklılaştırılacağı anlaşılmaktadır.
- Sağlık Bakanlığı(SB) 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı”, 2004 yılında da “Aile Hekimliği Türkiye Modeli” dokümanları ile dönüşümü ayrıntılı resmetmektedir. Bu dokümanlar sonrasında 2005 yılında yürürlüğe giren “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” ile mevzuat düzenlemeleri başlamış ve daha sonra yayımlanan yönetmelik ve yönergeler ile sürdürülmüştür.
- Pilot uygulama ile sunulduğu kadarıyla model sağlık ocağında bir ekiple yürütülen, belli bir coğrafi bölgede nüfus temelli ve entegre sağlık hizmetlerinin bütüncül yapısını değiştirerek farklılaştırmaktadır.
- Bu farklılaştırma ve daha açık söylersek sağlık ocağı hizmetlerinin tahribatı, sürveyans sistemini de etkileyen en önemli unsurdur. Sürveyans aktivitelerine etkileri aşağıdaki başlıklarda sıralayabiliriz:

1. Aile hekimliği modeli belli bir coğrafi alanda nüfus temelli örgütlenmiş olan sağlık ocağı sisteminin bu yapısını bozmaktadır. Mevcut haliyle “pilot” uygulama mevzuatında, pilot uygulamaya geçilen

yerlerde, ilk altı ay sonrasında ilçe bazında aile hekimi seçimi yapılması söz konusudur. Bu durum ilçe sınırları içinde çok farklı noktalardan hekim seçimine olanak tanımaktadır. Bu durum, sağlık ocağı sistemi ile sağlanması daha kolay ve olanaklı “epidemiyojik bütünlük” diye adlandırabileceğimiz bütünlüğün hem bozulması hem de sağlanmasının güçleşmesini getirebilir.

2. Yukarıda anılan bütünlüğün bozulması verilerin değerlendirilmesi, analizi ve müdahalelerin planlanmasında ciddi güçlükler doğurabilir. Aile hekimliği modeli verilerin sağlık ocağı düzeyinden daha üst düzeyde-ilçe düzeyinde- bütünlleştirilmesi ve analizini gerektirmekte ve bu anlamda çok iyi kurgulanmış bir veri toplama sistemini zorunlu kılmaktadır.
3. Sağlık ocağı sistemi, sağlık alanındaki farklı mesleklerin bir arada ekip olarak yürüttüğü hizmet bütününden oluşmaktadır. Bu hizmet bütünü, ekipte yer alan bir çok çalışanın kendi görevleri ile ilgili kayıtların tutulması ve bir araya getirilmesi konusunda kolaylık sağlamaktadır. Aile hekimliği modeli bu ekip yapısını bozarak hizmeti bir hekim ve hekim dışı sağlık personeline(mevzuattaki adlandırma ile “eleman”) indirgeyerek çok görevli bir “ekipçik” oluşturmaktadır. Aynı zaman diliminde bir çok işi yapmak durumunda kalacak olan bu “ekipçik”, işyükü, görevleri ve diğer yönleri düşünüldüğünde sürveyans aktivitelerini yeterli nicelik ve nitelikte yerine getiremeyebilir.
4. Ülkemiz için sunulan aile hekimliği modeli, “Genel Sağlık Sigortası”(GSS) ile birliktelik içermektedir. Bu nedenle sunulan modeli GSS’den bağımsız düşünmek hatalı olacaktır. GSS olmaksızın uygulamaya konulan pilot uygulama ne denli gerçek bir pilot uygulama olacaktır tartışılmalıdır. GSS’nin uygulamaya geçmesi ile birlikte-son yıllarda da Bütçe Uygulama Talimatları ile karşılaşılan- kısıtlama, sınırlama sosyal güvenlik kurumlarının ödeme yöntemlerine göre getirecekleri düzenlemeler vb. durumlar çeşitli biçimlerde sürveyans aktivitelerine etki gösterebilir.
5. Yeni modelde hekim ve kurum ödeme sistemlerinin bir çok açıdan sürveyans aktivitelerini etkilemesi beklenmelidir. Hizmet başı ve/veya kişi başı ödeme vb. yöntemler beraberinde çeşitli hizmet ve sağlık göstergesi ölçütlerinde performans kesintileri, ödüllendirme gibi uygulamalar sürveyansa etki edecek basınçlar yaratabilir.
6. Model kayıt sistemi ve bildirim mekanizmalarını da değiştirmektedir. Bu değişim sürveyans sisteminin baştan sona değişimi yenilenmesi anlamına gelir. Geçiş sürecinde sorunlar yaşanması ve tüm ülkenin sisteme entegrasyonu olası sorun kaynakları olabilir.

Tartışma tutanağı

Cavit Işık Yavuz

Toplumun sağlık düzeyi paradigma değişimi yaşıyor. Sosyalizasyon modelinin önemli bir özelliği var nüfus ve bölge tabanlılık. bu da epidemiyolojik bütünlük sağlar. İlk kurulduğunda il sınırlarını da gözetmiyor. Coğrafi sınırları esas almış. İl-ilçe sınırı gözetmeksizin bir kolaylık sağlaması va 224'ün. 80li yıllardan sonra il sınırı gündeme gelmiş. Aile hekimliği ise ilçe düzeyinde bozuyor. Aynı ilçe içinde oturan bir kişi çok farklı uzaklıklarda aile hekimine kaydolabiliyor. Yerleşim yeri tabanlı epidemiyolojik veri bildirimini nasıl sağlanacak? Bildirim bütünlüğünü ilçe düzeyinde başkalarının sağlaması gerekecek. 100 hekimden gelecek karışık bildirimleri öyle bir harmanlamalıyım ki nüfus bilgileriyle örtüşsün.

Bildirim sistemi içine yeni aktörler girecek. Özel poliklinikler vb. bu da yeni değişiklikler getirecek. Aile hekiminin ETF'si içinde sadece TC kimlik no var. Bunların analizleri nasıl yapılacak ve nasıl bilgiler elde edilecek. Son olarak aile hekimliğine geçiş sürecinde şu anki bildirim sistemi önemli.

Finansman boyutu bildirimini etkileyen ana unsur olacak. AH bildirim ücretlendirilirse bu işi yapacak yoksa yapılmayacak. İngiltere servikal smear'e ek ücretlendirme getirdi. AH kamusal özelliğinden ayrılmış durumda.

Aslı Davas

Birinci basamak bildirimleri, ikinci basamağa kaydırıldı. Bunlar da birbiri ile örtüşebilir.

Cavit Olgun

Umulmadık hastalıkların bildiriminde artış olabilir.

Sağlık sorunlarının önceliklere göre sıralanmasına Aile Hekimliği modeli etkili olabilir mi? Bu etki nasıl sonuçlar Doğurur?

