

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri İçin Bir Öneri: MODÜLER SAĞLIK OCAĞI

A Proposal for Primary Level Health Care:
MODULAR HEALTH CENTRE

Caner Fidaner¹

Özet

Türkiyede, başta sağlık ocakları olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetlerini yürüten çeşitli kuruluşlar vardır. Ancak bu kuruluşlar için iyi tanımlanmış sağlık hizmeti standartları yoktur.

Sağlık ocakları, iyi tanımlanmış fakat esnek olmayan yapıları ile toplumun ihtiyacını karşılayamamaktadır.

Önerilen “Modüler sağlık ocağı”, birinci basamak sağlık hizmetlerinde yöreden yöreye ve zaman içinde değişen gereksinimleri karşılayabilmektedir.

İlçe düzeyinde sağlık yönetiminden sorumlu makam olarak oluşturulması gereken İlçe Sağlık Müdürlüklerine bağlı olarak kurulacak modüler sağlık ocaklarında, üç modül zorunlu olacak (yönetim, halk sağlığı ve aile hekimliği), diğer modüller ise (örneğin işyeri hekimliği, okul sağlığı, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması, acil hekimlik, kronik hastalıklar... modülleri) gereken ocaklara eklenecektir.

Anahtar sözcükler: Birinci basamak sağlık hizmeti, sağlık ocağı, halk sağlığı, aile hekimliği

Summary

In Turkey, there are different institutions dealing with primary level health care; health centers are in the first row among them. But all these institutions lack well defined health care standards.

Health centers can not fulfill the needs of the community because of their well defined but rigid configuration.

“Modular health Centers” with more flexible configuration are recommended to fulfill the needs varying from region to region or in time. Modular health centers founded under the district health administrations should be responsible for their own district. To have the three basic modules should be a must for all modular health centers (administrative, public health and family medicine modules); other modules (such as modules for occupational health, school health, mother and child care and family planning, emergency care, chronic diseases...) can be added to centers which require them.

Key words: Primary level health care, health services, public health, family medicine

A. Sağlık Hizmetinin Basamakları

Bir ülkenin sağlık hizmetlerini bir bütün olarak değerlendirilebilmek için uygulanacak yöntemlerden birisi, o ülkenin sağlık örgütlenmesini tanımaktır. Farklı ülkelerin sistemlerini karşılaştırabilmek için de sağlık kurumlarını işlevlerine göre sınıflandırmak gerekir.

Sağlık hizmeti sunan kurumlar çeşitli biçimlerde sınıflandırılabilir, bu sınıflandırmanın en kolay yolu sağlık kurumlarını “ayaktan hizmet verenler” ve “yataklı kurumlar” biçiminde ikiye ayırmaktır. Kurumların hasta ya da sağlam kişilerle olan ilişkilerini biraz daha ayrıntılı tanımlayabilmek için ise kurumları farklı basamaklara yerleştirmek gerekir. Bu sistematığe göre sağlık kurumları birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü basamak sağlık kuru-

luşları olarak gruplandırılır. Bu dört grup kurumun özellikleri kısaca şöyle sıralanabilir:

1. Birinci basamak sağlık kuruluşları: Hastanın (ya da sağlam kişinin) sağlık hizmetinden yararlanmak için ilk olarak başvurduğu ve en az bir hekimin görev yaptığı kurumlar bu gruba girer. Dünya deneyimi, iyi kurulmuş olmaları halinde sağlık hizmeti için yapılan başvuruların çok büyük çoğunluğunun bu kuruluşlarda sonuçlanabileceğini göstermektedir. Çeşitli ülkelerde, sağlık sistemine ve tarihsel geçmişe göre farklı tipte birinci basamak kuruluşlar ortaya çıkmıştır. Örneğin, İngiltere’nin “genel pratisyen”leri (=“general practitioner”, GP) bu hizmeti muayenehanelerinde yürütürler. Amerika Birleşik Devletleri’nde aile hekimi muayenehanesinden “bir-

¹⁾ İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Uzmanı, Doç. Dr.

likte çalışma grupları”na (=“group practice”) ya da sağlığı sürdürme kuruluşları”na (HMO, “health maintenance organizations”) kadar çeşitli örnekler vardır. Türkiye’nin bu konuda geliştirdiği özgün örnek, “sağlık ocakları” olmuştur.

