

# ULUSLARARASI SAĞLIK ÖRGÜTLERİNİN AİLE HEKİMLİĞİNE BAKIŞI

VIEW OF INTERNATIONAL HEALTH ORGANIZATIONS FOR FAMILY MEDICINE

Nafiz Bozdemir<sup>1</sup>, Esra Saatçi<sup>2</sup>

## Özet

6-8 Kasım 1994 tarihinde Kanada-Ontario'da, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Dünya Aile Hekimleri / Genel Pratisyenleri (AH/GP) Akademi ve Dernekleri Örgütü (WONCA) tarafından ortaklaşa düzenlenen toplantıda, sağlık hizmetlerinin sunumunda AH/GP'in rolü vurgulanarak, sağlık sistemlerinde ve tıp eğitimi veren kurumlarda değişiklikler yapılması gerektiği belirtilmiştir.

Toplumun sağlık düzeyinin yükseltilebilmesi için, sağlıklı etkileyen tüm koşulların iyileştirilmesi, halkın temel sağlık hizmetlerinden yararlanımının sağlanması ve uygun eğitim almış sağlık insan gücünün yetiştirilmesi gerekmektedir.

Yazı, bu konuda mevcut sorunları ve çözüm yollarını ele almaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Aile hekimliği, uluslararası sağlık örgütleri, sağlık hizmeti sunum sistemleri.

## Summary

A meeting was organized by World Health Organization (WHO) and the World Organization of Family Doctors (WONCA) on 6-8 November 1994 in Ontario-Canada. In this meeting it was emphasized that general practitioners/family doctors have a central role in health service delivery and also that changes both in the health systems and in the institutions of medical education are needed.

It is necessary to improve all the conditions affecting health, to ensure the use of primary health care services by the population and to have properly educated health man power in order to improve the health level of the community.

The article reviews actual problems and ways of solution on the subject.

**Key words:** Family medicine, International health organisations, health service systems.

Uluslararası sağlık kuruluşlarından Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Dünya Aile Hekimleri/Genel Pratisyenleri Akademi ve Dernekleri Örgütü (WONCA) tarafından, 6-8 Kasım 1994'te Kanada-Ontario'da düzenlenen ortak toplantıda alınan karara göre; "Kişilerin sağlık gereksinimlerini sürekli karşılayabilmek için, sağlık sistemlerinde, tıp mesleğinde, tıp fakültelerinde ve diğer eğitim kurumlarında köklü değişiklikler yapılması gerektiği saptandı. Sağlık hizmetlerinin sunumunda genel pratisyen/aile hekiminin temel bir rolü olmalıdır. Bu sorumluluğun gereklerinin yerine getirilebilmesi için, aile hekimi hasta bakımı konusunda yetkin olmalı, kişisel ve toplumsal sağlık hizmetlerini entegre etmelidir. Bu bakış açısı doğrultusunda, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ile Dünya Aile Hekimleri Örgütü (WONCA) arasındaki işbirliği eskilere dayanmaktadır."<sup>1</sup> Bu kararın gerekçelerine bakıldığında sağlık hizmeti sunum sistemleri içinde öncelikle birinci basamağın ve aile hekiminin yeri ile karşılaşılmaktadır.

## Sağlık Sistemlerinin Mevcut Sorunları

Toplumun sağlık düzeyinin iyileştirilmesinde hükümetlerin, özel sektörün ve kamunun rolü ve sorumluluğu vardır. Toplumun sağlık düzeyinin yükseltilebilmesi için:

1. Sosyal, ekonomik, kültürel ve çevresel faktörler başta olmak üzere sağlıklı etkileyen tüm koşulları iyileştirmek,

2. Halkın, öncelikle, birinci basamak sağlık hizmetlerini vurgulayan temel sağlık hizmetlerinden yararlanmasını sağlamak (Tablo 1),

3. Bu hizmetlerin iyi bir şekilde sunulabilmesi için, uygun eğitim almış hekim ve diğer sağlık personelinin sağlamak gereklidir.

1977'de Dünya Sağlık Asamblesi, hükümetlerin ve Dünya Sağlık Örgütü'nün asıl sosyal hedefini, tüm dünya insanları için 2000 yılında, sosyal ve ekonomik açıdan üretken bir yaşam sürmelerini sağlayacak sağlık düzeyine ulaşılması olarak belirledi. Bu karar, "2000 yılında herkes için sağlık" hareketinin doğuş noktası oldu.

<sup>1</sup> Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı, Halk Sağlığı Uzmanı, Doç. Dr.

<sup>2</sup> Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı

“2000 yılında herkes için sağlık” demek, artık hastalık ve sakatlık kalmayacak ya da hekimler ve hemşireler herkese bakacaklar demek değildir. Bu deyimim anlamı, sağlık kaynaklarının eşit dağılımının sağlanması ve temel sağlık hizmetlerinin toplum katılımı ile herkes için ulaşılabilir olması demektir. Sağlık hizmeti sunumu, evlerde, okullarda ve işyerlerinde başlar ve kişilerin hastalıklarının önlenmesi ve önlenemez hastalıklarının ve sakatlıklarının azaltılması için daha iyi yaklaşımlarda bulunulmasını içerir. Kişiler, kendilerinin ve ailelerinin, önlenemez hastalık yükünden kurtulduğunu, yaşamlarını biçimlendirecek güce sahip olduklarını anlayacaklar ve hastalığın kaçınılmaz olmadığını farkına varacaklardır.

**Tablo 1** Temel sağlık hizmetinin tanımı<sup>2,3</sup>

Temel sağlık hizmetleri (TSH), bir toplumdaki bireylerin ve ailelerin çoğu tarafından kabul edilebilir yollardan, onların tam katılımıyla, toplum tarafından karşılanabilir bir bedel karşılığında sunulan ve teknolojiye, uygulamaya, bilimsel güce dayanan sağlık hizmetleridir. Ülke sağlık sisteminin çekirdeğini ve genel anlamda toplumsal ekonomik gelişmenin vazgeçilmez bir parçasını oluşturur.

Temel sağlık hizmeti en azından aşağıdakileri kapsar:

1. Sağlık eğitimi,
2. Gıda temininin iyileştirilmesi ve düzenli beslenme,
3. Yeterli temiz su kaynağı temini ve temel sanitasyon,
4. Aile planlaması da dahil olmak üzere ana-çocuk sağlığı hizmetleri,
5. Aşı ile korunabilen bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklama,
6. Yerel endemik hastalıkların önlenmesi ve kontrolü,
7. Sık görülen hastalıklarda ve yaralanmalarda uygun tedavi,
8. Temel ilaçların temini.