Keuser Vatansver

Yrd.Doç.Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Bu sorunun yanıtı aranırken, önceliklendirme konusu bir bütün olarak sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde ele alınmış ve iki özellik etrafında tartışılmıştır. Bunlardan ilki sağlıkta dönüşüm programının tercih ettiği “yararçı” önceliklendirme yaklaşımının sağlık alanına etkisi; diğeri programın önerdiği sağlık örgütlenmesinin, önceliklendirme işlemini gerçekleştirmeye ne ölçüde uygun olduğudur.

Sağlıkta dönüşüm programının önceliklendirme yaklaşımı nedir? Etkileri nelerdir?

Sağlık hizmetlerinde önceliklendirme, devletin, kamu kaynaklarının tahsisinde nüfusun sağlıkla ilgili çeşitli gereksinimlerinden hangilerinin öncelikli olması gerektiğini belirlediği bir süreçtir (Alvarez-Castillo, 2003). Çünkü kaynaklar sınırlı, gereksinimler sonsuzdur. Her ne kadar önceliklendirme teknik bir işlem gibi görülse de, aslında ya hakkaniyet (equity) ya da verimlilik (efficiency) yaklaşımının öne çıktığı karmaşık bir politik ve etik bir süreçtir (Segall, 2003). Önceliklendirme, eşitlikçi (egalitarian) yaklaşımla yapılabilir. Hakkaniyetin esas alındığı bu durumda, 1978’de Alma Ata Konferansı’nda tanımlanan temel sağlık hizmetleri politikasında olduğu gibi kaynak dağılımında öncelik hizmete en çok gereksinimi olanlara verilir ve en dezavantajlılar lehine pozitif ayrımcılık yapılır. Ya da yararçı (utilitarian) yapılabilir, bu durumda ise verimlilik esastır ve Dünya Bankası’nın 1993 Dünya Gelişme Raporu’nda savunulan ve gelişmekte olan ülkelere dayatılan, şimdi de ülkemizde sağlıkta dönüşüm paketiyle sunulmuş olan sağlık reformlarında olduğu gibi, kaynak dağılımında ön sıralarda maliyet etkin sağlık müdahaleleri yer alır (Segall, 2003).

Sağlıkta dönüşüm programı, hizmetlerin verimsizliği, sağlık hizmeti maliyet hesaplarının yapılamaması gibi maliyet yönelimli gerekçelerle, vatandaşların ödeme gücü oranında ek prim ödemesine dayalı genel sağlık sigortası üzerinden kaynak oluşturulmasını ve sadece temel teminat paketinde yer alan hizmetlerin karşılanmasını önermektedir (Aydın, 2004). Bilinmektedir ki, sağlık sigortasının kapsadığı öncelikli sağlık sorunlarını içeren “temel teminat paketleri”, hastalık-yönelimli hizmet paketleridir ve kaynak tahsisi önceliği tedaviye yönelik işlemlere, bunlar arasından da en ucuz ve en etkili olanlara verilir. Üstelik, zorunlu sağlık sigortası yoluyla sağlık hizmeti finansmanının en önemli dezavantajlardan birisi, önceliklendirme ve kaynak tahsisinde, toplumun sağlık durumu yerine, giderek sigorta fonunun ödeme kapasitesinin asıl belirleyici haline gelmesidir.

Paket kapsamına alınacak hastalıkların belirlendiği hastalık yükü ve maliyet-etkinlik hesaplamaları ise, sadece hasta olma ve ölümlülük üzerinden yapılır ve hastalık nedeniyle olan gelir kaybı, hastaneye-tedaviye ulaşmayla ilgili masraflar gibi maliyetleri dahil etmez, “çok fazla veri gerektirdiği”, “hesaplaması çok karmaşık olduğu” için hastalıktan korumaya yönelik girişimleri hesaba katmaz ve sosyoekonomik özelliklerin etkisini gözardı eder(Alvarez-Castillo, 2003). Diğer yandan, bu hesaplamalarda yararlanılan sağlık kayıtlarında pratikte belli hastalıkların ya da belli nüfus gruplarının (göçmenler, sığınmacılar, adolesanlar, yaşlılar...) sağlık sorunlarına ilişkin verilere ulaşılamaz.

Sonuçta, Dünya Bankası'nın önerdiği sağlık reformları ve kullandığı önceliklendirme yaklaşımı, örneğin; Vietnam'da ana sağlığı evlerinin, köy kliniklerinin altyapısının çökmesine ya da Çin'de yoksul kadınların solunum yolu enfeksiyonu hizmetleri, ana sağlığı hizmetleri ve aile planlamasına ulaşamamasına neden olarak büyük yıkımlara yol açar. Daha da ileri gidilerek, Dünya Bankası 1993 raporunda belirtildiği üzere, yeterince maliyet-etkin bulunmadığı için, orta dereceli travmalar, katarakt, hipertansiyon, diyabet, peptik ülser hatta çocuklarda menenjit gibi durumların tedavisi önceliklendirme listelerinde yer almaması ve kamu kaynakları ile karşılanmamasını önerilir. Ya da, ciddi malnutrisyonu olan çocuklarda evde bakımın daha etkin olduğu hesaplanıp, hastane bakımı teminat paketinden çıkarılabilir ancak, anneyle yüklenen bakım sorumluluğunun aileye maliyeti, anne eğitiminin kritik önemi dikkate alınmaz. (Alvarez-Castillo, 2003). Ülkemizde sağlıkta dönüşüm programının yıkıcı etkilerini şimdiden Düzce pilot uygulamasında görülmeye başlamıştır. Genel Pratisyenlik Demeği'nin yaptığı araştırmada saptandığı gibi, bağışıklama hizmetlerine ilişkin veri istememeye, kayıt tutmamaya ve giderek hizmet sunmamaya giden bozulma kaçınılmazdır.

Sağlık sigortalılarının önemli dezavantajlarından bir diğeri de, kendi hesabına ya da kayıt dışı çalışanlar, emekliler, işsizler gibi grupların prim ödeme devamlılığını sağlamanın zor olmasıdır(Figueras, McKee, Cain, & Lessof, 2004). Bu durumda ülkemizde oldukça büyük bir oranı oluşturan bu grupların sigorta kapsamı dışında kalmaları, aile hekimi listelerinden düşmeleri kaçınılmazdır. Sağlıkta dönüşüm programına göre aylık geliri belli bir miktarın üzerinde olanların (DB'na göre günde 2 \$) aile hekimliği hizmetlerinden yararlanmak için öncelikle (gelirinin %13'ü kadar prim ödeyerek) genel sağlık sigortası yaptırmaları gereklidir. Halen kamu çalışanları gelirlerinin %16'sı kadar emeklilik primi ödemekte, sağlık primi ödememektedir. Yaptırılacak genel sağlık sigortasının karşılayacağı “temel teminat paketi”nde nelerin yer aldığı henüz bilinmemekle birlikte, ülkemizde kişi başı yıllık sağlık harcamasının yaklaşık 116\$ olduğu düşünülürse çok sınırlı sayıda ve ucuz hizmeti kapsayacağı, önceliklendirmede gereksinim ve hakkaniyetin gözetilmeyeceği çok açıktır.

