

Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yaşanılan Süreçler

Processes in the Presentation of Primary Health Care Services in Turkey

Cihangir Özcan¹, Rengin Erdal²

¹ Yrd.Doç.Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

² Prof.Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Özet

Türkiye Cumhuriyetinin kuruluşundan itibaren birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunda uyguladığı modellerde, ülkenin sağlık sorunları, sağlık insan gücü ve sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları göz önünde bulundurulmuştur. Cumhuriyetin kuruluşunun ilk otuz yılında bulaşıcı hastalıklarla mücadele de monovalan tipte hizmet sunulurken daha sonraki dönemlerde bir sağlık ünitesinde polivalan hizmet sunumu uygulamaları başlatılmıştır. Küreselleşme ile bireyin sağlık hizmeti istem talebinde ki artış ve son yirmi beş yıl içerisinde sağlık göstergelerindeki olumlu değişimler sonucunda; aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezleri modeli uygulaması ile tanı ve tedavideki teknolojik gelişmelerle donatılmış hastaneler ile özel sağlık kuruluşları sisteme entegre edilmiş ve genel sigorta sistemi revize edilmiştir. Yıllar içerisinde hayati verilerdeki olumlu gelişmeler içerisinde bebek ölüm hızı 1963’te binde 208 iken dekatlara göre 155,100,53,29 ve 2013’te 14’e düşerken doğuştan beklenen yaşam süresi 1960’da 44 yıl iken 2013’te 76 yıla uzamıştır.

Anahtar kelimeler:

Summary

In the models implemented by the Republic of Turkey in the provision of primary health care services, health problems of the country, health manpower and financial resources of health services are taken into consideration. In the first thirty years of the foundation of the republic, monovalent type services were provided in the fight against infectious diseases, and in the following periods, policing service provision was initiated in a health unit. As a result of the globalization and the increase in demand for individual health care services and positive changes in health indicators over the last twenty-five years; the implementation of the model family health centers and community health centers model, the hospitals and private health institutions equipped with the technological developments in diagnosis and treatment were integrated into the system and the general insurance system was revised. During the years of positive developments in vital data, the infant mortality rate declined from 208 in 1963 to 155,100,53,29 in decades, and to 14 in 2013, while life expectancy at birth was 44 years in 1960 and 76 years in 2013.

Key words:

Kabul tarihi: 15.11.2017

Giriş

Dünya ülkelerinin farklı sağlık politikaları nedeni ile sağlık hizmetlerini sunumunda farklı yapılanma modelleri seçtiği görülmektedir.

Ülkelerin sağlık politikalarını belirleyen faktörlerin başında; o ülkenin öncelikli sağlık sorunları, sağlık insan gücü durumu, ekonomik ve demografik yapısı ile sosyo-kültürel özellikleri gelmektedir (1).

Ülkelerin sağlık politikaları tarihsel süreçte analiz edildiğinde iki temel politika seçeneği

ortaya çıkmaktadır. Bunlardan biri sağlık hakkının ve gereklerinin yerine getirilmesi sorumluluğu devlet finansmanı ve kamu kurumları tarafından topluma eşit olarak verilmesidir. Diğer politika ise sağlığı bireysel olgu olarak gören ve piyasa arz ve talep kurallarına göre kamu ve özel kuruluşlar tarafından karşılanan, sağlığın finansmanında ise bireyin cepten prim-katkı ödemesi ile özel sağlık sigorta kurumlarını öne çıkaran uygulamalardır (1,2).

Topluma sağlık hizmetleri, koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon biçiminde sunulurken; mevcut sağlık kuruluşları da kademeli sevk zincirinde

birinci, ikinci ve üçünü basamak kuruluşlar olarak sınıflandırılır.

Bu çalışmada, Türkiye’de Cumhuriyetinin birinci basamak sağlık hizmetleri uygulamalarının tarihsel dönemlere göre değerlendirilmesi yapılmıştır. Değerlendirmede ilgili yasal metinler, istatistik enstitüsünün kayıtları ile ülkeyi temsil etme özelliğine sahip durum tespit araştırmaları kullanılmıştır.