1981 yılında, “Herkes için Sağlık”a ulaşmak için global bir strateji belirlendi ve dünya ülkeleri tarafından benimsendi<sup>4</sup> (Tablo 2). O zamandan beri, gelişme bazı ülkelerde iyi, bazı ülkelerde ise hedeflenenden farklı oldu. Pek çok ülke, “Herkes için Sağlık” hedefine uygun ve iyileştirilmiş aşılama oranları ya da çevre sorunlarındaki artışa dikkat çekilmesi gibi bazı konuları belgeledi. 1988 yılında, şimdiki adı Latvia olan Riga’da “Herkes için Sağlık” programının gelişmesi incelendi. Bu inceleme sonucu WHO, konferansa katılan ülkelerden “Herkes için Sağlık”a katkılarını arttırmalarını istedi.<sup>5</sup>

Son 40 yılda beklenen yaşam süresi, insanlık tarihinin geçmiş tüm süresinden daha fazla artış göstermiştir. Gelişmekte olan ülkelerde 1950 yılında 40 yıl olan beklenen yaşam süresi, 1990 yılında 63’e çıkmıştır. 1950 yılında, beş yaş altındaki her 100 çocuktan 28’i ölürlen, 1990 yılında bu sayı her 100 çocuk için 10’a düşmüştür. Beklenen yaşam süresi 1960-1991 yılları arasında 60 yıl iken 1990 yılında 65’e çıkmıştır. Türkiye’de ise beklenen yaşam süresi 1950 yılında 43.5’den 1993 yılında 67’ye çıkmış, bebek ölüm hızı 1960-1993 yılları arasında

da binde 161’den binde 67’ye düşmüş, beş yaş altı ölüm oranı ise 1960-1993 yılları arasında her 100 çocuk için 21.7’den 8.4’e düşmüştür. Türkiye, bu sağlık ölçütleri ile, daha çok gelişmekte olan ülkelere benzemektedir. Bu gelişmelere rağmen hala çok önemli sağlık sorunları olduğunu biliyoruz. Örneğin, çocuk ölüm hızları, gelişmekte olan ülkelere göre 10 kat yüksektir. Eğer gelişmekte olan ülkelerin çocuk ölüm hızları, gelişmiş ülkelerin düzeyine indirilebilseydi, her yıl 11 milyon çocuğun ölmesi engellenecekti. Gelişmekte olan ülkelerdeki çocuk ölümlerinin hemen hemen yarısı malnütrisyon ile alevlenen ishal ve solunum yolu hastalıkları gibi önlenemez nedenlere bağlıdır. Dünyada, pahalı olmayan yöntemlerle önlenemez ya da tedavi edilebilir sağlık sorunları sonucu yılda 7 milyon da yetişkin ölmektedir.<sup>6-8</sup>

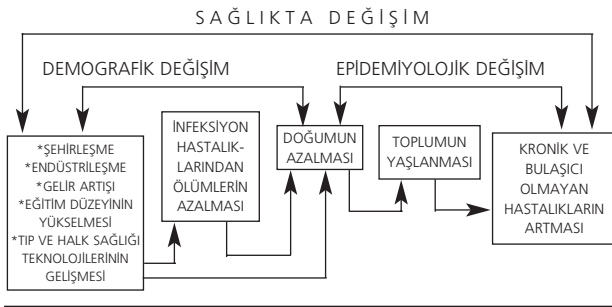
**Tablo 2** “2000 Yılında Herkes İçin Sağlık” konusundaki global stratejik hedefler<sup>4</sup>

1. Her ülkede, tüm insanların en azından temel sağlık hizmetleri ve birinci basamak sağlık hizmetleri için başvurabilecekleri yerler hazır olacaktır.
2. Herkes, kendileri ve aileleri için sağlık hizmetlerinde ve sağlıkla ilgili toplum hareketlerinde, mümkün olan en fazla aktif katılımı sağlayacaktır.
3. Tüm dünyada yaşayan bireyler, sağlık hizmetleri için hükümetlerin sorumluluklarını paylaşacaklardır.
4. Hükümetler, herkesin sağlığı için tüm sorumluluğu üstleneceklerdir.
5. Temiz içme suyu ve sanitasyon, herkes için ulaşılabilir olacaktır.
6. Herkes yeterli derecede beslenecektir.
7. Tüm çocuklar, çocukluk çağının başlıca bulaşıcı hastalıklarına karşı aşılanacaklardır.
8. Gelişmekte olan ülkelerdeki bulaşıcı hastalıkların halk sağlığı açısından 2000 yılındaki önemi, gelişmiş ülkelerdeki 1980 yılındaki öneminden fazla olmayacaktır.
9. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü, fizik ve psikososyal çevrenin kontrolü, yaşam tarzını etkileyerek akıl sağlığının iyileştirilmesi için olası tüm yollar denenecektir.
10. Temel ilaçlar herkes için ulaşılabilir olacaktır.

Bu arada, hem gelişmekte olan hem de gelişmiş ülkeler, yeni sağlık sorunları ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Artan AIDS’li hasta sayısı, ilaca dirençli sıtma ve tütün kullanımına bağlı kanserden ölümler, kalp ve akciğer hastalıkları, uzun ömür konusunda az önce sözü edilen kazanımları yokedebilir. Çocukluk çağı ölümlerindeki azalma, artan maliyetleri kontrol altına alırken, artan yaşlı nüfusa kaliteli hizmet sunmak için hizmet sunum sistemlerinden yeni talepler ortaya çıkmaktadır (Şekil 1).

Sağlık hizmetleri ve tıp eğitimi, birçok ülkede bir kamu yatırımdır ve yakın geçmişteki kazanımların sadece bir bölümünde katkıları olduğu halde, sağlık düzeyinin iyileştirilmesinde önemli etkileri olabilir. Bir ülkenin sağlık bütçesinin 2/3’ünü oluşturabilen sağlık insangücü yatırımları, ihtiyaç duyulan bireysel ve toplumsal sağlık

hizmetlerinin sunulabilmesi için, uygun sayıda, tipte ve dağılımda sağlık personeli sağlamak üzere dikkatle planlanmalıdır. Bununla birlikte, birçok önemli sağlık sorununun çözümü, tıp uygulamalarının ve tıp eğitiminin kalitesinin iyileştirilmesine bağlıdır.



**Şekil 1**  
Demografi, epidemiyoloji ve sağlıkta değişim ilişkileri<sup>9</sup>

Hekimler ve eğitilmiş diğer sağlık personeli tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini ve yaygınlığını arttırmaya yönelik bir yaklaşım, “Herkes İçin Sağlık” hedefine ulaşılmasında temel faktörlerden birisidir. 2000 yılı hedeflerine ulaşma konusundaki 1993 yılı raporunda WHO, temel sağlık hizmetlerine ulaşmanın kolaylaştırılması girişimlerinin yavaş ilerlediğini belirtmiştir.<sup>10</sup> Dahası, “farklı kategorilerdeki sağlık personelinin yetersiz ve eşit olmayan dağılımının, uygun nitelikte sağlık hizmetleri sunumunu engellediği” WHO tarafından saptanmıştır.<sup>11</sup>

Ülkelerin sağlık sistemlerini, halkın ihtiyaçlarına cevap verir hale getirme girişimleri sırasında karşılaşılan beş temel sorun olduğu, WHO ve WONCA tarafından kabul edilmektedir.<sup>11</sup>

**Bulgu 1: Toplum için kabul edilebilir bir sağlık düzeyine ulaşılması, birinci basamak sağlık hizmetlerinden eşit olmayan yararlanım, etkisiz sağlık sistemleri ve birden yükselen, hızla artan sağlık hizmetleri maliyetleri tarafından engellenmektedir. Eğer bu eksiklikler düzeltilmezse, sağlık düzeyinin iyileştirilmesi ve 21.yüzyılda temel sakatlık ve ölüm nedenlerine etkili çözüm bulunması mümkün olmayacaktır.**

Sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar çok fazla ve değişen miktarlardadır. Dünya Bankası, sağlık hizmetlerine kamu ve özel harcamaların 1990 yılında toplam 1.7 trilyon dolar, yani tüm dünya üretiminin %8’i kadar olduğunu bildirmiştir. WHO’ya göre, kişi başına düşen sağlık harcaması 5 dolar ile 3500 dolar arasında değişmektedir.<sup>12</sup> Amerika Birleşik Devletleri, tek başına, tüm dünya ülkelerinin sağlık harcamalarının %40’ını, kendi Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH)’sının ise %14’ünü tüketmektedir. 1990 yılında, Amerika Birleşik Devletleri ve ekonomik yönden gelişmiş diğer ülkeler, kişi başına yıllık ortalama 1500 dolarlık sağlık harcaması ile, toplam

dünya sağlık harcamalarının yaklaşık %90’ını tüketmişlerdir. Gelişmekte olan ülkeler ise, kişi başına ortalama 41 dolar ile, GSMH’larının %4’ünü yani yaklaşık 170 milyar dolar harcamışlardır. Türkiye’nin 1990 yılında kişi başına düşen sağlık harcaması 76 dolar ile toplam sağlık harcaması 4281 milyon dolar olmuştur. Bu değer, GSMH’nın %4’ünü oluşturmaktadır.<sup>6</sup> Hem WHO (1993 Dünya Sağlık Durumu Hakkında Sekizinci Rapor) hem de Dünya Bankası (1993 Dünya Gelişme Raporu: Sağlıkta Yatırım) benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Kaynakların yanlış tahsisi, tıbbi hizmetlere ulaşmadaki eşitsizlikler ve hizmet sunum sistemindeki verimsizlikler, zengin ve yoksul ülkelerin, sağlığın geliştirilmesi ve üretkenlik konularında benzer olmalarını önlemektedir.