Prim ödemek zorunda olup ödeyemeyenler dışında, sağlık güvencesi devlet tarafından karşılanacağı belirtilen gruplar da, gerçekte güvence altında uzun süre kalamamaktadırlar. Sağlıkta dönüşüm programında prim ödeyemeyecek durumda olanların primlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanması öngörül-

mektedir. Hükümetin bildirdiği rakamlara göre nüfusun % 19'u, Sağlık Bakanlığı Ulusal Sağlık Hesapları Araştırması sonuçlarına göre nüfusun sağlıkla ilgili güvenceden yani Yeşil Kart dahil sağlık güvencesinden yoksun % 32,8'lik kesimi sağlık bakanlığının güvencesi altına alınacaktır. Benzeri şekilde Bulgaristan'da, nüfusun %20'sini oluşturan işsizlerin yanı sıra, emekliler, öğrenciler ve minimum gelirin altında geliri olanlar prim ödemediği muaf tutulmuş, ancak, devlet ya da yerel yönetimler bu gruplar adına üstlendikleri sigorta katkı paylarını ödeyemeyince güvencesiz kalmışlar, (Popova & Kerekovska, 2001) sağlık hizmetine ulaşamalarının yanı sıra, sağlık durumlarına ilişkin bilgilerin önceliklendirme listelerine dahil edilmesi olanaksız hale gelmiştir.

Sağlıkta dönüşüm programının önerdiği sağlık örgütlenmesi, önceliklendirme işlemini gerçekleştirmeye ne ölçüde uygundur?

Toplum sağlığının iyileştirilmesiyle ilgili düzenlemelere, toplum düzeyinde birbiri içine geçen iki süreç yoluyla karar verilebilir. Kesintisiz bir şekilde, önce sorunların belirlenmesi ve önceliklendirilmesi, ardından analiz ve çözümlerin uygulanması gerçekleştirilir. Sorun belirleme ve önceliklendirme üç aşamadan oluşur: toplum sağlığıyla ilgili tüm tarafları dahil eden bir koalisyon-kollektif çalışma; toplumun sağlık profiline ilişkin verilerin elde edilmesi ve analizi; ve kritik önemi olan sorun ve durumların belirlenmesi. Böyle bir çalışmada itici güç topluma ilişkin verilerin halihazırda elde ediliyor olması ya da toplumdan geniş bir katılımı oluşturmuş bir koalisyonun çabasıyla verilerin toplanabilir hale gelmesi olabilir. Ancak her koşulda, toplumun sağlık profili, sosyoekonomik ve demografik özellikler, sağlık durumu ve sağlık riskleri bilgisini içermelidir (Jurgens, 2004). Bu bilgiler temelinde öncelikler belirlenirken, toplumda sağlıkla ilgili sürdürülen tüm programlar gözönünde bulundurulmalıdır ve ilgili taraflar dahil edilmelidir.

Sağlıkta dönüşüm programı'nda, öncelikli sağlık sorunlarının saptanmasına ve toplumun sağlığının iyileştirilmesine temel oluşturabilecek özellikler arandığında, orantısız bölünmüş ve birbirinden ayrılaştırılmış birinci basamak ve toplum sağlığı örgütlenmeleri; birleştirilemez özellikte bir kayıt sistemi; ve kayıt dışı kalma olasılığının yüksek olmasının yanı sıra sağlık gereksinimleri de yüksek öncelikli nüfus gruplarının varlığı gibi sorunlar karşımıza çıkmaktadır.

Programda toplum sağlığı merkezleri, coğrafi temelde örgütlenmiş; ~100 bin nüfusa topluma yönelik koruyucu hekimlik hizmetlerini sunan; birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumların kendi arasında ve diğer kurumlar arasında eşgüdümünü sağlayan; idari hizmetler, sağlık eğitimi ve denetimini yürüten merkezler olarak tanımlanmıştır. Aile hekimleri ise tümüyle kişisel tercihlere göre kendisine kaydolmuş 2500-3000 kişilik bir gruba, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunan hekimler olarak birinci basamak sağlık hizmetlerini üstlenmişlerdir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde nüfus, hizmet planlamasında ve izlemede kritik öneme sahiptir ve öncelikli sorunların belirlenmesinde, hizmet planlanmasında ve izlemede vazgeçilmez olan sağlık ölçütlerinin hesaplanmasında kullanılan paydayı sağlar. Ancak, bu örgütlenme modeline ilişkin tanımlarda, sistem

her ne kadar bölge ve nüfus temelli olarak tanımlansa da gerçek bir nüfus tabanlı hizmet öngörülmemektedir. Toplumsal yaşamda belli bir karşılığı olan (örneğin belli bir yerde yaşayan, çalışan) belli bir nüfus-toplum yoktur ve bu sistem içinde sağlık hizmetini ve toplum sağlığını izlemek bakımından hiçbir epidemiyolojik değerlendirme gerçekleştirilemez (Belek, 2004).

Aile hekimliği sisteminde tanımlanmış nüfus olmadığından, aile hekiminin kendine bağlı grup için bebek ölüm hızı, kaba ölüm hızı, demir eksikliği anemisi sıklığı, vb ölçütler hesaplamasının da anlamı bulunmaz. Bu hesaplamalar yapılabilir. Ancak hiç birisi matematiksel niceliklerden öte bir şey ifade etmez(Belek, 2004) ve bir diğer aile hekimi bölgesiyle ya da önceden belirlenmiş performans ölçütüyle karşılaştırılabilir özellikte değildir. Bu nedenle aile hekimliği sisteminde hizmetin verildiği ölçek için sağlık sorunlarının sıklığının saptanması, öncelikli olanların ayırd edilebilmesi olanaklı olmaz. Bu hesaplamalar ancak bir grup aile hekiminin çalıştığı ilçe ölçeği (toplum sağlığı merkezi, ilçe yerel sağlık idaresi) için anlam ifade eder. Öte yandan, coğrafi ve mülki idari temelde bölgelere ayrılan ancak coğrafi, idari ya da başka herhangi bir toplumsal karşılığı olmadan bireylerin tercihine göre oluşmuş listelerden sorumlu 40-50 aile hekimine dağıtılmış bir bölgede, aile hekimlerinin sunmadığı tüm birinci basamak sağlık hizmetlerini özellikle çevreye ve topluma yönelik koruyucu hizmetleri üstlenen toplum sağlığı merkezlerinde, az sayıda sağlık çalışanı ile bu hizmetlerin yapılması olanaksızdır.