Birinci Dönem: (1920 -1950)

Bu dönem de acil sağlık sorunlarının çözümünü öncelikli devlet görevi kabul edilen bir politika benimsenmiştir. Bulaşıcı hastalık ölümlerinin sorun olduğu, sağlık insan gücünün yetersiz ve ekonomik sıkıntılarının olduğu Cumhuriyetin ilk yıllarında, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmiş, hastane hizmetleri ise yerel yönetimlere bırakılmıştır. Özellikle sağlık örgütlenmesi, genel sağlık kuralları, sağlık mesleklerini uygulama kriterleri ile bulaşıcı hastalıklarla savaş yöntemlerini içeren kanunlar yürürlüğe konulmuştur.

Monovalan tipteki sağlık örgütlenmesi ile bulaşıcı hastalıklarla savaşta (sıtma, verem, trahom, lepra, frengi) büyük başarılar elde edilmiştir. Aynı yıllarda sağlık insan gücü sayısını artırmak için okullar açılmış ve hizmet karşılığı burslar verilmiştir.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin finansmanı devlet bütçesinden karşılanmış ve özel sağlık kuruluşlarının (azınlıklara ait) hizmet sunumun da sayıları çok sınırlı kalmıştır.

1940 yılından itibaren hekim sayısının artışı ile birlikte devlet, her ilçede tedavi ve koruyucu hizmetlerinin verildiği hükümet tabipliği uygulamasına geçmiştir. İlçenin tüm sağlık hizmetlerinden (aşılar, ana çocuk sağlığı, okul aşıları, çevre sağlığı, gayri sıhhi müesseselerin kontrolü, evlenme muayeneleri, hastalık raporları, adli tıp, acil hizmetler) sorumlu olan hükümet tabipleri günde 2 saatte yoksul hasta muayenesi için zaman ayırıyordu. Kırsal kesimde ise sağlık memurları ve ebeler koruyucu sağlık hizmetine destek sağlıyorlardı.

İkinci Dönem: (1950 -1990)

1950 yıllarının başına gelindiğinde hızlı nüfus artışına paralel olarak demografik yapı değişmeye başlamış, doğurganlık hızı, bebek ve anne ölümleri yüksek seviyelere ulaşmıştır. Sağlıkta tedavi edici

hizmetler devlet politikası olarak öne çıkarılmış belediyelere bağlı hastaneler Sağlık Bakanlığı sorumluluğuna alınmış ve hastane yapılaşmasına öncelik verilmiştir.

Ancak bu dönemin diğer bir özelliği, farklı kamu kuruluşları kendi personeli için yeni sağlık kuruluşlarını kurmuşlardır. Örneğin; ulaştırma bakanlığına ait Devlet Demir Yolları (DDY) hastaneleri, Milli Eğitim bakanlığına bağlı dispanserler, Çalışma bakanlığına bağlı Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) hastaneleri vb. örneğinde olduğu üzere bu da işçiler, demiryolcular ve öğretmenler için ülkede sağlık alanında ayrıcalıklı bir uygulama getirmiştir.

Koruyucu sağlık hizmetleri hükümet tabipleri sorumluluğunda götürülmesinin yanında illerde ve nüfusu fazla olan ilçelerde monovalan hizmet veren Ana Çocuk Sağlığı Merkezleri ile Verem Savaş Dispanserleri açılmıştır. Ayrıca ülkenin riskli bölgelerinde Sıtma Savaş Dispanserleri ve laboratuvar kurulmuştur.

1961 yılında yeni anayasada sağlık alanındaki çok başlılık ve eşgüdümsüzlüğü ortadan kaldıran maddeler yer almıştır. İlgili maddelere göre sağlık hizmetleri devletin asli bir görevi olarak tanımlanmıştır. Devletin herkese, her yerde, eşit, ücretsiz ve ekip anlayışında nüfus kriterine göre polivalan hizmet sunmaya yönelik bir yapılanma kurması öngörülmüştür.

Anayasanın ilgili maddesini yerine getirmek amacıyla, 1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası çıkarılmış ve ilk uygulaması pilot olarak 1963 yılında bir ilde uygulanmıştır.1982 yılında ise ülkenin tüm illeri bu uygulama kapsamına alınmıştır. Bu yasa ile sağlık hizmetlerinin her anlamda temel birim kabul edilen sağlık ocağında bütünleştirilmesi ve tek elden ülkeye yayılması sağlanmıştır.