Kişi başına düşen gelir, bu gelirin eğitim ve sağlık hizmetlerine harcanan yüzdesi gibi birçok değişken sağlık düzeyini etkilemektedir. Bununla birlikte, gelişmiş ya da gelişmekte olan bir ülkenin sağlık sistemini nasıl organize ettiği ve sağlık hizmetleri bütçesine nasıl yatırım yaptığı konusunda önemli farklılıklar bulunmaktadır. Dünya Bankası’nın bir analizine göre, bazı ülkeler daha düşük sağlık harcamaları ile daha iyi sonuçlara ulaşmaktadır.<sup>6</sup> Bu çalışmaya göre, sağlık harcamaları, kişi başına düşen gelir ve eğitim birlikte ele alındığında, beklenen yaşam süresinin en iyi göstergelerini oluşturmaktadırlar. Birçok ülkede beklenen yaşam süresinin bu değişkenlerle tek başına tahmin edilenden daha iyi olduğu gösterilmiştir. Örneğin, Çin, Sri Lanka ve Yunanistan gibi ülkeler, sağlık harcamaları, kişi başına düşen gelirleri ve eğitim durumları ile öngörülenden 5-10 yıl daha uzun beklenen yaşam süresine sahiptirler.

Birçok gelişmekte olan ülkede kamu fonları orantısız bir şekilde, kentsel kesime hizmet sunan yüksek maliyetli hastane hizmetlerine harcanmaktadır. Ne yazık ki, pahalı tanı ve tedavi hizmetleri için harcanan paralar, aşılama, doğum öncesi bakım, hipertansiyon ve diyabet taraması ve tedavisi gibi birinci basamak sağlık hizmetlerini sağlayabilecek bütçeleri de tüketmektedir. Sonuç olarak, yoksullar temel sağlık hizmetlerine ya ulaşamamakta, ya da çok az ulaşabilmektedirler. Ulaştıklarında, daha geniş kapsamlı birinci basamak sağlık hizmetlerinden ziyade maliyeti yüksek ve kamu tarafından finanse edilen üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden, kendileri ya da devlet tarafından ödenen yüksek faturalarla yararlanmaktadırlar. Dünya Bankası, bazı ülkelerde, topluma dayalı küçük desantralize işletmelerde daha büyük oranda, daha etkili hizmet sunulabildiğini, buna karşılık, tek bir üçüncü basamak hastanesinin Sağlık Bakanlığı bütçesinin %20’sini ya da daha fazlasını haralayabileceğini bildirmektedir.

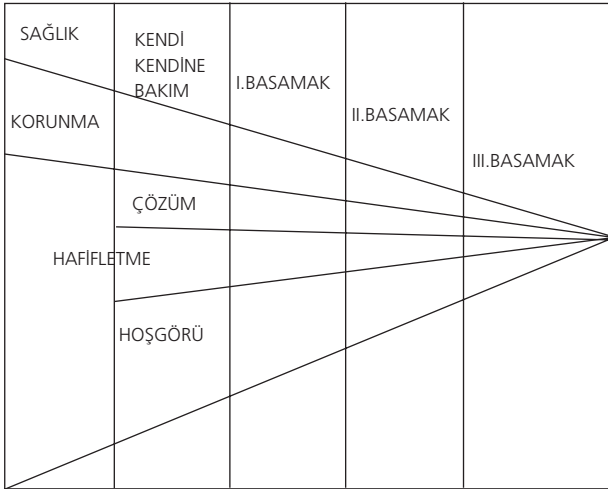
Orta gelirli ülkelerde, kamu fonları, sadece zengin azınlığın ulaşabildiği özel sigortaları sübvanseder. Örneğin, Güney Afrika, Zimbabve ve birçok Orta ve Güney Amerika ülkelerinde çalışanlar, hükümet tarafından sübvanseder zorunlu sigorta kapsamı içindedirler.

Yoksullar da dâhil olmak üzere nüfusun geri kalanı kamusal ya da özel hekimlerinden kendi bütçelerinden ödeme yaparak yararlanabilirler.<sup>6</sup>

Aynı zamanda, orta gelirli olan bu ülkelerin çoğunda, yüksek gelirli tüm ülkelerde olduğu gibi, sağlık hizmetlerine yapılan harcamalardaki artış, gelir artışından daha fazla olmaktadır. Artan bu harcamaların nedenleri, zaman hekim sayısındaki artış, pahalı yeni tıbbi teknolojilerin kullanımı ve hizmet başına ücret temeline dayanan özel sigortaların kamu tarafından sübvans edilmesidir. Bazı ülkelerde, gerekenden fazla hastane yatağı bulunmaktadır ve gerekenden fazla tıbbi malzeme satın alınmıştır. Tıbbi malzeme enflasyonunun yarattığı baskı ile hastane hizmetleri yeterince kullanılamamaktadır. Hastaneye dayalı tıbbi hizmetlerdeki maliyet artışı, toplumun büyük kesimini ilgilendiren birinci basamak sağlık hizmetlerine tanınacak imkanları azaltmaktadır.

**Bulgu 2: Mali teşvikler, çok değerli ve maliyet etkili birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumundan çok, üçüncü basamak hastanelerinin gelişimini, yüksek maliyetli tıbbi ve cerrahi malzemelerin alınımı ve az kişiye yararlı olan hizmetlerin sunumunu desteklemektedir.**

Ülkelerin sağlık politikaları saptanırken birinci öncelik, en az para ile en çok sağlık kazanımının elde edildiği, toplumun tümüne sağlık hizmeti sunulan bir sistemin kurulmasına tanınmalıdır. Bunun hem kamu, hem de özel sektör yoluyla yapıldığına dair dünyada güzel örnekler bulunmaktadır.



Şekil 2 Sağlık hizmetlerinde basamak sistemi<sup>13</sup>

Şekil 2’de ideal bir sağlık sistemi gösterilmektedir. Bir sağlık sisteminin temeli, ulaşılabilir birinci basamak sağlık hizmetleri sunan topluma dayalı etkinliklerdir. Üçüncü basamak hastane sistemi, kurumsallaşma gerektiren, sık karşılaşılan durumlarla ilgilenen ikinci basamak hastanelerin ve diğer kuruluşların üzerinde yer al-

maktadır. Bu modele göre, verimli ve etkili bir sistem, kişileri, kendilerinin ve ailelerinin sağlıklarını korumadaki sorumluluklarını anlamalarını ve kabul etmelerini gerektirmektedir. Kendi kendine bakım ve birinci basamak sağlık hizmetleri basamağı, sağlık sorunlarında, korunma, çözüm üretme ve kişiye hoşgörü kazandırmada önemli işlevler üstlenmektedir.