Aile hekimliği sistemi içinde bireylere “hekim seçme özgürlüğü” tanınmaktadır. Bunun anlamı, bir ilçe sınırları içinde (büyük şehirlerdeki merkez ilçeler de dahil) yaşayanların yine aynı sınırlar içinde çalışan aile hekimlerinden istediklerini tercih edebilecekleridir. Hal böyle olunca aile hekimine bağlı bireylerin tanımladığı topluluk için sağlığı etkileyen, bozan faktörleri de dikkate alan sağlık planlaması yapmak olanağı da kalmamaktadır (Belek, 2004). Örneğin bugünkü nüfus-temelli örgütlenmiş multidisipliner ekip hizmetine dayalı sağlık ocağı sisteminde, düzenli ev ziyaretleri ile hane-bina özellikleri, eğitim ve güvence durumu gibi sağlığı doğrudan etkileyen çevresel ve sosyoekonomik özelliklerin kaydı tutulabilmekte, sağlıklı gebe, çocuk ve 15-49 yaş kadınlar izlenebilmekte ya da bulaşıcı hastalık temaslıları saptanabilmektedir. Oysa tanımlanan aile hekimliği sisteminde aile hekimine bağlı bireyler ayrı mahallelerden, semtlerden gelebildikleri için “liste hastası” olmak dışında ortak toplumsal kimliğe sahip değildir ve bu bireyleri bir araya getirerek kolektif toplumsal hareketlere yöneltmek olanağı da bulunmaz (Belek, 2004).

Bu durum, genel sağlık sigortası olmayan ve bir hekime bağlanmamış kişilerin sorunlarının görünür olmasının da önünde engel oluşturacaktır. Aile hekimlerinin sadece kendilerine bağlı kişilerin kaydını tutma yükümlülükleri vardır. Sağlık güvencesi olmadığı için aile hekimine kaydolamayan, sağlık bakanlığının kendi adına prim yatırmasını bekleyen ve hali hazırda var olan sağlık ocakları sistemi içinde bile ev ya da işyerlerinde kendilerine ulaşılmadıkça sağlık hizmetlerinin dışında kalan yoksulların, tümüyle sistem dışına itilmesiyle sonuçlanacaktır.

Tıp Eğitiminin ülke gereksinimlerine göre yapılanmasına Aile Hekimliği modeli etkili olabilir mi? Bu etki nasıl sonuçlar doğurur?

Keuser Vatansever

Yrd.Doç.Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Sağlık sistemlerinin amacı, gereksinim farklılıklarını göz önünde bulundurarak eşitlikçi bir anlayışla, koruyucu, geliştirici, tedavi edici ve esenlendirici sağlık hizmetlerini, bir bütün olarak, erişilebilir yaygınlık ve kapsamda sunmaktır. Bu amaç ve hedeflere ulaşmada tıp fakültelerine düşen görev, mezuniyet öncesi eğitim programını ülkemizin öncelikli sağlık sorunlarını kapsayan bir içerikle, koruyucu/tedavi edici sağlık hizmetlerinin bütüncülüğünü kavramayı kolaylaştıracak şekilde toplum içinde sunmaktır. Belirlenen amaç ve hedeflere uygun hizmet sunacak hekimleri yetiştiren tıp fakülteleri bu amaca ulaşmadaki stratejilerin belirlenmesinde söz sahibi olan en önemli taraflardan birisidir. Ancak sağlıkta dönüşümün tasarlanması sürecinde tıp fakültelerinin görüşü alınmamıştır.

Tıp Eğitiminin nitelikli olması, toplumun ve bireylerin sağlık hakkının korunmasını destekleyecek hekimleri yetiştirmeye uygun programların belirlenmesi tüm toplumun yararına. Ülkemizin sorunlarını bilen, ulusal sağlık sistemi içinde birinci basamaktan üniversiteye kadar her kurumda düzgün hizmet verecek hekimleri yetiştirmek; öğrencilerin toplum içinde toplumun öncelikli sağlık sorunlarını öğrenerek yetişmelerinin sağlandığı, sağlık kurumlarında sağlık ekibinin bir parçası olarak bilgi, beceri ve tutumlarını geliştirdikleri ölçüde olmalıdır. Bugün Türkiye'deki tıp fakülteleri bu sorunlarla baş etmeye çalışarak "iyi hekim yetiştirme" çabasıdadır. 50 tıp fakültesinden 31'i sistem-temelli entegre eğitim programı sürdürmektedir. Bunun yanı sıra, 1997'de Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde başlayan probleme-dayalı öğrenme sistemi, beş fakültede daha, program içinde farklı ağırlıkta yer alacak şekilde uygulanmaktadır (Sayek, Kiper, Odabaşı, 2006). Klinik ve temel bilimlerin entegrasyonunu kolaylaştırmak üzere öğrencilere erken dönemde hasta ile karşılaşma olanakları sağlanması amacıyla, pek çok fakülte, sağlık ocaklarından yararlanmaktadır. Tıp eğitiminin erken yıllarında, öğrencilerin değerlendirilebileceği basitlikteki yaygın sağlık sorunları için ilk başvuru basamağı olmasından öte;

- bireye ve topluma yönelik koruyucu, tedavi edici ve esenlendirici hizmet bütünlüğünün var olduğu yegane kurum olmaları
- birey ve toplumun sağlığını etkileyen sosyo ekonomik özelliklerin ve sağlığı nasıl etkilediklerinin doğrudan kurumda, bölgede, evlerde gözlemlenebilmesine olanak vermesi

- ekip hizmetinin ve mesleki becerileri ve görev tanımlarıyla birbirini bütünleyen ekip üyeleri arasında iletişimin önemini gösteren sağlık hizmetlerinin çeşitliliği
- tıpta iletişim becerileri eğitiminde, birinci basamak hekimliğinin en uygun katkısı sağlayan hekimlik alanı olarak uluslar arası kabul görmesi

gibi özelliklerinden ötürü, sağlık ocaklarının mezuniyet öncesi eğitime katkıları çok değerli ve vazgeçilmezdir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın tanımladığı sağlık hizmetleri ortamı, toplumun gereksinimlerini karşılamaya yönelik bir tıp eğitimi için önerilen etkinlik ve standartlara kadar uygun?

