

# TÜRKİYE'DE İLK BASAMAĞA SAĞLIK HİZMETLERİNDE TEKNOLOJİ

## Kısa Bir Tarihçe



Caner FİDANER(\*)

(VDoç. Dr., Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Koordinatör Yrd.

**T**EKNOLOJİNİN önlenemez yükselişi, yaşamın her alanında olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de etkisini yıldan yıla artırıyor. Yetmişli yıllarda özellikle hastane hizmetlerinde kullanılan yeni tanı araçları ile tıpta tartışmaya giren teknoloji, seksenlerin ikinci yarısında artan bir hızla sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez bir parçası olmaya başladı.

Halk sağlığı alanında karar verici kişiler arasında teknolojiye karşı iki farklı yaklaşım olduğu gözleniyor. Bir görüş her türlü teknolojiye karşı ısrarla direnirken, bir başka görüş de teknolojiden olabildiğince yararlanmak gerektiğini savunuyor. Öte yandan kendisine yönelik her türlü eleştiriye karşı teknolojinin genişlemesini, yayılmasını sürdürdüğünü, karar vericileri ayakta tutarak doğruya halka, sağlık hizmetini kullananlara kendisini kabul ettirdiği; adeta toplumda kendi yeiiii kendisinin açtığı da bir gerçek.

### SAĞLIK-TEKNOLOJİ İLİŞKİSİ

Sağlık ile teknolojinin ilişkisi, her alanda kendine özgü biçimde oluşuyor. Sağlık hizmetleri "tanı", "tedavi" ve "rehabilitasyon" olarak üç grupta toplanabilir. Tedavi ve rehabilitasyon alanlarındaki teknolojik gelişmelerin daha çok hastane hizmetlerini etkilediği rahatlıkla söylenebilir. Örneğin son yıllarda dikiş atma usulünden mikrocerrahi yöntemlerine kadar ameliyat teknikleri büyük ölçüde yenilendi. Eskiden ameliyat dışında tedavi yöntemi olmayan idrar yolu ıaşı, safra kesesi taşı, prostat büyümesi gibi oldukça sık görülen hastalıklar için ameliyatsız tedavi alternatifleri ortaya çıktı. Yıldan yıla maliyetleri düşen bu yöntemlerin kullanımları da artıyor.

Teknolojinin "tanı" alanındaki etkileri ise yalnızca hastanelerde değil, hastanın hekimle ilk karşılaştığı kurumlarda verilen hizmette, yani 'ilk basamak sağlık hizmetlerinde' de gözleniyor. Yakın zamana kadar yalnızca yataklı tedavi kurumlarında bulunan elektrokardiyogram, röntgen, ultrason, ileri biyokimyasal tetkik araçları ve benzerlerinden yararlanmak için artık hastaneye gitmek gerekmiyor.



Teknolojiyle ilgili görüşleri, "yandaş olanlar" ve "karşı olanlar" biçiminde ikiye bölmek, şematik bir yaklaşım olacak. Bu nedenle, iki görüşün tezlerini tartışabilmek için biraz tarihten söz etmek daha uygun olabilir.

#### İLK BASAMAKTA UCUZ HİZMET

Yetmişli yıllar, birinci basamak sağlık hizmeti kavramının halk sağlıkçıları ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından dünyaya yayıldığı dönem oldu. Bu kavram o yıllarda yalnızca hizmetin bir parçası biçiminde değil, adeta bir ideoloji olarak tanıtıldı. Bu yaklaşımın temel argümanları şöyle özetlenebilir:

"1 - Sağlık hizmetlerinin herkese eşit olarak verilebilmesi, ülkelerin ortak hedefi olmuştur (ya da öyle olmalıdır). Bu hizmetler bir devlet görevidir ve halka ücretsiz olarak sunulmalıdır. Oysa hükümetlerce sağlığa ayrılabilen para miktarı (özellikle gelişmekte olan ülkelere) yetersizdir.."

"2- O halde en rasyonel çözüm, daha az harcama ile daha fazla hizmet sunacak modelleri geliştirmek olacaktır. Bunun yolu ilk basamakta sağlık sorunlarının çoğunu çözümlenmekten geçmektedir. Biz ihtiyacın ne kadar büyük kısmını uzmanlaşmamış hekimle (hatta hekimden daha az eğitim görmüş, yani daha ucuza mal olmuş sağlık personeliyle) karşılayabilirsek, kendimizi o kadar başarılı saymalıyız."