Ne yazık ki, birçok toplumda, piramidin küçük ucunu oluşturan üçüncü basamak hastaneleri sağlık kaynaklarını en fazla tüketen kuruluşlardır. Kaynak talepleri hemen hemen hiç bitmez ve sürekli olarak, birinci basamak sağlık hizmetlerinin meşru isteklerinin engellenmesine neden olurlar. Çok az miktarda sağlık yararı için, çok fazla kaynak tüketirler.

Diğer yandan, Dünya Bankası, toplumun tümüne yönelik, düşük maliyetli, yüksek etkili birinci basamak sağlık hizmetlerine yapılan yatırımların önemli sağlık kazanımları sağlayabileceği sonucuna varmıştır. Dünya Bankası’nın önerdiği minimum birinci basamak sağlık hizmetleri paketinde; bağışıklama, okul sağlığı hizmetleri, beslenme bilgisi ve hizmetleri, tütün ve alkol tüketimini azaltacak programlar, ev ortamının iyileştirilmesine yönelik düzenleyici girişimler, bilgilendirme ve kamu yatırımları ve AIDS’in önlenmesi, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım, sık karşılaşılan ciddi çocukluk çağı hastalıklarının tedavisi (örneğin; ishali hastalıklar, akut solunum yolu enfeksiyonları, kızamık, sıtma ve akut malnutrisyon), aile planlaması hizmetleri, tüberküloz ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların kontrolü, enfeksiyon ve travma gibi sık görülen durumların temel tedavisi yer almaktadır. Bu hizmet paketi, ülke koşullarına bağlı olarak, sık görülen diğer kronik tıbbi ve ruhsal sağlık sorunlarının (örneğin, hipertansiyon, diyabet, depresyon vb.) tedavisini içerecek şekilde genişletilebilir. Bu hizmetler hep birlikte, yılda 10 milyon ölümü önleyebilirler.<sup>14</sup>

Dünya Bankası, kaynakların düşük maliyetli ve yüksek sağlık kazançlı birinci basamak sağlık hizmetlerini karşılamak üzere yeniden yönlendirilmesi halinde, daha fazla para harcamadan sağlık düzeyinin çarpıcı biçimde iyileştirilebileceği sonucuna varmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili ve kapsamlı sunumunun, orta gelir düzeyindeki bir ülkede, kişi başına 32 dolarlık bir harcama ile gerçekleştirilebileceği Dünya Bankası tarafından hesaplanmıştır.<sup>14</sup>

Evensel kapsayıcılığı sağladıktan sonra, daha geniş sağlık bütçesine sahip olan ülkeler, birinci basamak sağlık hizmetleri paketlerini genişletebilirler.

Dünya Bankası’nın önerdiği bu paketi uygulayabilecek ekip birinci basamak ekibidir. Bu ekibin en önemli üyesi ise aile hekimidir.

1955-1990 yılları arasında, dünya nüfusu 2.5 milyardan 5.2 milyara çıkarak 2 kattan fazla artmıştır. Aynı süre içinde, hekim sayısı 1.2 milyondan 6.2 milyona çıka-

rak 5 kattan fazla artmıştır. Sonuç olarak tahmin edilen hekim/nüfus oranı, 100.000 nüfusa 50 hekimden 120 hekime çıkarak 2 kattan fazla artmıştır.

**Bulgu 3: 1955 yılından beri, dünyadaki hekim insan gücü sayısı, genel nüfus artış hızının iki katı, tıp fakültelerinin sayısı ise iki katından fazla artmıştır. Hekim/nüfus oranı ve büyüme hızları, ülkeler arasında büyük farklılıklar göstermektedir. Günümüzde, hekim işsizliği ve az kullanılması hem gelişmiş, hem de gelişmekte olan ülkelerde karşılaşılan bir sorundur.**

Hekim/nüfus oranları ve büyüme hızları tüm dünyada değişkenlik göstermektedir. Dünya Bankası raporuna göre, bu oran Sahra Altı Afrika'da 100.000 kişiye 12 gibi düşük, Avrupa'nın eski sosyalist ülkelerinde 100.000 kişiye 407 gibi yüksek olabilmektedir. Bölgeler arasındaki bu geniş değişkenlik, aynı bölgedeki ülkeler arasında önemli farklılıkları maskeleymektedir.

Örneğin, Güney Afrika'da 100.000 kişiye 60'ın üzerinde hekim düşerken, Burkina Faso ve Nijerya gibi bazı Sahra Altı Afrika ülkelerinde 100.000 kişiye 2-3 hekim düşmektedir. Pazar ekonomileri gelişmiş ülkeler arasında bile çarpıcı farklılıklar vardır. Örneğin, İngiltere'de 100.000 kişiye 140 hekim düşerken, İspanya ve İtalya'da 100.000 kişiye sırasıyla 380 ve 430 hekim düşmektedir. Türkiye'de ise 100.000 kişiye 90 hekim düşmektedir.<sup>15</sup>

Hekim arzındaki artışın sonucu olarak, hekimler hem gelişmekte olan ülkelerde, hem de gelişmiş ülkelerde işsiz kalmakta ya da gerekenden az çalışmaktadırlar. Bunun nedeni ülkeden ülkeye değişmektedir. İtalya'da 40.000, İspanya'da 6000 işsiz hekim bulunduğu tahmin edilmektedir.<sup>16</sup> Öte yandan, daha düşük hekim/nüfus oranlarına sahip, gelişmekte olan ülkelerde de hekim fazlalığı vardır. Çünkü hekimlere iş olanağı sağlanamamaktadır. Örneğin, Mali'de, 1985 yılında 53 tıp mezununun sadece %15'ine iş olanağı sağlanabilmiştir. Hindistan ve Filipinlerde de hekim fazlalığı bildirilmiştir.<sup>17</sup>

1985 yılına ait en son WHO dünya tıp fakülteleri araştırmasının sonuçları, tüm dünyada 1351 tıp fakültesinin hekim yetiştirdiğini göstermektedir.<sup>18</sup> Toplumların hekim yetiştirmeye yatırım yapma konusundaki istekliliklerinin bir ölçütü olarak, bu sayı 1955 yılındaki 646 tıp fakültesi sayısının, iki katından fazladır. En büyük artış hızı 1960-1975 yılları arasında meydana gelmiştir ve ülkeler yeni tıp fakülteleri açmaya hala devam etmektedirler.

Yeni tıp fakülteleri açma eğilimi, tüm dünyada görülen bir olaydır. Gelişme sürecindeki tüm ülkeler 1955-1985 yılları arasında tıp fakültesi sayılarını arttırmışlardır. Örneğin, Angola, Kamerun, Orta Afrika Cumhuriyeti, Dominik, Gine, Mali, Mozambik, Nijerya, Somali,

Yemen ve Zimbabwe gibi daha önce hiç tıp fakültesi bulunmayan ülkelerde bir ya da daha fazla tıp fakültesi kurulmuştur. Bazı ülkeler, tıp eğitimini genişletmişlerdir. Hindistan, tıp fakültesi sayısını 1955-1985 yılları arasında 44'den 106'ya, Endonezya 44'den 106'ya, Vietnam 2'den 8'e, Çin 40'dan 114'e, Mısır 3'den 11'e, Meksika 18'den 57'ye, Kore Cumhuriyeti 6'dan 27'ye, Türkiye ise 2'den 23'e çıkarmıştır.<sup>18</sup>

Yerleşmiş pazar ekonomisi olan ülkelerde de, 1955-1985 yılları arasında tıp fakültesi sayısında dramatik bir artış yaşanmıştır. Fakülte sayısı Amerika Birleşik Devletleri'nde 85'den 142'ye, İspanya'da 10'dan 23'e, Avustralya'da 4'den 10'a, Finlandiya'da 2'den 5'e, Fransa'da 25'den 37'ye, eski Batı Almanya'da 19'dan 29'a ve İtalya'da 21'den 31'e çıkarılmıştır.