| | |
|--|---|
| Edinburgh Bildirgesi'nde önerilen etkinlik ve standartlar (WFME, 1988) | Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği |
| 1- Eğitim programlarının gerçekleştirildiği kurumların sadece hastanelerle sınırlı kalmayıp toplumdaki tüm sağlık kaynaklarını içerecek şekilde genişletilmesi | Aile hekimliği ile ilgili yasa ve yönetmelikte, aile hekimleri ve toplum sağlığı merkezi hekimleri için mezuniyet öncesi eğitimle ilgili rol tanımlanmamıştır. İş ve gelir güvencesinin olmaması, yönetmelikte tanımlanan ve pilot uygulamalarda da gözlemlenen ağır iş yükü, hekimlerde eğitimlik motivasyonunun gelişmesine olanak vermeyecektir |
| 5- Tıp eğitimcilerinin sadece uzmanlık alanında değil eğitimlik konusunda da yetiştirilmesi, biyomedikal araştırmalar ve klinik uygulamalar kadar eğitimde mükemmelliğin de ödüllendirilmesi | Sağlıkta dönüşümle ve uygulamaya girmiş olan tanı ve tedavi paketleri, performansa dayalı ödeme sistemi gibi uygulamalarla, hastane gelirlerinden eğitime kaynak ayrılmasına artık olanak verilmemektedir ve hali hazırda üniversite hastanelerinin önemli bir bölümü ciddi bir mali darboğaz yaşamaktadır. Artık üniversite hastaneleri uzmanlık hizmeti sunan diğer kurumlardan farksız konumdadır ve öğretim üyelerinden eğitimlik değil, muayenehane ya da hastanelerde çalışan diğer uzmanlarla rekabet içinde sadece hizmet sunmaları beklenmektedir. |
| 6- Hasta yönetimi konusunda eğitim sırasında sağlığın geliştirilmesi ve hastalıklardan korunma konusuna daha çok vurgu yapılması | Aile hekimlerinin iş tanımı bireye yönelik belirli koruyucu işlemlerle sınırlıdır. Bunun yanı sıra, Düzce pilot uygulamasında, kişilerin listeden ayrılmasını önlemek amacıyla tedavi edici hizmetlerde de seçici davranıldığı, talep edilen belli tedavi hizmetlerine eskisine göre daha fazla ağırlık verdiği gözlenmiştir. |
| 11- Ekip çalışması eğitiminin parçası olarak, sağlık meslekleriyle ve sağlıkla ilişkili diğer mesleklerle birlikte öğrenme, araştırma ve hizmet sunma fırsatlarının artırılması | Aile hekimliği ekibi (!) içinde diğer sağlık meslek mensupları, çalışma alanları sekreterlik ve hekime yardımcı olmak gibi görevlerle sınırlanarak "aile sağlığı elemanı"na indirgenmiştir. |

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın tanımladığı birinci basamak sağlık hizmetleri ortamı Ulusal Öekirdek Eğitim Programında (ÇEP) tanımlanan hedefleri gerçekleştirmeye ne kadar uygun?

ULUSAI ÇEP'NDA TANIMLANAN TIP EĞİTİMİNİN AMACI

Tıp Fakültelerinin amacı:

- 1) Türkiye'nin sağlık sorunlarını bilen ve birinci basamakta bu sorunların üstesinden gelebilecek bilgi, beceri ve tutumlarla donanmış,
- 2) Birinci basamak sağlık kuruluşlarında hekimlik ve yöneticilik yapabilecek,
- 3) Mesleğini etik kuralları gözeterek uygulayan,
- 4) Araştırmacı ve sorgulayıcı olan,
- 5) Kendisini sürekli olarak yenileyip geliştiren,
- 6) Uluslararası düzeyde kabul edilen ölçütlerde pratisyen hekimler yetiştirmektir .

HEDEFLERİ

A) Bilinmesi, Kavranması, İrdelenmesi ve Uygulanması Hedeflenen Bilgiler:

- 5) İnsan sağlığını bozan ekonomik, psikolojik, sosyal ve kültürel etmenleri tanıma.
- 6) Toplumda sık görülen hastalıkların epidemiyolojisi ve bunların sıklığının azaltılmasına yönelik yaklaşımları tanımlama.
- 11) Sağlık hizmetlerinin sunulması, örgütlenmesi ve finansmanını bilme.
- 14) Kişileri hastalık ya da sakatlanma riskiyle karşı karşıya bırakabilecek etkenleri saptama ve bu risklerle risk altındaki bireyleri önceden ya da hastalığın erken evresinde belirleme ve gerekli önlemleri alma.

C-Kazandırılması Hedeflenen Mesleki Tutumlar:

- 3) Hasta-hekim ilişkilerinde şefkatli, dürüst ve güvenilir olma.
- 4) Meslek yaşamları boyunca ilişki kuracakları hasta aileleri, meslekdaşları ve diğer bireylerle ilişkilerinde doğru, dürüst ve tutarlı davranışlar sergileme
- 5) Her zaman için hastalarının çıkarlarını kendi çıkarlarından üstün tutma.
- 6) Toplum ve bireylerin sağlığını korumak için konuyla ilgili diğer meslek çalışanları, resmi ve özel sağlık kurumları ve ilgili diğer kuruluşlarla işbirliği yapma sorumluluğu taşıma.
- 8) Ücret ödeyemeyecek hastaların bakımını sağlama ve alt sosyoekonomik düzeydeki topluluklara sağlık hizmetlerinin ulaşması için çaba gösterme.

Yukarıda anılan ÇEP amaçlarına ve hedeflerine yönelik tıp eğitimi, programın toplumun öncelikli sağlık sorunlarını içerecek şekilde (topluma yönelik) ve öğrencilerin toplumun içinde sağlık ekibinin bir parçası olacağı bir eğitim kurgusu içinde (topluma dayalı) verilmesiyle gerçekleştirilebilir. Topluma dayalı eğitim için en uygun kurumlar bölgelerinde bütüncül bir hizmet sunmakta olan sağlık ocak-

larıdır. Aile hekimliği sistemi, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerde ve bireye ve topluma yönelik hizmetlerde bütüncülüğün bozulmasına yol açacağından ve bütün bir topluma değil seçilmiş bireylere yönelik tedavi edici hizmetlerle kısıtlı sağlık hizmeti öngördüğünden; öğrencilere “ekonomik, psikolojik, sosyal ve kültürel etmenleri tanıma” “Toplum ve bireylerin sağlığını korumak için konuyla ilgili diğer meslek çalışanları, resmi ve özel sağlık kurumları ve ilgili diğer kuruluşlarla işbirliği yapma sorumluluğu taşıma” becerilerini geliştirme fırsatı sağlayamayacaktır.