"3- Öte yandan, uluslararası piyasada sağlık hizmetlerinden kar etmek isteyenler yüzünden bir kısım hizmetler gittikçe pahalılaşmaktadır. Hükümetler bu yanlış eğilimin önüne geçmelidir."

Bu anlayış, uluslararası planda en kristalize biçimde, 1978'de Dünya Sağlık Örgütü'nün Alma-Ata'da düzenlediği toplantıda ifade edilmiştir.

Bu görüşleri savunanlar, en başarılı uygulama olarak Çin'deki "çıplak ayaklı doktorlar"! gösteriyorlardı. Geniş nüfusuna temel sağlık hizmeti vermekte gü-

*1980'lerde ise, teorik düzeyde sosyalleştirmenin niçin derde deva olamadığı tartışıla dursun, vatandaşın ilk basamak hizmet ihtiyacını bir ölçüde karşılayan hastane ve muayenehanelere yeni bir kurum eklendi: özel poliklinikler.*

çlük çeken Çin, her köyden bir çiftçiyi kısa bir eğitimle adeta "amatör pan-sumancı" yapmıştı. Köyde sağlık sorunu olanlar zorunlu olarak önce bu kişiye başvuruyorlardı. Bu model uzun süre gelişmekte olan ülkelere örnek olarak sunuldu.

Bu yaklaşım yıllarca etkinliğini sürdürdü ve özellikle ilk basamakta ileri teknolojiyen yeterince yararlanmayışın en önemli nedenlerinden biri oldu.

Türkiye'de de 1960 sonrasında uygulamaya giren, hiçbir zaman doğru dürüst uygulanmadığı halde hala tartışma gündemlerinde hatırı sayılır

bir yer işgal eden sosyalleştirme modeli de çıkış noktası olarak bu düşünceye uyuyordu: Sağlık ocağında bir pratisyen hekim çalışacak, küçük laboratuvarı ve elindeki sınırlı olanaklarla başvuruların yüzde doksanına yanıt verecekti.

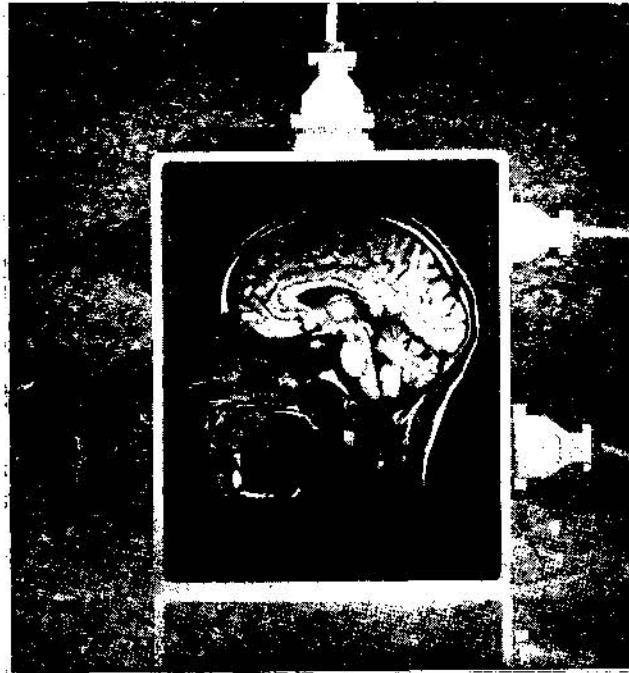
#### EVDEKİ HESAP VE ÇARŞI

Sosyalleştirme, 1970'lerde tıp fakültelerinin halk sağlığı eğitim bölgelerinde uygulandı; bunlar dışında ancak çok sınırlı bölgelerde ve kişilerin fedakarlıklarına bağlı olarak başarılı olma şansı bulabildi. Sağlık hizmetinin tüketicisi, bu "bedava" hizmete sahip çıkmadı, kuyrukları göze alıp hastaneye ya da para ödemeye razı olup muayenehaneye gitmeyi seçti. Çünkü buralarda daha "kaliteli" hizmet aldığını düşünüyordu. Böyle düşünmesinde, hastanelerde yapılan kan tetkiklerinin, çekilen filmlerin, muayenehanelerdeki EKG tetkiklerinin de azımsanmayacak rolü vardı.

1980'lerde ise, teorik düzeyde sosyalleştirmenin niçin derde deva olamadığı tartışıla dursun, vatandaşın ilk basamak hizmet ihtiyacını bir ölçüde karşılayan hastane ve muayenehanelere yeni bir kurum eklendi: özel poliklinikler. Bu kuruluşlar kısa zamanda kuyruğu-beklemesi olmayan ve hastane poliklinikleri düzeyinde hizmet veren kuruluşlar olarak kendilerini kabul ettirdiler. Hasta özel poliklinikte hastanedekinden biraz daha fazla para ödüyordu ama, artık ultrason tetkikine varıncaya kadar tıbbi teknolojiyen yararlanabiliyordu.