2. İkinci basamak sağlık kuruluşları: Başvuran hastalara kesin tanı konması için ileri tetkiklerin yapılabilirdiği ve gerektiğinde hastaların yatırılarak tedavi edildiği yataklı kuruluşlardır. Hastanelerin pek çoğu bu gruba girer. Ülkemizde de eğitim hastanesi olanlar dışındaki devlet hastaneleri bu grupta düşünülmelidir.

3. Üçüncü basamak sağlık kuruluşları: Bir kısım tanı ve tedavi yöntemlerinin her hastanede bulunması verimli ve akılcı değildir, bu nedenle özellikle pahalı araç gereçler her hastanede bulunmaz. İşte, hem her hastanede bulunmayan donanımlara, hem de belirli alanlarda ve yan dallarda uzmanlaşmış hekimlere sahip olan az sayıda hastane, üçüncü basamak sağlık kuruluşu olarak tanımlanır ve diğer hastanelerin gönderdikleri hastalarla ilgilenirler. Sık kullanılan bir adla bu kuruluşlara “referans hastaneleri” denir. Türkiye’de tıp fakültelerinin hastaneleri ile Sağlık Bakanlığının ve Sosyal Sigortalar Kurumunun eğitim hastaneleri bu grupta düşünülmelidir.

4. Dördüncü basamak sağlık kuruluşları: Özellikle kardiyolojik cerrahi ya da onkoloji gibi pahalı yöntemlerin uygulanmasını gerektiren alanlardan birisinde uzmanlaşmış olup yalnızca kendi alanındaki hastalarla ilgilenen bazı kurumlar vardır. Yukarıdaki sıralamanın dışında da düşünülebilecek bu kurumları bazı yazarlar “dördüncü basamak” olarak kabul ederler. Örneğin Ankara Onkoloji Hastanesi bu grupta sayılmalıdır.

B. Türkiyede Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

1. Tarihçe

Türkiye Cumhuriyeti, Osmanlı döneminden devraldığı “memleket hekimliği” uygulamasını “hükümet tabipliği” adı altında yeniden düzenledi. Birinci basamak sağlık hizmetinin özellikle resmi yazışmalar yanını vurgulayan hükümet tabipliği, ülkemizde kırk-elli yıl görev yaptı.

Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi konusunda en önemli girişim sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi sürecidir. 27 Mayıs 1960 hükümet darbesinin ardından oluşan kendine özgü tarihsel ve toplumsal koşullar çerçevesinde, o dönemde sağlık bakanlığı müsteşarı olan Prof. Dr. Nusret Fişek tarafından kamunun eliyle halka hizmet götürme anlayışına dayalı yeni bir hizmet modeli geliştirilmişti. Bu modelin hukukeni temeli olarak 1961 yılının Ocak ayında Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun çıkarılmıştı. Bu yasa altmışlı yılların ikinci yarısı ile yetmişli yılların ilk yarısında ülkenin doğu bölgelerinde başarılı olarak uygulandıktan sonra (kamu hizmeti sunan diğer kurumlarla birlikte) duraklama dönemine girdi.

Seksenli yılların ikinci yarısında başlayan “yeni bir resmi model arayışı” döneminin sona erdiğini söylemek zor. Ancak merkezi hükümet bir çok başka konuda olduğu gibi bu konuda da gerek öznel, gerek nesnel gücünü yıldan yıla yitiriyor. Öznel gücünü yitiriyor, yani tek tek konuşulduğunda “üst düzey yöneticiler”in Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetleri sorununu çözmek gibi bir motivasyonları olmadığı gözleniyor. Nesnel olarak da merkezi hükümetin gücü azalıyor, onun yerine belediyelerden sivil örgütlenmelere, vakıflardan derneklere kadar pek çok kuruluş periferin çıkarlarını gözetecek şekilde güçleniyor. Bu tablo içinde, yeni model arayışlarının ne anlama geldiğini de yeniden düşünmek gerek.

2. Durum

Şöyle veya böyle, ülkemizde sağlık hizmetleri bir şekilde yürüyor. İnsanlar sağlıkla ilgili konularda hekimlere ve kurumlara başvurmayı sürdürüyorlar. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetinin hangi kuruluşlarda verildiğine baktığımızda şu tabloyu görüyoruz.

a) Kamu kesimi

(i) Sağlık Ocakları, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri, Verem Savaş Dispanserleri...

(ii) Milli Eğitim, TCDD, PTT gibi diğer resmi kuruluşların poliklinikleri,

(iii) Hemen hemen bütün hastanelerin poliklinikleri.

b) Özel kesim:

(i) Özel muayenehaneler,

(ii) Özel poliklinikler,

(iii) Özel hastanelerin poliklinikleri.