Devlet Planlama Teşkilatı tarafından hazırlanan 1963 -1967 yıllarını kapsayan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda sağlık politikasının temel amacı olarak: halkın sağlık düzeyini yükseltmek üzere koruyucu sağlık hizmetlerine öncelikli nüfusa dayalı evde ve ayakta tedavi sağlayan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi örgütünün kurulması ve yaygınlaştırılması önerilmiştir.

Artan nüfusun sağlık insan gücünü karşılamak üzere yeni tıp fakülteleri, diş hekimliği fakülteleri, hemşire, fizyoterapist, diyet uzmanı yetiştiren yüksek

okullar açılmış; ayrıca hemşirelik, ebelik ve teknisyenlik eğitimi veren sağlık kolejlerin sayıları arttırılmıştır.

1965 yılında çıkarılan Nüfus Planlaması Hakkındaki kanun ile ülkede nüfus artış hızını azaltıcı politika uygulanmaya başlanmıştır. Bu kanuna göre aile planlaması yöntemlerinin ithali, dağıtımı ve kullanımını serbest bırakılmıştır. Bu hizmetler Sağlık Bakanlığı yönetiminde gezici sağlık ekipleri ve sağlık ocakları tarafından yürütülmüştür.

1982 Anayasası ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri devletin görevleri arasına alınmış, aile planlamasında cerrahi yöntemlerin uygulanmasıyla birlikte gebeliğin 10. haftasına kadar kürtaj serbest bırakılmıştır.

1985-90 yıllarında bebek ve çocuk ölümlerini azaltabilmek için Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNİCEF) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) desteğinde aşı kampanyaları, ishali hastalıklarla mücadele, anne sütünün teşviki, doğumların sağlıklı koşullarda yapılması, yenidoğan bebek bakımı (bebek dostu hastaneler), büyüme-gelişmenin izlenmesi ve solunum yolları hastalıkları tedavisi programları etkin bir şekilde yürütülmüştür. Bu etkinliklerin yürütülmesi için sağlık personeli eğitim merkezleri kurulmuş, eğitim metodolojileri belirlenmiş, halk ve sağlık personeli için eğitim materyali geliştirilmiş, aile planlamasını anlama ve yöntemleri tanıma konusunda köy liderlerinin ve özellikle erkeğin bilgilendirilmesi projeleri geliştirilmiştir. Bu programların yürütülmesinde uluslararası kuruluşlar, sivil toplum kuruluşları ve üniversitelerin mali ve teknik destekleri olmuştur.

1982 yılında çıkarılan pratisyen hekimler için 2 yıllık zorunlu hizmet yasasının ana çocuk sağlığı ve aile planlaması çalışmalarına büyük katkıları olmuştur.

1980'li yılların başında dünyada neo-liberal anlayış ve politikalar uygulama başlamış ve Türkiye'de bu politikalar benimsenerek başta ekonomik yaşamda olmak üzere resmen uygulanmıştır. Sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerinde ise aktif özelleştirme dönemi başlamış ve özel hastaneler, poliklinikler ve diyaliz merkezlerinin sayıları artmaya başlamıştır.

Üçüncü Dönem: (1990 -2014)

Bu dönemin başlangıcında sağlık hizmetlerinde özel sektörün yoğun olarak yer aldığı ve kişinin sağlıktaki

taleplerinin başında tıbbi teknoloji ve uzman hekim istemi nedeniyle hastane ve özel sektöre doğru yönlendiği bir süreç yaşanmıştır. Bunun sonucu olarak birinci basamakta yer alan sağlık ocaklarından hizmet alanların hizmet niteliği konusunda yeni talepleri olmaya başlamıştır.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda kalite anlayışı yerleşmeye başlamış; başta acil servislerden başlayarak hastanelerde fizikse ve teknolojik modernizasyon dönemi başlamıştır. Bu gelişmeler halkın birinci basamakları geçerek hastanelere yönelme süreci öne çıkmıştır. Özellikle trafik kazalarındaki görülme sıklığı ve ölümlerin artması nedeniyle kazalarla ilgili bildirim sistemi (112) kurulmuş ve sistem ambulans ve sağlık personeli ile desteklenmiştir.