Mezuniyet öncesi eğitim açısından en önemli boyutlardan birisi, birinci basamakta örnek rol modeli hekimlerle karşılaşılabilme fırsatlarıdır. Aile hekimliği sisteminde çalışan hekimlerin kendilerine bağlı kişi sayısını, sürekliliğini ve aylık gelirini arttırmak için diğer meslektaşlarıyla rekabete girmesi kaçınılmazdır. Bu rekabet içinde tanı ve tedavi işlemlerine ağırlık vermesi, hasta memnuniyetini arttıran ama yapılması gerekenle her zaman aynı olmayabilen işlemleri tercih etmesi, öğrencilere iyi bir rol modeli olma özelliklerini zedeleyecektir. Rol modeli ve eğitici olarak tıp eğitimine önemli katkıları olduğu herkesçe kabul edilmiş olan birinci basamak hekimlerinde öngörülen bu değişim, öğrencilerin mesleğini etik kuralları gözeterek uygulayan hekimler olarak yetiştirilmesi amacına ulaşmayı güçleştirecektir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kendi bütüncüllüğü içinde öğrenilmesini sağlamak yerine, aslında aileye değil bireylere, kendisinin ve bağlı kişilerin kişisel tercihleri temelinde hizmet sunan aile hekimleri ile her ilçede bir iki tane olması öngörülen toplum sağlığı merkezleri arasında bölünen sağlık hizmetlerini, öğrencilerin kendi zihinlerinde bütüncülleştirilmelerini beklemek akılcı değildir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Genel Sağlık Sigortası bileşeni ise, hizmete en çok gereksinim duyan kesimleri prim ödeme baskısı altında sağlık hizmeti kapsam dışına itmekte, mezuniyet öncesi dönemde hekim adaylarının dezavantajlı toplum kesimleriyle karşılaşması olanaklarını ortadan kaldırarak bu kesimlere eşitlikçi, ulaşılabilir hizmet sunma tutum ve becerilerini geliştirme olanaklarını kısıtlamaktadır.

Düzce'de Sağlık Bakanlığı tarafından pre-pilot olarak tanımlanan uygulamada gözlemlendiği gibi, aile hekimlerinin şimdiden gün içinde artmış tanı ve tedavi hizmetlerinin yarattığı işyükü nedeniyle mesai sonrasına kaydırmak zorunda kaldıkları kayıt, planlama ve değerlendirme hizmetlerini öğrencilerin izlemesi, öğrenmesi, ve bu hizmetlere dahil olması zorlaşacak, birinci basamak sağlık hizmetlerinin topluma-kişiyeye yönelik koruyucu-tedavi edici-rehabilite edici bütüncülüğünden öte bir hekimin günlük pratiğinin bütünlüğünü dahi kavramaları güçleştirecektir.

Yine aile hekimlerinin artmış işgücü ve tedavi edici hizmet önceliği, öğrencilere zaman ayırmalarını güçleştirecektir. Halen Ege Üniversitesi'nde 2. ve 3. sınıf öğrencileri, fakültede öğrendiği temel muayene, tanı, tedavi işlemlerini, tıbbi girişimleri ve toplum sağlığı becerilerini eğitici olarak yetiştirilmiş pratisyen hekimlerin süpervizörlüğünde, sağlık ocaklarında uygulama fırsatı bulmaktadır.

Sağlık ocağı hekimleri büyük bir isteklilikle öğrencilerin eğitimine katkıda bulunmakta, ekip arkadaşlarının desteğiyle belli bir süreyi öğrencilerimize ayırabilmektedir. Ekip ve dayanışma anlayışı terk edilen birinci basamak sağlık örgütlenmesi içinde yalnız çalışması öngörülen aile hekimlerinin, eğitim hizmetlerini sürdürmek için destek alabilecekleri meslektaşları olmayacak, gelirini arttıracak hizmetlere daha çok zaman ayırma kaygısı içinde mezuniyet öncesi eğitime katkıda bulunma isteğini koruması güçleşecektir. Bu durum, tıp fakültelerinin bü-tüncül, topluma yönelik ve topluma dayalı eğitim hedeflerini gerçekleştirmesi ve toplumun gereksinimlerine yanıt verebilecek yetkinlikte, toplumla, hastalarla ve aileleriyle, diğer sağlık çalışanlarıyla ve sağlık kurumlarıyla iyi iletişim kurma ve işbirliği yapma becerisine sahip hekim yetiştirmesi olanaklarına ulaşması güçleşecektir.

SONUÇ : Edinburgh Bildirgesi'nde, tıp eğitiminin amacının tüm insanların sağlığını geliştirecek hekimler yetiştirmek olduğu belirtilmekte ve bu yüzyılda biyo-medikal bilimlerdeki inanılmaz gelişmelere rağmen bu amacın pek çok yerde henüz gerçekleşmemiş olduğu, bu nedenle tıp eğitiminde sağlık hizmetinde hakkaniyet, sağlık hizmetlerinin insancıl bir şekilde sunulması ve bir bütün olarak topluma maliyeti gibi konulara yer verilmesinin daha da önem kazandığı vurgulanmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'yla hakkaniyet, insancıl sağlık hizmeti gibi vazgeçilmez özelliklerin bir kenara bırakılmış olmasının yanı sıra, tıp eğitimini toplumda uygulamak için uygun alan kalmayacak; öğrencilere meslek ahlakı kurallarına uygun tutum kazandırmak zorlaşacak; bütünlüğünü yitiren koruyucu, geliştirici, tedavi edici ve esenlendirici hizmetleri öğrencilerin kendi zihinlerinde bütünleştirmelerini beklemek gerekecektir.

KAYNAKLAR

1. Alvarez-Castillo, F. (2003). Priority setting in Health Sector Reform in Asia: implications to sexual
2. and reproductive health.
3. Figueras, J., McKee, M., Cain, J., & Lessof, S. (2004). *Health systems in transition: learning from*
4. *experience* (1 ed.): European Observatory on Health Systems and Policies.
5. Jurgens, E. (2004). Priority Programmes: synergy or antagonism? Report of the symposium. In N.
6. GEO: The Standing Committee on Health and Development of the Dutch Society for Tropical
7. Medicine and International Health (NVTG) (Ed.).
8. Segall, M. (2003). District health systems in a neoliberal world: a review of five key policy areas. *Int J*
9. *Health Plann Mgmt*, 18, S5-S26.
10. Aydın S (Ed) (2004): Aile Hekimliği Türkiye Modeli. Sağlık Bakanlığı, p 9-104
11. Belek İ. (2004): 10 soruda aile hekimliği. Yayınlanmamış doküman.