Kişilerin bu kuruluşlardan hangisine başvuracaklarını belirleyen pek çok faktör bulunuyor. Bu faktörlerden bir kısmı kişinin sosyal güvence durumu, çalıştığı yer, gelir düzeyi, evine en yakın kuruluşun hangisi olduğu... şeklinde sıralanabilir. Öyle ki, birinci basamak sağlık hizmeti için kişi ya da ailelerin sürekli olarak aynı kuruluştan yararlandıklarını söylemek bile zordur. Bir seferinde sağlık ocağından yararlanan kişi yeniden hastalandığında özel muayenehaneye ya da işyeri hekimine gidebilir.

3. Sorunlar ve Gereksinimler

Türkiye de birinci basamak sağlık hizmeti sunan çok çeşitli kuruluşlar vardır. Bu kuruluşların statüleri de aynı değildir. Çok sayıda ve farklı statüde kurumların varlığı kendi başına bir kargaşaya yol açmayabilirdi; eğer bu kuruluşların sundukları hizmetin belli bir kalitenin üstünde olması garanti edilebilseydi.

Ne yazık ki ülkemizde çeşitli kuruluşlarda verilen sağlık hizmetinin belli bir standardı yoktur, bu nedenle hizmetin kalitesi her kuruluşta farklı düzeyde olmaktadır. Hatta özellikle resmi kuruluşlarda sorumlu kişinin değişmesiyle hizmetin kalitesinde de (bazan olumlu yönde, bazan olumsuz yönde) değişiklik olması bir kural haline gelmiştir.

Yetmişli yılların sonlarından başlayarak özellikle büyük şehirlerde sayıları artan özel polikliniklerin denetlenmesi için merkezi hükümetin bir yasal metin geliştiremediği dikkat çekmektedir. Bu nedenle özel polikliniklerin resmi kuruluşlar tarafından denetlenmesi, yalnızca genel temizlik kontrolü ve belgelerin yerinde gözden geçirilmesi anlamına gelmektedir. Muayenehanelerde verilen hizmetin kalitesinin denetimi ise hiç gündeme gelmemiştir.

Özel kuruluşlar bir yana, Sağlık Bakanlığı kendi kuruluşlarında verilecek hizmetleri bile tanımlayabilmiş değildir. Örneğin, kuruluşları 1952'ye kadar giden Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerinde yürütülecek hizmetleri anlatan bir yönetmelik ya da yönerge hala mevcut değildir. Bu ortam içinde, sağlık ocaklarının görev ve işlevlerini ayrıntılı biçimde tanımlayan "154 sayılı yönerge"nin varlığı daha büyük bir önem kazanmaktadır.

Sağlık ocağı sistemi, ülkemiz koşullarına en uygun öneri olduğu için halk sağlığı çevrelerinden geniş bir kabul görmüştür. Gerçekten de sağlık ocağının amacı, ekibi, işlevleri daha ortada hiç bir sağlık ocağı yokken tanımlanmış, ocakta çalışacak kişilerin görevleri, sorumlulukları önceden belirlenmiştir. Bu model, dar bir bölgede gereksinim duyulan bütün birinci basamak sağlık hizmetlerinin, başında bir hekim bulunan bir ekip tarafından yürütülmesi esasına dayanır. Sağlık ocağı kendi bölgedeki su kontrollerinden adli tıp hizmetlerine, aşılamalardan iş yerlerinin sağlık açısından denetlenmesine, okul sağlığından rahim içi araç uygulamaya kadar birbirinden çok farklı işlemleri yürütmekten sorumludur.

Bu sistemin ülkenin her yanında aynı etkinlikte uygulanamayışının çeşitli nedenleri vardır. Bunları öznel ve nesnel nedenler olarak iki grupta toplayabiliriz.

a) Öznel nedenler: Bunlar arasında, üst düzey yöneticilerin konuyu ciddiye almayı ya da yeni düzende çıkarı bozulacak kişilerin baskıları sayılabilir. Hekimlerdeki uzmanlaşma eğilimi de bunlara eklenebilir.

b) Nesnel nedenler: Zaman içinde toplumun değişen gereksinimlerine ya da bölgeden bölgeye farklı olabilen telaplere önceden tanımlanmış, standart yapısı ile sağlık ocağının cevap veremeyişi, bu modelin yaygınlaşmasını önleyen en önemli nedenlerden birisidir.