Bu dramatik artış bile, tıp eğitimine yapılan bütün yatırımları tam olarak yansıtmamaktadır. Sadece yeni okullar kurulmakla kalmadı, aynı zamanda mevcut olanlar da öylesine genişletildi ki öğrenci sayısındaki artış, bu sayıların gösterdiğinden bile fazla oldu. Örneğin, 1970-1980 yılları arasında Meksika'da okul sayısı sadece iki kat arttığı halde tıp fakültesi öğrencilerinin sayısı, aynı dönemde, 29.000'den 93.000'e çıktı. Benzer durum, Türkiye'de Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) kurulduktan sonra yaşanmıştır. Yeni tıp fakültesi kurulmamasına rağmen Devlet Planlama Teşkilatı'nın (DPT) önerisi ile fakülte öğrenci kontenjanları artırılarak öğrenci fazlalığı ortaya çıkmıştır.

Tıp eğitiminde büyük bir patlama yaşanan dönemin artık sona erdiğine dair deliller vardır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1970'lerin başı ve 1980'lerin ortaları arasında tıp fakültelerine kayıt olan öğrenci sayısı %50 artış gösteriyordu; bu sayının bir süredir sabit kaldığı gözlenmektedir. Hem Fransa, hem de Mısır, 1980'lerde tıp fakültesi öğrencilerinin sayısını yarıya düşürmüşlerdir. Tıp eğitimi konusunda tutarlı ulusal yaklaşımı olan bazı ülkeler, tıp fakültesi sayılarını arttırmadan yeterli sayıda tıp doktoru eğitmeyi başarmışlardır. Örneğin, İngiltere'de 1945 yılından beri sadece 3 yeni tıp fakültesi açılmış ve 6 tanesi birleştirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün planladığı 1995 dünya tıp fakülteleri araştırmasının sonuçları, tıp fakültelerinin sayısındaki artışın hekim eğitimini azaltıp azaltmadığını gösterecek yeni bulgular ortaya koyacaktır.

**Bulgu 4: Birçok ülkede, genel pratisyen/aile hekimi eksikliği, uzman hekim fazlalığı ve hekimlerin coğrafi dağılımının kötü oluşu, temel klinik hizmetlerin tüm topluma yaygınlaştırılmasını ve artan maliyetlerin kontrol edilmesini engellemektedir.**

WHO ve Dünya Bankası 1993 yılı raporları bütün dünya ülkelerinin artan hekim arzının yanı sıra hekim in-

san güçlerinin bileşimi ve dağılımı konusunda benzer sorunlarla karşılaştıklarını ortaya koymuştur.<sup>19,20</sup> Bu sonuçlar şunlardır:

(1) Birinci basamak sağlık hizmeti sunucularının sayısı çok az, eğitilmiş uzman sayısı ise çok fazladır.

(2) Hekim insangücü kentsel alanlarda yoğunlaşmıştır.

(3) Halk sağlığı, sağlık politikası ve sağlık yönetimi gibi önemli alanlardaki eğitim yetersizdir.

Kişisel ve toplumsal temel sağlık hizmetlerinin sunumunda anahtar rol, birinci basamak hizmet sunucularına aittir. Birinci basamak hizmet sunumu içinde;

(1) Sağlığın iyileştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi (örneğin, bağışıklama, tarama, sağlık danışmanlığı)

(2) Sık görülen belirti ve bulguların değerlendirilmesi,

(3) Sık görülen akut ve kronik hastalıkların tedavisi,

(4) Daha ileri düzeyde uzmanlaşmış hizmet sunucularından ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinin alınabilmesi için hizmetlerin tanımlanması ve uygun sevkini yapılması yer almaktadır.

**Tablo 3** Seçilmiş OECD ülkelerinde hekim/nüfus oranlarının dağılımı

ÜLKELER	100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı (a)	100.000 kişiye düşen GP/AH sayısı	100.000 kişiye düşen uzman hekim sayısı
Avustralya	200		
Avusturya	210		
Belçika	360	191	169
Kanada	220	110	110
Danimarka	280	70	210
Finlandiya	250	62	188
Fransa	270	103	167
Almanya	320	86	234
Yunanistan	340		
İzlanda	280		
İrlanda	150	64	86
İtalya	130		
Japonya	160		
Lüksemburg	210		
Hollanda	250	95	155
Yeni Zelanda	190		
Norveç	310	71	239
Portekiz	280		
İspanya	390		
İsveç	290	67	223
İsviçre	300		
Türkiye (b)	90	42	48
İngiltere	140		
ABD (c)	230	76	154

(a) OECD Health systems: Facts and Trends, 1960-91 OECD, Paris 1993.

(b) Türkiye için GP/AH grubuna pratisyen hekim ve aile hekimliği uzmanları girmektedir.

(c) ABD için GP/AH grubuna aile hekim, genel dahiliye uzmanı ve genel pediatrist girmektedir. GP'lerin bütün hekimlere oranı %27.6'dır.

Kural olarak, iyi yetişmiş genel pratisyenler/aile hekimleri, toplumda görülen sorunların %90'ından fazlasına tanı koyabilir ve tedavi edebilir. Farklı ülkelerdeki farklı iş tanımlarına bağlı olarak, geniş bir alanda eğitilmiş birinci basamak hizmet sunucularının çekirdeğini genel pratisyen/aile hekimi, hemşire ve tıbbi sekreter oluşturur. Bu çekirdek kadro, ülkeden ülkeye değişmekle birlikte, ebe, diyetisyen, fizyoterapist, diş hekimi, eczacı vb. meslek gruplarını da içerebilir. Genel pratisyenler/aile hekimleri, daha karmaşık sorunları, kardiyologlar, cerrahlar, radyologlar ve göz doktorları gibi "uzman" hekimlere sevk ederler. Bu uzmanlar, daha dar bir alandaki tıbbi ya da cerrahi sorunlara tanı koymak ve tedavi etmek üzere eğitilmişlerdir. Bir çok ülkede, daha karmaşık sorunlar genel dahiliye uzmanına ve genel pediatriste sevk edildiğinden aile hekimi tek "genel" pratisyendir.

Aile hekimleri, hemşireler ve diğer sağlık personeli, ekipler halinde çalışarak, topluma dayalı desantralize birimlerdeki sağlık sorunlarının büyük kısmını çözebilirler. Klasik bir epidemiyolojik çalışmada, sağlıkla ilgili 1000 sorundan sadece 1'inin üçüncü basamaktaki hastanelerde tedaviyi gerekli kıldığı hesaplanmıştır.<sup>21</sup>

Aile hekiminin, tıbbi sorunların çoğunu halletme yeteneği ve tüm toplumun birinci basamak sağlık hizmetlerine duyduğu ihtiyaç göz önüne alınırsa, hekimlerin büyük çoğunluğunun aile hekimi olarak çalışmak üzere eğitilmeleri gereği ortaya çıkmaktadır. Aile hekimliği; hastane merkezli, yüksek maliyetli teknoloji kullanımını kısıtlamanın bir yolu olduğu için, gelişmekte olan ülkelerde, konu daha çok önem kazanmaktadır. Genel pratisyen/aile hekimi ve uzman hekimin nüfusa oranları konusundaki veriler kısıtlı olduğu halde, gelişmekte olan ve gelişmiş çoğu ülkede hekim insangücünün gereğinden fazla uzmanlaştığı ve iyi eğitilmiş aile hekimlerinin göreceli olarak yetersiz olduğu yolunda yaygın bir görüş-birliği vardır.