12. World Federation for Medical Education-WFME (1988): The Edinburgh Declaration. Lancet, 8068, 464
13. YÖK Tıp Sağlık Eğitim Konseyi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (ÇEP) Oluşturma Çalışma Grubu (2002). Ulusal ÇEP
14. Sayek I., Kiper N., Odabasi O. (2006): Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu, Türk Tabipleri Birliği. S: 7-59

Tartışma tutanağı

Muzaffer Eskiocak

Tıp eğitiminde topluma dayalı, ulusal ÇEP eğitim planını önceleyen eğitim var. Öbür taraftan da tam tersi bir aile hekimliği uygulaması var.

Tıp eğitimi topluma yönelik olmaya başladı, oysa bireye yönelik model tüm dünyada yayılmaya başladı bunda bir çelişki var mı?

Cavit

Tıp eğitiminde bir değişiklik yok.

Kevser Vatanserver:

Öğrencinin sağlık ocağına gitmesi bir turistik faaliyet olursa olmaz. Tarihi eser gezer gibi sağlık ocakları gezdiriliyor. Topluma dayalı olması bir bebeği, gebeyi eğitim boyunca izlemesi, sorumluluk alması. İnteraktif eğitim yöntemleri tıpta problem çözmeye yönelik eğitim yapılıyor bu tıp bilim ve sanat görüşüyle çelişkilidir. Tıbbi teknikleri **uygulayan teknisyen.** durumuna dönüşüyor

Atilla Saraçoğlu:

AH olmak bizim önümüze konduğunda, varolan bilgi açığı kapatılmıyor, enstitü bilgi açığını kapatsa belki hemen AH olmayı kabul etmez.

Naciye Demirel:

Gerçekten çelişki, üniversitenin görüş bildirmemesi sadece döner sermayeyi çeviriyor.

Topluma kamuoyuna yetiştirdiği hekimlere bir şey beyan etmemesi acı verici. Hekimlik ve sağlık hizmeti üretenler olumsuz etkilenecek.

Sonuç:

Doç.Dr. Muzaffer Eskiocak, Dr. Aslı Davas, Dr. Evin Aras

Türkiye’de sağlık hizmetlerinde, sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliklerden, kontrolsüz ilaç tüketimine kadar değişen geniş bir yelpazede farklı başlıklarda ve çeşitli düzeylerde önemli aksaklıklar mevcuttur. Ülkede sağlık hizmet sunumunun daha etkin ve verimli olabilmesi, her bireyin sağlık hizmetlerinden gereksinim duyduğu zaman gerektiği kadar yararlanabilmesi için sağlık sistemine ülke ekonomik koşullarına uygun, sosyal ve kültürel açıdan kabul edilebilir önemli müdahalelerde bulunulması gerekmektedir.

Sağlık örgütlenme ve finansman yapısında “reform” iddialarının gündemde olduğu bugün, bu reformların halka ve sağlık çalışanlarına neler getireceğini belirlemek ve uygun öneriler geliştirmeye çalışmak konuyla ilgili tüm kurum ve kişilerin sorumluluğundadır. Bu sorumluluk anlayışıyla gerçekleştirilen iki günlük atölye çalışmasının bu bölümünde aile hekimliği modeli temel olarak finansman, örgütlenme ve alt yapıda yapacağı değişiklikler açısından değerlendirilmiş, Türkiye’deki aile yapısı ile sağlık hizmet kullanımını belirleyen sosyal ve kültürel dinamikler açısından kabul edilebilirliği ise çok sektörlü bir bakış açısı ile ilk kez tartışmaya açılmıştır.

Bu tartışmaların sonucunda aile hekimliği modelinin ülkedeki istihdam oranı, sosyal güvence kapsamındaki kişi sayısı, gelir düzeyi ve kayıt altındaki ekonomi göz önünde bulundurulduğunda finansman açısından uygun olmadığı sonucuna varılmıştır. Aile hekimliği modelinde birinci basamak sağlık hizmeti kamusal olma özelliğini kaybetmektedir. Sağlığın insan hayatı için önemi göz önünde bulundurulduğunda bu müdahalenin toplumsal barışa olumsuz etkileri olabileceğine dikkat çekilmiştir. Toplum tabanlı yerine birey başvurularına dayalı bir örgütlenme öneren AH sisteminin, sağlığın çok sektörlü bir bakış açısıyla ele alınması gerektiğini gözardı ettiği, bu noktada da özellikle bulaşıcı hastalıklar gibi bir çok başlık açısından ülkeyi sağlık açısından daha geri kalmış bir duruma sürükleyebileceği öngörülmüştür. Aile ve bireylerin kendilerini sağlıklı kılmak için gerekli bilgi, tutum, davranış ve donanıma sahip olmadığı ülkemizde, bireylerin ve ailelerin kendi sağlıklarından sorumlu kılınması anlayışıyla başvuruya dayalı bir hizmet örgütlenmesi biçiminde olan aile hekimliği ile sağlıkta eşitsizliklerin artacağı saptaması yapılmıştır. Bu modelin koruyucu sağlık hizmetlerini olumsuz yönde etkileyeceği, bunun için de acil önlemlerin alınmasının zorunlu olduğuna karar verilmiştir. Hekimlerin kamuda istihdam edilmediği, kamuya hizmet satan işletmeciler haline dönüştürüldüğü bu modelde hekime biçilen işveren rolünün hem mesleki etik değerlerini hem de ekip anlayışını zedeleyeceği sonucuna varılmıştır.

Raporda ayrıntılarıyla açıklanan bu sonuçlar, farklı sektörlerden uzmanların bir araya gelerek yürüttüğü bir ilk çalışmanın ürünleridir. Atölye çalışması, çok disiplinli çalışmalarla sorunların daha geniş kapsamlı bir şekilde değerlendirilebileceğini göstermiş, sorunların çözümü için öncelikli çalışma alanlarının oluşmasına da katkıda bulunmuştur. Bu çalışmanın sonucunda AH uygulamasına geçilen ve geçilmeyen yerlerde “çözüm için hangi başlıkların araştırılması gerekir?” sorusuna bulunan yanıtlar aşağıda sunulmuştur:

1. Sağlık reformlarının vaad ettikleri ile gerçeklik
2. Toplumun sağlık eğitimine yönelik hizmetlerin durumu
3. Toplumda sağlık arama davranışının özellikleri,
4. Sağlık hizmetlerinden yararlanma özellikleri
5. Aile ve toplumda sağlık için dayanışma özellikleri
6. Sağlık hizmetlerinin bulunabilirliği, bu hizmetlere erişim (ekonomik, örgütsel, kültürel, coğrafi)
7. Sağlık hizmetlerine toplum katılımı
8. Halk sağlığı programlarının işleyiş ve sonuçları- sağlık düzeyi ölçütleri
9. Sağlık ile ilgili veri toplama, bildirme, değerlendirme süreci
10. Sağlığın sosyal belirleyenleri
11. Sağlıkta eşitsizlikler
12. Sağlıkta Dönüşüm Programının tıp eğitimine etkisi (Mezuniyet öncesi ve sonrası)
13. Sağlıkta Dönüşüm Programının mesleki değerlerimize ve onların eğitimine etkisi
14. Sağlık çalışanlarının istihdamı, sağlığı, sürekli eğitimi
15. Özelleştirilmiş finansman modelinin sağlık çalışanlarına etkisi
16. Özelleştirmenin sağlık harcamalarına (kamu/özel/cepten ödemeler) etkisi
17. Ekip çalışmasıyla muayenehane tipi solo pratiğin koruyucu sağlık hizmetlerine etkilerinin karşılaştırılması