1960'lı yıllardan bu yana sağlık ocakları, büyük şehir merkezlerinden en uzak yörelere kadar ülkenin bir çok köşesinde değeri ölçülemez hizmetler yürütmüştür. Ancak artık bu modeli geliştirmenin, hatta aşmanın zamanı gelmiştir. Çünkü bugün yetkiyi eline geçiren bir kişinin elinde olanakları da olsa ve her 7-10 bin kişi için bir sağlık ocağı açsa, gerçekten en iyi işi yapmış olacak mıdır? Hayır. Çünkü Türkiye artık 1960'ların Türkiye'si değil, nüfusun yüzde sekseni köylerde oturmuyor (yüzde elliden çoğu şehirlerde yaşıyor, bir de özel sorunları olan gecekondu mahalleleri oluştu), köylerin çoğunun yolu

sık sık kapanıyor değil (karayolları arttı, ulaşım geliştii), nüfusun yüzde sekseni okuma yazma bilmiyor değil (tersine, yüzde seksenden fazlası biliyor, kadınlar eğitim ve iş hayatının içinde), haberleşme ciddi bir sorun sayılmaz (ülkeden ve dünyadan anında haber alınabiliyor), vb., vb. Bütün bunlara artık halkın ne istediğini bilmeyen, eğitimsiz bir kitle olmadığını, kendisine "yukarıdan" verilene yetinmediğini ve her hizmetin kalitesini talep ettiğini de eklemek gerekiyor.

Bu durumda yeni bir sistemin şu özellikleri taşıması gerektiği ortaya çıkıyor:

1. Kuruluşun yapısı bölgeden bölgeye var olan ve zaman içinde gözlenen değişikliklere cevap verebilecek esneklikte olmalıdır.
2. Hizmetin kalitesi her alanda ve sürekli olarak denetlenmelidir.
3. Yerel gereksinimlere göre değişikliklerin yapılabilmesi için, idari yetki perifere aktarılmalıdır.
4. Kamu kesiminin mevcut birinci basamak hizmet kurumları, bu model içine alınabilmelidir.

C. Öneri: Modüler Yapıda Yeni Bir Sağlık Ocağı

1. Modül Kavramı

Önerilen modüler sağlık ocağında bütün hizmetler tek elde toplanmış değildir. Her modül kendi sorumluluk alanına düşen hizmetleri, diğer modüllerle eşgüdümlü olarak yürütür, yönetim modülünün sorumlusu hizmetten bir bütün olarak sorumludur ve bütün modüllerin birbirleriyle olan uyumunu denetler.

Klasik sağlık ocağı ile modüler sağlık ocağı arasındaki en önemli fark, ikincisinde koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin tek elden verilmemesi, ayrı modüller tarafından yürütülmesidir. Bu düzenlemenin gerekçesi şudur: Artık birinci basamak klinik ve koruyucu hizmetler alanında yapılması gereken işlemler ve öğrenilmesi gereken bilgi birikimi o kadar artmıştır ki, bir hekimin bütün bu alanlardaki gereksinimleri karşılayabilmesi olanaksız hale gelmiştir. Örneğin yalnızca çevre mevzuatının izlenmesi bile başlı başına bir iştir. Öte yandan bir çok klinik prosedür birinci basamakta yapılabilir hale gelmiştir ve klinik alandaki yenilikler son hızla artmaktadır. Hastasında tifo-yu atlamayacak kadar iyi klinik bilgi ve beceriyi edinebilmiş bir hekimin çevre sağlığı konusunu da izlemesi olanaksızdır. Öte yandan bölgesindeki sigara epidemisi ile mücadele programını en iyi şekilde geliştirip uygulamayı öğrenmesi bir hekimin o kadar çok zamanını alacaktır ki, bu hekimden aynı zamanda kronik bronşit hastalarını en yeni yöntemlerle tedavi edip izlemesi beklenemez.

İşte bunlar ve benzeri gerçekçeler koruyucu hizmetler ile tedavi edici hizmetleri birinci basamakta ayırmayı zorunlu hale getirmiştir. Uzmanlaşmış bir birinci basamak sağlık hizmeti vermenin başka yolu yoktur.

Öte yandan gereksinimler bölgelere göre de değişmektedir. Bölgesinde maden ocağı bulunan köy tipi bir sağlık ocağı ile nüfusunun çoğu yüksek öğrenim görmüş kişilerden oluşan, kadınların çalıştığı, çocukların yuvaya gittiği merkezi bir mahallede kurulmuş şehir tipi bir sağlık ocağına aynı sorumlulukları vermek doğru olmaz. Buna karşılık birinci basamak sağlık hizmetlerinin evrensel öğeleri de vardır, hangi yer ve zamanda olursa olsun bu tip hizmetlerin kurumda yer alması gerekir.