Ülkeler, uzman hekimlerin toplam hekimler içindeki yüzdesi ile genel pratisyen ve uzman hekimlerin nüfusa oranları açısından büyük farklılıklar göstermektedirler. Bu farklılıklar ağırlıklı olarak gelişmiş ülkelerden oluşan OECD verilerinde de göze çarpmaktadır (Tablo 3).<sup>15-20</sup>

Dünya Bankası verileri, orta gelirli ülkelerde de, uzmanlaşmanın çok fazla olabildiğini göstermektedir. Şili'li tüm hekimlerin %75'i ve Arjantin'li hekimlerin %55'i uzmandır. Toplumlarının birinci basamak sağlık ihtiyaçlarını henüz karşılayamamış, gelişmekte olan diğer bazı ülkelerde de benzer şekilde uzman hekimler çoğunluktadır. Bu oranlar, hekimlerin çoğu ülkede giderek artan şekilde uzmanlaştığını göstermektedir.

Genel pratisyenlerin azlığına ve uzmanların fazlalığına bağlı olarak, hekimler birçok ülkede coğrafi olarak kötü bir dağılım göstermektedirler. Bu durum, özellikle kırsal kesimde, birinci basamak hizmetlerin sunumundaki engelleri arttırmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde, bu coğrafi dengesizlikler özellikle belirginleşmektedir. Blumenthal yaptığı yeni bir çalışmada gelişmekte olan 26 ve

gelişmiş 15 ülkede kırsal kesimdeki en düşük ve en yüksek hekim arzlarını kıyaslayan verileri analiz etmiştir. Gelişmiş ülkelerde hekim/nüfus oranında iller eyaletler arasında fark azdır. En gelişmiş 15 ülkeden 14'ünde en düşük hekim/nüfus oranı, en yüksek oranın en az %30'udur.<sup>22</sup>

**Tablo 4** Gelişmiş ülkelerde coğrafi dengesizlikler

ÜLKELER	Kırsal Nüfus %	10.000 kişiye düşen hekim sayısı			Düşük/Yüksek oranı %
		Toplam	En Yüksek*	En Düşük*	
Avusturya	43.1	22.0	37.15	14.92	0.40
Belçika	3.2	33.0	49.90	22.00	0.44
Kanada	23.8	20.9	22.37	8.95	0.40
Danimarka	14.2	25.1	26.10	14.53	0.48
Finlandiya	40.2	22.6	31.10	12.80	0.41
Fransa	26.2	26.2	34.32	19.55	0.57
Almanya	14.0	28.9	44.96	19.87	0.44
Yunanistan	38.6	24.8	45.83	7.35	0.16
Japonya	21.7	16.4	22.40	9.70	0.43
İtalya	32.0	42.7	53.00	26.00	0.49
Norveç	26.4	28.8	51.09	16.04	0.31
İsveç	16.3	22.0	35.00	14.00	0.40
İspanya	22.9	38.2	54.10	28.28	0.52
İsviçre	39.1	15.3	27.20	8.68	0.32
ABD	26.0	21.1	31.00	12.50	0.40
Türkiye	40.9	9.1	15.16	2.21	0.14

\* Ülke raporlarına bakılarak nüfusa göre en yüksek hekim oranı olan yer "en yüksek", en düşük orana sahip olan yer ise "en düşük" sütununa yazılmıştır.

**Kaynak:** 10.000 nüfusa düşen hekim sayılarından en yüksek ve en düşük oranları, ülkelerin istatistik raporlarından alınmıştır. 10.000 nüfusa düşen hekim sayısı ve kırsal nüfus oranı Dünya Bankası 1989 raporundan alınmıştır.

Gelişmekte olan ülkelere, kısıtlı hekim arzı, çarpıcı bölgesel dengesizliklere katkıda bulunacak şekilde ve orantısız bir biçimde şehirlerde toplanmıştır. Blumenthal, veri elde edilebilen en az gelişmiş 12 ülkeden 9'unda, bazı alanlarda, 100.000 kişiye 10 hekim gibi düşük rakamlar bulmuştur.

**Tablo 5** Gelişmekte olan ülkelere coğrafi dengesizlikler

ÜLKELER	Kırsal Nüfus %	10.000 kişiye düşen hekim sayısı			Düşük/Yüksek oranı %
		Toplam	Kentsel	Kırsal	
Afganistan	82.3	1.56	5.94	0.08	0.01
Benin	61.4	0.62	1.41	0.29	0.21
Burkina Faso	91.5	0.17	2.55	0.08	0.03
Burundi	93.5	0.47	5.36	0.29	0.05
CAR	55.5	0.43	0.67	0.09	0.13
Cibuti	20.8	2.40	2.73	0.52	0.19
Gine	76.1	0.17	4.89	0.10	0.02
Malavi	85.4	0.86	1.51	0.03	0.02
Mali	81.4	0.43	2.84	0.02	0.01
Myanmar	83.0	2.67	3.15	0.06	0.02
Nepal	95.6	0.33	6.57	0.06	0.01
Nijerya	82.1	0.26	1.58	0.04	0.02
Türkiye	40.9	9.1	14.8	1.0	0.06

**Kaynak:** 10.000 nüfusa düşen toplam hekim sayısı ve kırsal nüfus oranı, Dünya Bankası 1989. 10.000 nüfusa düşen hekim sayısının kentsel ve kırsal sayıları WHO Ülke Raporları, "Herkes İçin Sağlık"ta gelişmeleri takip etmek için ülkelere yöneltilen sorulara verilen yanıtlardır.

Dahası, 9 ülkede, kırsal kesimdeki en düşük hekim/nüfus oranı, en yüksek orana sahip kentsel alandakinin %5'i idi (ya da 20 kat daha azı) idi. Belirgin hekim dengesizliğinin örnekleri hemen her gelişmekte olan ülkede bulunabilir. Örneğin, 1981 yılında Peru'da Lima'da 100.000 kişiye 190 hekim düşerken, Apurimac kırsal bölgesinde 100.000 kişiye 3 hekim düşmekteydi (63 kat farklı).<sup>22</sup> Hekimlerin coğrafi dengesizlikleri, kısmen, o ülkedeki uzman ve genel pratisyen/aile hekimi dengesinin bir göstergesidir.

Tüm ülkeler için, "ideal" toplam hekim arzının, bir başka deyişle birinci basamak hekimi/uzman hekim dengesinin ve coğrafi dağılımın ne olması gerektiği konusunda görüş birliği yoktur. Mantıksal olarak, ekonomik açıdan daha gelişmiş ülkelerin gücü, nüfus başına daha fazla hekim istihdam etmeye yetebilir. Bununla birlikte, bu ülkelerde de, hekimlerin uzmanlık dengesi ve arzı, her vatandaşın, birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmasını sağlayacak şekilde dağıtılmalıdır. Elbette, Amerika Birleşik Devletleri gibi çoğu gelişmiş ülkede de durum böyle değildir. Örneğin ABD'e 1980'lerde hekim arzını 100.000 kişiye 200'den 250'ye çıkaracak şekilde, ek 150.000 hekim insangücü çalışma hayatına girdiği halde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğu (100.000 kişiye 30 hekimden daha az sayıda hekim düşen yerler ya da 3500 kişiye 1 hekim düşen yerler olarak tanımlanan) coğrafi alanların sayısı gerçekte azalmamış aksine artmıştır.<sup>23</sup>

Gelişmekte olan ülkeler arasında, hekim/nüfus oranının 100.000 kişiye 5'den az oluşu ve hekimlerin coğrafi dağılımındaki belirgin dengesizlikler (en düşüğün en yükseğe oranının 1'e 20 olduğu yerler) idealden uzak olarak düşünülebilir. Bununla birlikte, veriler, gelişmekte olan birçok ülkede kırsal alanlarda da nüfusa düşen hekim sayısının az olduğunu, kentsel ve kırsal hekim arzları arasında belirgin dengesizlikler olduğunu göstermektedir.