Ödeme gücü belirli bir seviyenin altında olan kişiler için ayaktan sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması konusunda yasa (Yeşil Kart) çıkarılmış ve ülke nüfusunun %10'u bu imkandan yararlanmıştır.

Anayasada yer alan Genel Sağlık Sigortası Sistemine geçilebilir maddesine dayanılarak Sağlık Bakanlığı, Dünya Bankası'ndan mali destek alarak Sağlık Reformunun alt yapı çalışmalarını başlatmıştır. Bunlar yasal düzenlemeler, hizmet içi eğitimler, fiziki-teknolojik yenilenmeler ve iki ilde yürütülen pilot uygulamalardır.

Sağlık alanında yürütülen reform aktiviteleri organizasyon, finansman, insan gücü ve birinci basamak hizmet modeli olarak yürütülmüştür. Organizasyonda farklı resmi kuruluşlara ait hastane ve poliklinikler Sağlık Bakanlığına bağlanmış, genel sağlık sigortasının usul esaslarını belirleyen yasa çıkarılmış ve bu işleri yürütmek üzere Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kurulmuştur.

Farklı sigorta sistemleri (Emekli Sandığı, Bağkur ve SSK) Sosyal Güvenlik Kurumu'na (SGK) bağlanarak sosyal ve emeklilik konularında standardizasyon sağlanmıştır. Bu sistemin finansmanı kişi ve işveren primleri ile karşılanmıştır. SGK, topladığı finansman ile bireylerin kamu ve özel sektörden ücretsiz sağlık hizmeti almasını sağlamaktadır. Ancak birey özel sektöre bağlı sağlık kuruluşlarına başvurursa cepten katkı payı ödemektedirler.18 yaş altı grubun koruyucu sağlık hizmetleri birinci basamak sağlık kuruluşlarında ücretsiz olarak verilmesi yasa ile güvenceye alınmıştır. Özel sağlık sigorta şirketleri de bireyin isteme bağlı gereksinimlerini karşılayan bir kurum olarak sistemde yerlerini almışlardır.

2004 yılında Aile Hekimliği yasası ile bir ilde pilot uygulama yapılmış ve 2010 tarihinde tüm iller birinci basamak hizmet sunum modeli kapsamı içine alınmıştır.

Birinci basamakta sağlık hizmeti sunan resmi kurum olarak Aile Sağlığı Merkezi (ASM) yer almaktadır. Bu merkezlerde Aile Hekimi (AH) ve Aile Sağlığı Elemanı görev yapmaktadır. Her AH ortalama 3000 nüfustan sorumlu olup; burada poliklinik, çocuk ve gebe izlemleri, aşılama ve kronik hastalıkların takibini yapılmaktadır. Ayrıca sağlık ocağı hizmetinde sağlıklı olarak yapılamayan kırsalda uygulanan mobil hizmet sunumu sayesinde sağlık hizmetine ulaşmada zorluk çeken köylere yerinde sağlık hizmeti sunulmaktadır. Ancak ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetinde yoğunluğu önleyecek olan zorunlu sevk zinciri sistemi henüz uygulamaya geçilmemiştir.

ASM'lerle birlikte her ilçede bir Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) kurulmuştur. TSM ilçenin okul sağlığı, çevre ve iş sağlığı, adli tabipliği görevlerinin

yanında ASM performanslarından ve eğitimlerinden sorumludurlar.

Resmi ve özel sağlık sektöründen ayaktan alınan sağlık hizmetleri özel bir bilgisayar programı aracılığı ile muayene, reçete, rapor ve ilaç alımı online olarak yürütülmektedir. Eczanelere kişiler reçete ile başvurularında bireyden muayene olduğu sağlık kurumuna göre farklı miktarda muayene ve reçete katkı payı cepten alınıp SGK'ya aktarılmaktadır. 2012 yılında sağlık reformunun son halkası olan Sağlık Bakanlığı'nın merkez ve illerdeki yönetim organizasyonunda yasal düzenlemeler yapılmış ve yeni kurumlar oluşturulmuştur. Özellikle resmi birinci basamak sağlık hizmetlerinden sorumlu Halk Sağlığı Kurum Başkanlığı kurulmuştur.

Türkiye'de dönemlere göre sunulan birinci basamak sağlık hizmetlerindeki olumlu gelişmeler ve diğer etkileyen faktörlerle beraber sağlık düzeyini tanımlayan göstergelerde önemli başarılar elde edilmiştir. Yıllara göre bazı sağlık göstergeleri Tablo 1'de verilmiştir (3,4,5,6,7,8,9).