Bu atölye çalışmasının sağladığı verilerin ışığında aile hekimliği modelinin önerilen haliyle ülkemize uygun bir model olmadığını söylemek mümkündür. Plansız bir şekilde, alt yapısıyla ilgili hiçbir çalışma tamamlanmadan, hukuki zemini olmayan pilot bir yasayla yürütülmeye başlanan aile hekimliği pilot uygulamalarının acilen durdurulmasının gerekli olduğu sonucuna varılmıştır.

Grup çalışmasından çıkan sonuç; Sağlıkta Dönüşüm Programının, bir yıkım programı olduğu, bu yıkımın halkın sağlığının-dirliğinin yıkımı, mesleki değerlerimizin, bilimci kimliğimizin, etikçi-ahlakçı davranışımızın yıkımı, insana ve sağlığına dönük yüzümüzün, paraya ve hastalığa çevrimi olduğu konularında görüş birliği olduğudur. **Halkın sağlığını bilimsel uğraşı ve insanı kaygısı olarak görenler Sağlıkta Dönüşüm Programı adı verilen bu yıkım sürecinin farkında ve açıkça karşısındadır.**

EK: Atölye Çalışması Program akışı:

Moderatör: Dr. Muzaffer Eskiocak

Raportörler: Dr. Aşlı Davas, Dr. Evin Aras

| Etkinlik | Sorumlu |
|---|--|
| Giriş-Yöntem | M. Eskiocak |
| Tanışma | A. Davas |
| Bir birim olarak aile ve sağlık | |
| Demografik bir birim olarak aile sorunlarla nasıl başa çıkma yolları kullanır? Sağlık bu sorunlar arasında özellikli bir alan mıdır? Aile kendi sağlığının belirleyicisi olabilir mi? Aile Hekimliği bu süreçte yeterli olabilir mi? Aile hekimliği, kentlerdeki (ülkemizdeki) aile tipi-tiplerinin sağlık gereksinimini karşılayabilir mi? | Mümtaz Peker İnci User Seval Alkoy |
| Bir meslek olarak hekimlik ve sağlık | |
| AH hekimliğinin sağlıkçı rolünü nasıl etkileyebileceğine ilişkin öngörüleriniz nelerdir? Hekimliğin etik değerleri bu süreçten nasıl etkilenir? Sağlık hizmeti üreticisi ekibin üyesi olarak hekimin ve diğer sağlık sağlık personelinin ekip üyeliği rolünde-ekibin niteliğinde ne yönde bir değişim beklenebilir? | Murat.Civaner Neşe H. |
| Bir model olarak aile hekimliği: | |
| Aile hekimliği kavramının içinde neler var? Türkiye’de dillendirilen AH kavramı ile diğer ülkelerdeki kavram aynı mıdır? AH, özel hekimlik özelleştirme uygulaması mıdır? Düzce’de AH profili-tipi Edirne’de AH Profili | Hasan Akpınar Nazmi Algan H. Pehlivan A.Saraçoğlu |
| Bir coğrafya olarak ülkemiz ve sağlık | |
| Ülkemizde sağlık hizmetlerine erişim sorunlu mudur? AH bu sorunu çözebilir mi? Sağlık için riskler bölgelere-yerleşimlere göre farklılık gösteriyor mu? AH bu farklılığın etkilerini giderebilir mi? | Öner Kurt Dilek Aslan |
| Bir kültür örüntüsü olarak ülkemiz ve sağlık: | |
| Toplumumuzda kültürel birikim sağlığı destekleyici midir, engelleyici midir? AH bu süreçte sağlık gereksinimini karşılayıcı kültürel destek bulur mu? Toplumsal dayanışmada tasada birlik ve Sağlık | Hacer Nalbant İnci User |

| | |
|---|---|
| Modellerin uygunluğu ve AH: Bir model olarak AH sorun çözücü nitelikte mi? | |
| Bireye yönelik korumayı gerçekleştirebilir mi? Çevreye yönelik korumayı gerçekleştirebilir mi? Toplumla yönelik korumayı gerçekleştirebilir mi? (Bağışıklama, salgın yönetimi) Kronik Hastalıklara karşı korumayı gerçekleştirebilir mi? Mental Hastalıklara karşı korumayı gerçekleştirebilir mi? Dezavantajlılara yönelik (örn.kadınlar) özel programları yürütebilir mi? İş- işçi sağlığı gereksinimini karşılayabilir mi? | Handan Yüksel A.O Karababa Oya .Z. Afşar Naciye Demirel Meltem Çöl Aysun Özşahin Aslı Davas Haluk Başçıl |
| Çözümler ve birey | |
| AH sağlık hizmeti kullanıcılarına, sağlık hizmetlerinin planlanmasında ne denli toplum katılım şansı verir? Dayanışma kültürü sağlıklılıkta önemli midir? AH ne denli dayanışmacı bir anlayışa sahiptir? Dezavantajlıların AH uygulamasından nasıl etkilenebilecekleri öngörülebilir mi? Sonuç ne olur? Toplumsal kaynakların dağıtımı AH modelinde ne denli adil-hakça olabilir? AH sağlıklı olma hakkı ve hasta hakları anlayışına ne denli hürmetkar? | A.Saraçoğlu Cavit Olgun Metin Bakkalcı G.V.Saraçoğlu |
| Çözümler ve ölçümleme: | |
| AH modeli aşı ile önlenabilir hastalıkların eradikasyonu-eliminasyonun sürecini nasıl etkiler? Toplumun sağlık düzeyinin izlenmesinde AH modeli sürveyans aktivitelerini nasıl etkiler? Sağlık sorunlarının önceliklere göre sıralanmasına AH modeli etkili olabilir mi? Bu etki nasıl sonuçlar doğurur? Tıp Eğitiminin ülke gereksinimlerine göre yapılanmasına AH modeli etkili olabilir mi? Bu etki nasıl sonuçlar doğurur? | Oya.Z.Afşar C. Işık Yavuz K. Vatansever K. Vatansever |