**Bulgular:** Birçok ülkede, hekim sayısı, uzmanlık dengesi ve dağılımı sağlık sisteminin ihtiyaçlarına dayandırılmamaktadır. Kamu fonları çok fazla sayıda hastaneye bağlı uzman yetiştirmekte ve sonuç olarak, sağlık hizmetlerinden yararlanmayı arttıran ve maliyetleri kontrol eden çabaları sınırlanmaktadır. Genel pratisyen/aile hekimi ve uzman dengesine ve coğrafi dağılım hedefine bakmaksızın, hekim arzını arttırmak için kullanılan kamu fonları sağlık düzeyinde iyileşmeyi sağlamamaktadır.

Hekim eğitimi gibi toplumsal bir yatırım, alınan sonuçlara göre yeniden değerlendirilmelidir. İlgi çekici bir bulgu olarak, hekim/nüfus oranı ve sağlık düzeyi arasındaki ilişkinin güçlü olmadığı söylenebilir. Örneğin, gelişmiş ülkeler, gelir, eğitim ve iş düzeyleri gibi diğer anahtar değişkenler açısından eşleştirildiklerinde, daha yüksek hekim/nüfus oranlarının, bebek ölüm hızı ve bek-

lenen yaşam süresi gibi toplum sağlığı göstergelerinde herhangi bir olumlu etki sağlamadığı herhangi bir olumlu etki anlaşılmaktadır.<sup>24</sup> Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasındaki sağlık düzeyi farklılıkları, toplam hekim arzından ziyade, gelir, eğitim, iş sahibi olma ve birinci basamak sağlık hizmetlerine bağlıdır.

İyi yetişmiş genel pratisyen/aile hekimi insangücünü de kapsayan gelişmiş birinci basamak sağlık sisteminin verimliliği Starfield'in çalışmasında ele alınmaktadır.<sup>25</sup> Starfield'e göre, birinci basamağa yönelimli ve toplumun sağlık sisteminden memnuniyetinin yüksek düzeylerde olduğu gelişmiş ülkelerde, sağlık sonuçları daha iyidir. Shi çalışmasında<sup>26</sup> Amerika Birleşik Devletleri'nde, birinci basamakta çalışan hekimlerin varlığı ve sağlık ölçütleri arasında korelasyonlar bulunmuştur. Shi'nin verileri, yüksek birinci basamak hekimi/nüfus oranlarının, daha düşük bebek ölüm hızlarına, daha düşük neonatal ölümlere ve daha yüksek beklenen yaşam süresine eşlik ettiğini göstermiştir. Daha yüksek uzman hekim/nüfus oranları, daha yüksek kanser ölüm hızları ve daha düşük bebek yaşam süresi ile korelasyon göstermektedir. Genel pratisyen olarak görev yapan ve birinci basamak sağlık hizmetlerini sunmaya çalışan uzman hekimlerin (aile hekimliği uzmanları hariç), sağlık sonuçlarında hiç bir olumlu değişikliğe yol açmadıkları ve bu hekimlerin uygulamalarının daha yüksek maliyetli, tanı için tetkik isteme, hastaneye yatırma, sevk etme ve reçete yazma oranlarının daha yüksek olduğunu gösteren bulgular vardır.<sup>27-29</sup>

Ülkeler, tıp fakültelerinde eğitilen hekimlerin toplumun ihtiyaç duyduğu hekimler olduğu konusunda kesin bir karara varmadan önce, hekim eğitimine yatırım yapma konusunda dikkatli olmalıdırlar. Kamu fonlarını hekim eğitimine harcayan hükümetler, önceliği, topluma temel birinci basamak sağlık hizmeti sunan genel pratisyen/aile hekimlerinin arzını yeterli kılmaya vermelidirler. Birinci basamak sağlık hizmetlerine öncelik veren bir sağlık sisteminde hizmet sunacak hekimlerin yanı sıra diğer sağlık meslek gruplarından da yeterli sayıda eleman yetiştirilmesi sağlanmalıdır.

Temel olarak, yüksek kaliteli birinci basamak sağlık hizmetleri, toplumdaki sağlık ekiplerinin asli üyesi olarak iyi eğitilmiş aile hekimlerinin varlığına bağlıdır. Hekim eğitimine yatırım yapan hükümetler, aile hekimliği eğitiminin kalitesini iyileştirecek ve sayılarını arttıracak politikaları benimsemelidirler.

Sağlık insangücününün nasıl şekillendirileceği konusunda çok fazla seçenek vardır. Bu seçenekler kesin olarak belirlenmedikçe ve toplumun sağlık hizmeti ihtiyaçlarına dayandırılmadıkça kaynaklar yanlış kullanılacak ve ihtiyaçlar karşılanamayacaktır. Hiçbir sağlık meslek grubu, diğerlerinden ayrılmamalıdır. Örnekler, ihtiyaçlar ve kaynaklar, eğitimin planlanmasında göz önünde bulundurulmalıdır. Elbette örnekler, birinci basamak sağlık hizmetlerinin, tüm topluma sunulması hedefine yönelik olmalıdır.

## Öneriler

Tüm vatandaşlarının yeterli eğitimi almış ve coğrafi açıdan dengeli bir şekilde dağılmış sağlık insangücü tarafından sunulan, yarar/maliyet oranı yüksek birinci basamak sağlık hizmetlerini almalarını ve kişilerin ihtiyaçlarına cevap vermeyi amaçlayan ülkeler aşağıda sayılan değişiklikleri yapmalıdırlar.<sup>1</sup>

**Öneri 1: Sağlık hizmetinin statik değil dinamik olduğunu ve değişmesi gerektiğini kabul edin.**

Sağlık hizmeti sunumu sistemlerinin, daha âdil, yarar/maliyet oranı yüksek ve kişilerin ihtiyaçları ile uyumlu olmasını sağlamak için, köklü değişiklikler yapılmalıdır. Kaliteli temel kişisel sağlık hizmeti sunulmasında, bireysel ve toplumsal sağlık hizmetlerinin entegre edilmesinde, aile hekiminin önemli bir rolü olmalıdır.

**Öneri 2: Para politikalarını belirlenmiş ihtiyaçlarla bağdaştırın.**

Hem bireyler olarak, hem de toplumun üyeleri olarak kişilerin sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi için araçlar geliştirilmeli ve kullanılmalıdır. Sağlık hizmeti fonları, ihtiyaçlarla bağdaştırılmalıdır. Tanımlanmış ihtiyaçlar, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine ve halk sağlığı hizmetlerine harcanan kaynakların oranını belirlemede etkili olmalıdır.

**Öneri 3: Etkili halk sağlığı ve birinci basamak sağlık hizmetlerini ödüllendirin.**

Kaliteli halk sağlığı hizmetleri ve birinci basamak sağlık hizmetleri, ulusal politika gereği herkes için ulaşılabilir olmalıdır. Sağlık düzeyini yükselttiği gösterilen yarar/maliyet oranı yüksek birinci basamak sağlık hizmetleri sunan hizmetleri sunan sistemlere ve hizmet sunucularına mali teşvikler sağlanmalıdır. Birinci basamaktaki altyapı standartları, hastanedekilerle eşit olmalıdır.

**Öneri 4: İnsangücü reformu yapın.**

Normalde, doktorların çoğu aile hekimi olmalıdır. Bu hedefe mümkün olduğu kadar çabuk ulaşmak için ulusal politikalar benimsenmelidir.