Modüler sağlık ocağı, temel gereksinimleri atlama-dan, yöreden yöreye değişen gereksinimleri de karşılamak için düşünülmüştür. Zorunlu hizmet öğeleri her ocakta bulunması zorunlu olan modüllerle karşılanacak, ama gereken diğer modüller de ocağa eklenecektir.

Modüler sağlık ocağının sağlıklı biçimde kurulup işletilebilmesi için yetkinin desantralize edilmiş olması, yani bir çok kararların periferde alınması zorunludur. Buna karşılık merkezi yönetim, her bir modülün açılması için bazı asgari koşullar koyabilir, bir modülün hizmetinin sürmesi için de karşılaması gereken hizmet standartlarını belirleyebilir. Ancak bu kuralların çok genel ilkelere düzeyinde kalması gerekir. Örneğin, bir “işyeri hekimliği modülü” açılması için ocak bölgesinde faal fabrika sayısının en az beş, sürekli çalışan işçi sayısının elli olması gerektiği kuralı konabilir; ocak bölgesindeki fabrika sayısı onu, işçi sayısı yüzü geçince böyle bir modülün kurulması zorunlu tutulabilir. Düşünülen modelde işyeri hekimliği modülü doğrudan doğruya işyeri hekimliği hizmetlerini yürütmeyecek, ama bu hizmetlerin sağlıklı biçimde yürütülmesini denetleyecektir.

Modüllerin sorumlusu, o alanda uzmanlaşmış ya da özel eğitim görmüş bir hekim olacaktır. Örneğin işyeri hekimliği modülü sorumlusunun Türk Tabipleri Birliğinin verdiği İşyeri Hekimliği Sertifikasına sahip olması istenmelidir.

Her modülde en az bir hekim bulunacak ve asgari sayıları belirlenmiş farklı mesleklerden sağlıkçıların yer aldığı bir çalışma grubu görev yapacaktır.

Bir ocağa hangi modüllerin ekleneceğine karar vermeye yetkisi olan makamın il düzeyini aşmaması gerekir. Büyük şehirlerin bir çok merkez ilçesi bu kararı kendi başına alabilecek durumdadır. Bu nedenle, yeni modül ekleme kararının ilçelerde kurulacak olan “İlçe Sağlık Müdürlüğü”nün önerisi ve İl Sağlık Müdürlüğü’nün onayı ile verilmesi en uygun yöntem olacaktır. Bu prosedürde ilçe sağlık müdürü kaymakam adına, il sağlık müdürü de vali adına bu yetkiyi kullanmış olacaktır.

Yalnızca bu kararların alınması yönünden değil, yerel bağışların ve öteki mali kaynakların en uygun biçimde değerlendirilebilmesi için de desantralizasyon zorunlu görülmektedir. Ancak mali kaynakların ilçe içinde yeniden dağıtımı, yani olanağı çok alan ocakların olanağı az olan ocakları sübvansede edilmesine olanak verecek bir finans akışının sağlanması gerekir. Bunun için plan-

lamaların ilçe düzeyinde yapılması, ilçedeki sağlık ocağı yöneticilerinin sık sık toplanarak proje kararlarını birlikte alması, ilçenin sağlık hedeflerini birlikte oluşturmaları uygun olacaktır.

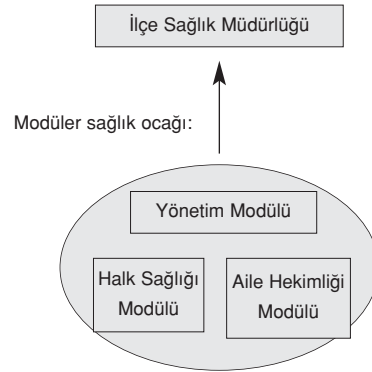
2. Zorunlu Modüller

Her ocakta bulunması zorunlu olacak üç modül düşünülmüştür (Şekil 1):

a) Yönetim modülü: Ocağı dışarıya karşı temsil eder, yazışmalardan ve projelendirmelerden sorumludur, diğer modüllerin eşgüdümünü izler ve bölgede gerekli idari denetimleri yapar.

b) Halk sağlığı modülü: Toplumun sağlık düzeyini uygun değişkenlerle izler, bölge için öncelikleri saptar. koruyucu sağlık hizmetlerini geliştirmeye yönelik projeler yapar ve yürütür, salgınlarla ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele eder, bölgeye özgü sorunlar için ocakta yeni modüller açılmasına önayak olur.

c) Aile hekimliği modülü: Klinik hizmetlerden sorumludur, bölgede oturanların sağlık durumunu hasta ve aile kartlarıyla izler, başvuran hastaları muayene edip iyileşmelerini takip eder, kronik hastalar için izleme programları düzenler.