YILLAR	BEBEK ÖLÜM HIZI	DOĞURGANLIK HIZI	DOĞUŞTA BEKLENEN YAŞAM SÜRESİ		
			E	K	TOPLAM
1955-60 (5)			44.68	48.63	44.61
1963	208 (3)	6.19 (6)			
1960-65 (5)			47.93	52.02	49.93
1966	170 (4)	5.63 (7)			
1965-70 (5)		5.70	51.07	55.27	53.12
1973 (4)	155	5.0			
1970-75 (5)			52.99	57.30	55.09
1975-80 (5)			54.78	59.37	57.01
1978 (5)	134	4.33			
1980-85 (5)			56.88	61.32	59.04
1983(5)	100	4.04			
1988 (5)	82	3.02			
1993 (5)	53	2.65			
1998 (5)	43	2.61			
2003 (5)	29	2.23	70.2	74.4	72.2 (8)
2008 (5)	17	2.16	71.4	75.8	73.6 (8)
2010		2.1 (8)	71.8	76.8	74.3(8)
2011		2.1 (8)	72.0	77.1	74.5 (8)
2013 (5)	14	2.22 (8)	74.7	79.2	76.9 (8,9)

Sonuç

Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluşundan bu güne kadar geçen doksan yıl içerisinde birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunda değişik modeller

uygulanmıştır. Bu uygulamaların seçiminde; ilk elli yılda ülkenin sağlık sorunları, sağlık insan gücü ve sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları göz önünde bulundurulmuştur. Örneğin ilk otuz yılda bulaşıcı hastalıklarla mücadele de monovalan tipte hizmet sunulurken daha sonraki dönemlerde bir

sağlık ünitesinde polivalan hizmet sunumu uygulamaları başlatılmıştır.

Küreselleşme ile bireyin sağlık hizmeti istem talebindeki değişimler ve son yirmi beş yıl içerisinde sağlık göstergelerindeki olumlu değişimler sonucunda, sağlık hizmeti sunucuları yeni bir birinci basamak hizmet sunumu modeli olan aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezleri modeli uygulamasını başlatmıştır. Bu modelde, kişilerin kaliteli sağlık hizmetlerine ulaşımında kolaylık sağlanırken, tanı ve tedavideki teknolojik gelişmeler ile donatılmış hastaneler ve özel sağlık kuruluşları da sisteme entegre edilmiştir.

Kişilerin kendi sağlık durumları ile ilgili farkındalığın artışı ve sağlıklı yaşam programları sonucu: kişilerin beklenen yaşam süreleri uzamış ve kronik hastalıkların tanı, izlem ile yaşam kaliteleri ve ilaç politikalarında yeni model arayışlarını gündeme getirmiştir.

Kaynaklar

1. Türkiye’de Nüfus Konuları ve Politika Öncelikleri. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, 1993, Ankara.
2. Fişek NH. Halk Sağlığına Giriş. Hacettepe Üniversitesi, Çağ matbası, Ankara, 1985.
3. Gales KE. The Report of an Inquiry into Birth and Death Rates in Turkey. Hıfzıssıhha Okulu, Basılmamış Rapor, 1964.
4. Fişek N. Demographic Survey in Turkey. Turkish Demography; Proceedings of a Conference, Ankara, 1969;15.
5. 1966-67 TNA, 1973 Türkiye Nüfus Yapısı ve Nüfus Sorunları Araştırması, 1978 Türkiye Doğurganlık Araştırması, 1983 Türkiye Doğurganlık ve Aile Sağlığı Araştırması, 1988 Türkiye Doğurganlık ve Sağlık Araştırması, 1993, 1998, 2003, 2008, 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması.
6. DİE 1989 Türkiye Nüfus Araştırması.
7. DİE 1995, Türkiye Nüfusu 1923-1994.
8. TUİK, Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Ulusal Eylem Planı (2003-2011 verileri), İstatistiklerle Yaşlılar-TUİK 2013.
9. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2014.

İletişim:

Yrd.Doç.Dr. Cihangir Özcan
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
E-mail: cozcan@baskent.edu.tr