**Öneri 5: Aile hekimlerinin statülerini ve görevlerini tanımlayın.**

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin statüsü güçlendirilmeli ve bunun içinde yer alan özel eğitim almış aile hekiminin rolü tanımlanmalıdır. Sağlık sistemi içinde, genel pratisyenler/aile hekimleri ile uzmanlar arasında dengeli bir dağılım olmalıdır.

**Öneri 6: Hastane uzmanı hizmetlerini daha uygun şekilde kullanın.**

Hastane uzmanı hizmetleri kullanılırken kalite ve maliyet gözönüne alınmalı, birinci basamak hizmet sunucuları ile temas sürdürülmelidir. Sevk sistemleri; mesleklerle



rarası işbirliği, sözleşmeler ve mali teşvikler yolu ile yerleştirilmeli ve devamı sağlanmalıdır.

**Öneri 7: Entegre hizmet sunumu için yeni modeller deneyin.**

Birinci basamak tedavi hizmetlerini kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri ile entegre eden farklı sağlık hizmeti modelleri, saha deneme projeleri şeklinde yürütülmelidir. Denenen modeller, kaliteyi uygulayan, kişisel, kapsamlı, koordine edilmiş bireylerin ve toplumların sağlık ihtiyaçlarını dikkate alan, diğer meslek grupları tarafından sunulan hizmet ile entegre uygulama örneklerini desteklemelidir.

**Öneri 8: Uygun uygulama standartlarını belirlemek için, hem topluma dayalı hem de uygulamaya dayalı ihtiyaç analizlerini kullanın.**

Tıp uygulamaları kişilerin ihtiyaçlarını yanıtlamayı amaçlamalıdır. Uygun uygulama standartlarını sağlamak için, ulusal ve toplumsal veriler, bireylerin ve ailelerin pratiğe dayalı ihtiyaçlarının analizi ile dengelenmelidir.

**Öneri 9: Daha kaliteli yarar/maliyet oranı yüksek sağlık hizmeti sunmak için iyi eğitilmiş aile hekimlerini kullanın.**

Temel bireysel hizmetleri, tüm nüfus için ulaşılabilir hale getirmek amacıyla, her bireyin bir birinci basamak hizmet sunucusu olmalıdır. Özel olarak eğitilmiş bir aile hekimi, kişilerin sağlık sorunlarının çoğuna, uygun şekilde cevap verebilir. Sadece bu görev için kalifiye olmaları nedeniyle değil, aynı zamanda uzmanlık hizmetlerinin gereksiz ve zamansız kullanımını kontrol etmede etkili yol olduğu için mümkün olan her fırsatta, aile hekimleri ilk başvuru doktorları olarak çalışmalıdırlar.

**Öneri 10: Tüm bireyleri, aile hekimlerini seçme konusunda teşvik edin.**

Her birey, birinci basamak sağlık hizmeti sunucusunu ismini bilmelidir; her birey birinci basamak hizmet sunucusu tarafından ismen tanınmalıdır. Aile hekimi birey olarak tanınmalı, kişisel ve mesleki bir sorumluluk verilerek geliştirilmeli, mali teşvikler ve sözleşme yolu ile zorlanmalıdır.

## Kaynaklar

1. **Rivo ML, Heck JE.** Making medical practice and education more relevant to people's needs: The contribution of the family doctor. Geneva, WHO, 1994.
2. **WHO.** The Declaration of Alma-Ata. The International Conference on Primary Health Care, 1978.
3. **Öztek Z.** Temel Sağlık Hizmetleri. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, 1986.
4. **WHO.** Global strategy for health for all by the year 2000. Geneva, WHO, 1981.

Geliş tarihi: 15.05.1996

Kabul tarihi: 21.07.1996

İletişim adresi: Doç. Dr. Nafiz Bozdemir

Çukurova Üniversitesi, Aile Hekimliği ABD Başkanlığı 01330 Balcalı - ADANA  
Tel: (0322) 338 68 55 Faks: (0322) 338 65 72

5. **WHO.** From Alma-Ata to the year 2000: Reflections at the Midpoint, Geneva, 1988.
6. **World Bank.** 1993 World Development Report: Investing in Health. New York, Oxford University Press, 1993.
7. **Grant JP.** Dünya Çocuklarının Durumu 1995. Ankara, UNICEF Türkiye Temsilciliği, 1995.
8. **Devlet Planlama Teşkilatı.** Türkiye Sosyal Göstergeleri. DPT:2233-SPB:419, Ankara, 1990.
9. **Jamison DT.** Disease control priorities in developing countries: An overview. Disease Control Priorities in Developing Countries'de. Ed. Jamison DT, Mosley WH, Measham AR, Bobadilla JL. Oxford, Oxford Medical Publications, 1993; 4.
10. **WHO.** Implementation of the Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Cilt 1. Global Review. Geneva, 1993.
11. **Bankowski Z, Mejia A.** Health Manpower out of Balance: Conflicts and Prospects. Geneva, Council for International Organizations of Medical Sciences, 1987.
12. **WHO.** Global Health Situation and Projections. Geneva, 1992.
13. **The Royal College of General Practitioners.** The health of people. The Nature of General Medical Practice'de. Report from general practice 27. London, 1996; 1-4, 11.
14. **World Bank.** Investing in public health and essential clinical services. 1993 World development report: Investing in health'de. New York, Oxford University Press, 1993; 8-10, 72-106 ve 108-132.
15. **Soyer A.** Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Personelinin Temel Sorunları. Ankara, TTB, 1993.
16. **Brearely S.** Medicine in Europe: Medical manpower. *Br Med J* 1991; 303: 1534-1536.
17. **Mejia A.** Nature of challenge of health manpower imbalance. Health Manpower out of Balance: Conflict and Prospects'de. Ed. Bankowski Z, Mejia A. Geneva, Council for International Organizations of Medical Sciences, 1987.
18. **World Federation for Medical Education.** World Conference on Medical Education. Edinburgh, August 7-12, 1988.
19. **WHO.** Trends in human resources for health. Implementation of the Global Strategy for Health for All by the Year 2000'de. Cilt 1. Global Review. Geneva, WHO, 1993; 93-94.
20. **World Bank.** Addressing imbalances in human resources. 1993 World Development Report: Investing in Health'de. New York, Oxford University Press, 1993; 139-143.
21. **McWhinney IR.** A Textbook of Family Medicine. New York, Oxford University Press, 1989; 28.
22. **Blumenthal DS.** Geographic imbalances of physician supply: an international comparison. *Journal of Rural Health* 1994; 10(2): 109-118.
23. **Health Resources and Services Administration.** Rural health professions facts: supply and distribution of health professionals in Rural America. Rockville, Maryland: US Department of Health and Human Services, 1992.
24. **Rivo M, Satcher D.** Improving access to health care through physician workforce reform: directions for the 21st century. *JAMA* 1993; 270 (9): 1074-8.
25. **Starfield B.** Primary Care: Concepts, Evaluation and Policy. New York. Oxford University Press. 1992.
26. **Shi L.** The relationship between primary care and life chances. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 1992; 3(2): 321-33.
27. **Tarlof AR, Ware JE, Greenfield S ve ark.** Medical outcomes study: application of methods for monitoring the results of medical care. *JAMA* 1989; 262: 925-30.
28. **Stewart AL, Greenfield S, Hayes RD.** Functional status and wellbeing of patients with chronic conditions: Results from the medical outcomes study. *JAMA* 1989; 262: 907-13.
29. **Greenfield S, Nelson EC, Zubkoff M ve ark.** Variations in resources utilization among medical specialities and systems of care: results from the medical outcomes study. *JAMA* 1992; 267: 1624-30.