Şekil 1

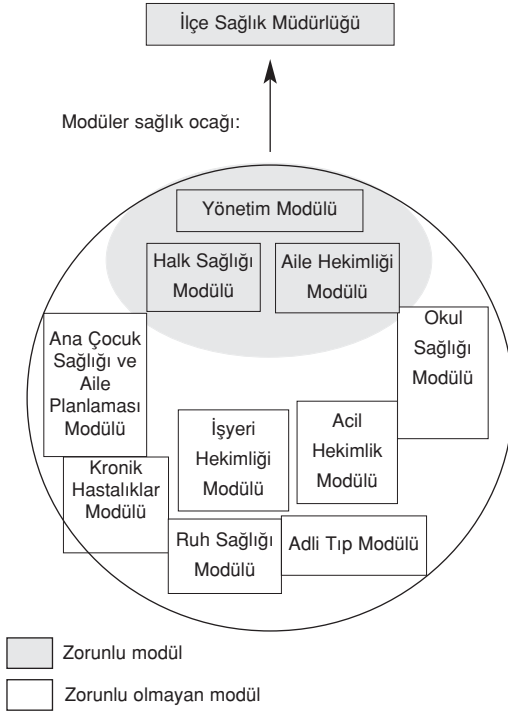
Modüler Sağlık Ocağı:

Her ocakta bulunması zorunlu modüller

Bu üç modülden yönetim ve halk sağlığı modüllerinin sorumlusu tek kişi, bir halk sağlığı uzmanı olabileceği gibi, yönetim modülü sorumlusu sağlık yönetimi konusunda özel eğitim görmüş bir hekim de olabilir. Halk sağlığı modülü bir halk sağlığı uzmanı tarafından, aile hekimliği modülü ise bir aile hekimliği uzmanı tarafından yönetilecektir.

3. Zorunlu Olmayan Modüller

Burada, bölgenin gereksinimlerine göre ocağa eklenebilecek modüllere yalnızca bir iki örnek verilecektir (Şekil 2). Kuşkusuz, bu öneri henüz bir taslak halindedir ve olgunlaşması için üzerinde uzun uzun çalışılması gerekmektedir.



Şekil 2

Modüler Sağlık Ocağı:

Her ocağa bulunması zorunlu olan ve olmayan modüller

Eklenebilecek diğer modüllerin isimleri şöyle sıralanabilir:

- İşyeri hekimliği modülü,
- Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması modülü,
- Acil hekimlik modülü,
- Kronik hastalıklar modülü,
- Ruh sağlığı modülü,
- Okul sağlığı modülü,
- Spor hekimliği modülü,
- Turizm sağlığı modülü,
- Adli tıp modülü

Burada önerilen modüllerin birinci derecedeki sorumluluğu, kendi alanlarında hizmeti yürütmek değil, öncelikle bölgedeki durumu saptamak, o alanda hizmet yürüten kişi ve kuruluşlar arasında eşgüdümü sağlamak, ilgili kuruluşlara yardımcı olmak, gerektiğinde denetim yapmak, kişi ve kuruluşlara sorumluluklarını anımsatmak olacaktır. Ancak bölgesinde kendi alanındaki hizmeti yürütecek kurum yoksa, o zaman modül hizmeti bizzat yürütecektir.

Bir örnek olarak ruh sağlığı modülünü ele alalım. Böyle bir modül kurulduğunda ilk yapılacak şey bölgede ruh sağlığı hizmetlerinin nasıl yürüdüğünü belirlemek, eksikleri ve düzeltilmesi gereken noktaları saptamak ola-

caktır. Daha sonra bölgede ruh sağlığı hizmetini yürüten kişi ve kuruluşlar arasında eşgüdüm sağlamak için toplantı, seminer, “work-shop”lar yapılacak ve durumun daha iyiye gitmesi için neler yapılması gerektiği, nesnel ölçütler kullanılarak yazıya geçirilecek, projelendirilecektir. Proje süresi sonunda (örneğin iki yılın bitiminde) modülün başarılı olup olmadığı değerlendirilerek devamına ya da kaldırılmasına karar verilecektir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde idari dağılıma yol açan, Sağlık Bakanlığının sağlık ocağı dışındaki birinci basamak kurumları bu yapı içinde modüler sağlık ocağının bir ünitesi haline gelebilirler. Örneğin, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, büyük modüller sağlık ocaklarının bir modülü olarak görev yapabilirler. Böylece hizmetleri hem ocaklarla eşgüdümlü olur, hem de ilçe düzeyindeki önceliklerle uyumlu hale gelir. Böyle bir birliktelik için mekanların değişmesi de gerekmez, idari değişiklik yeterli olacaktır.

4. Sağlık Ocağının Görevlerinin Devri

Halen yürürlükte olan sistemde sağlık ocağının yürüttüğü hizmetleri, modüler sağlık ocağının her ocağa zorunlu olarak kurulacak olan üç modülü yürütecektir.

Bir sağlık ocağında yürütülmesi gereken hizmetler ayrıntılı biçimde “154 sayılı yönerge” olarak bilinen “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesine Dair Yönerge” adlı metinde yer almaktadır. Bu yönergede hem sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri modelinin öngördüğü çeşitli kurumların, hem de bu kurumlarda görev yapan personelin görevleri maddeler halinde ve uzun listeler olarak tanımlanmaktadır.

Bu yönergede sağlık ocağının görevleri 46 madde olarak sıralanmıştır. Bu maddelerin bir kısmı geçen zaman içinde anlamlarını yitirmiştir. Örneğin yasal düzenlemelerdeki değişiklikler nedeniyle çevre sağlığı hizmetleri alanında sağlık ocaklarının görev ve sorumlulukları bugün çok değişmiş durumdadır. Buna karşılık, sosyal güvence sistemleri 1970’li yıllardakinden çok farklı olduğundan bu konuda sağlık ocağının fonksiyonları yeniden tanımlanmalıdır. Yönergede yer alan “nüfus planlaması” terimi (ve kavramı) yerini “aile planlaması” terimine (ve kavramına) bırakmıştır. Ayrıca iki binli yıllarda merkezi yönetim ile ilişkisinin çok daha azalması beklenen yerel yönetimler ile sağlık ocağının ilişkileri de yeniden düşünülmelidir. Metropollerde ve gecekondu bölgelerinde verilecek hizmet ile köylerde, kasabalarda yürütülecek görevlerin de ayrı ayrı tanımlanması uygun olacaktır.

Her ne kadar varolan yönergedeki görevler modüler sağlık ocağının işlevlerini tam olarak belirlemediyse de, bu görevlerin yeni modelde hangi birim tarafından yürütüleceğini belirtmek yararlı olacaktır. 154 sayılı yönergenin sağlık ocaklarına verdiği her görevin modüler sağlık ocağının hangi birimine devredilmesi gerektiği

Tablo 1’de sunulmuştur. Yönergede tek başlık olarak belirtilen kimi görevler ile modüler sağlık ocağında iki birimin ilgilenmesi gerekecektir. Ancak bu iki birim görevin farklı yönleri üzerinde uzmanlaşacaktır. Örneğin “ana çocuk sağlığı hizmetleri” ile modüler sağlık ocağının hem halk sağlığı modülü, hem de aile hekimliği modülü ilgilenecektir. Bu hizmet başlığının topluma yönelik, proje çalışması gerektiren ve koruyucu hizmet kapsamına giren bölümü halk sağlığı modülünün görev alanında olacaktır. Yani bölgenin ana çocuk sağlığı ile ilgili sağlık değişkenlerini izlemek, aşı tablosuna ve riskli bireylerin izlenme sıklığına karar vermek, hedefler koymak, hizmeti bir bütün olarak değerlendirmek bu modülün işi olacaktır. Öte yandan risk altında olan ve olmayan kadın, bebek ve çocukların muayeneleri, hastalık tanılarının konması, tedavilerin izlenmesi, bu alandaki bilimsel yeniliklerin öğrenilip uygulanması aile hekimliği modülünün görevleri olacaktır. Kuşkusuz ocaktaki öteki modüller gibi bu iki modülün de her zaman yan yana ve işbirliği yaparak çalışacakları öngörülmektedir. Örneğin aile hekimliği modülü, saptanan önemli hastalıklardan ya da beklenmedik durumlardan halk sağlığı modülünü haberdar edecektir. Halk sağlığı modülü de çevrede varolan salgınları, hastaların yaşadıkları sosyoekonomik çevreyi öğrenip aile hekimliği modülüne aktaracaktır.

Düşünülen böyle bir “görev devir teslimi”nin yeni modelin görev tanımlaması için yalnızca bir başlangıç olduğu hiç bir zaman unutulmamalıdır.

5. Sonuç

Tıpta hizmetlerin gelişmesi birinci basamak kuruluşlarını da etkilemiştir. Bu nedenle artık sağlık ocaklarında da hizmetin uzmanlaşmış hekimlerle yürütülmesi gerekli olmuştur. Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanmaya gereksinim vardır. Sağlık ocakları sistemi, mevcut yapısıyla, değişen gereksinimleri karşılayamaz hale gelmiştir.

Sağlık hizmetlerinin asgari standartlarını karşılayacak modüllerden oluşan “*modüler sağlık ocağı*” yeni bir yapı olarak varolan farklı gereksinimleri karşılayabilir; aynı zamanda yıllar içinde artacak olan taleplere göre yapısını değiştirebilir. Bu yazıda önerilen yapı henüz taslak halindedir. Nusret Fişeklerin artık yetişmediği bir dünyada yaşadığımız için, yeni bir model ancak çok sayıda kişinin zihinsel katkısı ile ortaya çıkacaktır. Bu nedenle bu satırların yazarı, önyargısız eleştiri ve katkıları duymaktan memnun kalacağını bir kez daha vurgulamak istemektedir.

Tablo 1
154 Sayılı yönerge ile sağlık ocağına verilen görevleri modüler sağlık ocağında yürütecek olan birimler

Görev Başlığı	Yönetim Modülü	Halk Sağ.Modülü	Aile Hekimliği Modülü
a. Ana çocuk sağlığı hizmetleri		HS	AH
b. Sıtma eradikasyon hizmetleri		HS	AH
c. Verem savaş hizmetleri		HS	AH
ç. Frengi - lepra savaş hizmetleri		HS	AH
d. Trahom savaş hizmetleri		HS	AH
e. Nüfus planlaması hizmetleri		HS	AH
f. Çevre sağlığı hizmetleri		HS	
g. Sağlık eğitimi hizmetleri		HS	AH
ğ. Sistematik aşı uygulama hizmetleri		HS	AH
h. Öteki bulaşıcı hastalıklarla savaş		HS	AH
ı. Hasta bakım hizmetleri			AH
i. İlk ve acil yardım hizmetleri			AH
j. İstatistik hizmetleri	Y		
k. Okul sağlığı hizmetleri		HS	
l. Laboratuvar hizmetleri		HS	AH
m. Preparat, serum ve öteki materyalin gönderilmesi hizmetleri	Y		
n. Parasız ilaçların tamamlanma ve dağıtılması hizmetleri	Y		
o. Ücretle satılacak ilaç işleri	Y		
ö. Hizmetiçi eğitim işleri	Y	HS	AH
p. Sağlık evi saptama işleri	Y		
r. Yazı işleri	Y		
s. Araç-gerecin saklanması ve iyi kullanılması işleri	Y		
ş. Ayniyat işleri	Y		
t. Sosyal yardım işleri	Y		
u. Toplum kalkınmasına yardım işleri	Y		
ü. Gezi işleri	Y		
v. Sağlık ocağında yapılması zorunlu öteki işler			
v1. Bulaşıcı hastalıkların denetlenmesi		HS	AH
v2. Kuduzla mücadele		HS	AH
v3. Sınırlarda sağlık işleri	Y		
v4. Cezaevi sağlığı		HS	
v5. Su kontrolü		HS	
v6. Kaplıcalar, içmeler vb. Kontrolü		HS	
v7. Mezarlıklarda sağlık		HS	
v8. Konutlar-gayri sıhhi müesseseler		HS	
v9. Gıda maddeleri denetlemeleri		HS	
v10. Sütlerin kontrolü		HS	
v5. Sağlık zabıta yönetmeliği kontrolü		HS	
v5. Doğal afetlerde sağlık hizmetleri		HS	
v5. Turistik yerlerin denetlenmesi		HS	
v5. Muayenehanelerin denetlenmesi		HS	
v5. Laboratuvarların denetlenmesi		HS	
v5. Evlenme muayenesi			AH
v5. Taşıtların denetlenmesi		HS	
v5. Çocuk ve gençlerin sağlığı		HS	
v5. İş sağlığı kontrolü		HS	
v5. Rapor düzenlenmesi	Y	HS	AH

Geliş tarihi: 03.02.1997

Kabul tarihi: 14.03.1997

İletişim adresi:

Doç. Dr. Caner Fidaner
Özlem Sok. No: 7 Yeşil Vadi Evleri
Güzelbahçe 35310 İZMİR
Tel/faks: (0232) 238 23 93
E-posta: hfidaner@kordon.deu.edu.tr