Bu arada muayenehanelerde daha fazla teknoloji kullanılmaya başlandı. Bir yandan bilgisayarlı muayenehaneler artarken, öte yandan özellikle muayenehane hastalarına yönelik hizmet veren büyük laboratuvarlar açıldı.

Böylece, devletin boş bıraktığı, Sosyal Sigortalar Kurumu'nun sahip çıkmadığı bir alanda, ilk basamak sağlık hizmetleri alanında pazar ekonomisinin çarkları dönmeye başladı. Devletin sağlık ocağı ile





yoksa bunun pazarı mutlaka oluşacaktır.

Üçüncüsü, devlet dediğiniz mekanizmanın sağlığa yeterli payı ayırmasını beklemek, sorunları ertelemek ya da başka çözümlere fırsat tanımak demektir.

Bu sonuçlar ışığında yapılabilecek en gerçekçi öneriler de şöyle sıralanabilir:

"Ucuz hizmet" kavramının yerini, "nitelikli hizmet" kavramı almıştır. Artık düşük teknoloji kullanan bir ilk basamak sağlık sisteminin, hele Türkiye gibi bir ülkede şansı yoktur. Zaten doksanlı yıllarda ilk basamakta hizmet

başaramadığını özel girişimciler yapmıştı: ilk basamakta, talebe uygun biçimde teknolojiden yararlanan bir hizmet biçimi ortaya çıkmıştı.

Ancak, madalyonun öteki yüzünü de görmezlikten gelmek mümkün değildir. Yalnızca talebe yönelik, pazar tarafından oluşturulan bir hizmet biçimi ile sağlık sorunlarını çözmek olanaksızdır. Ticari rekabet, teknolojiyi akılcı olmayan biçimde kullanmaya yol açtığı için makro düzeyde ciddi israflara neden olur. O halde merkezi düzeyde bir denetim mekanizması da gerekli-

dir.

#### BU GİDİŞ NEREYE VARABİLİR?

Bu süreçten bazı dersler çıkarmak gerekiyor. Birincisi, masalarda hazırlanmış planlar kağıt üzerinde ne denli mükemmel olurlarsa olsunlar, halkın talebi ile çakışmıyorlarsa yaşayamazlar.

İkincisi, dünyadaki gelişmeleri görmezden gelmek mümkün değildir. Eğer bir hizmet vermek istiyorsanız, son yenilikleri bir şekilde hizmeti kullananlara sunmak zorundasınız,

ihtiyacı otuz yıl önceki standardın çok üstündedir. Her kuruma, her bölgeye, her gereksinime yanıt verecek üniform bir ilk basamak sağlık hizmeti anlayışı, artık geçmişte kalmış bir ütopyadır.

Önerilen hizmeti kurmak için devletin para ayırması hayal olduğuna göre, bu alanda özel sektörün örgütlenmesi sağlanmalıdır. Ancak, piyasa koşulları hizmetin niteliğinin yükselmesini sağlayamaz, bu nedenle gerek insangücünün, gerekse teknolojinin niteliği merkezli kurullarla, yani standartlarla korunmalıdır.



Necat ATASAN  
(1905- 1992)

1930 yılında Almanya Hindenburg Mühendislik Akademisinden Elektrik Mühendisi olarak mezun oldu. 1937 yılında Amerika'ya giderek Missouri Üniversitesinden Yüksek Mühendislik derecesini aldı. Yüksek Mühendislik tezi ile Amerika Elektrik Mühendisleri Birliği'nin şeref diplomasını aldı (1939). Dönüşünde Ulaştırma Bakanlığı Fen Heyeti Başkanlığı'na getirildi (1939). Daha sonra sırası ile Sümerbank Enerji Şefliği (1934 - 1946), Hava Yolları Fen Heyeti Reisliği (1946 - 1950), Karayolları Atelyeler Baş Mühendisliği, İller Bankası Makine ve Elektrik Müdürlüğü (1954), Petrol Ofisi Teknik Daire Reisliği (1961) ve Elektrik Mühendisleri Odası Genel Sekreterliği görevlerinde bulundu. Daha sonra Ankara'da bir imalathane açarak selenoid vana ve yüksek akım kontakları imalatını gerçekleştirdi.

Nejat ATSAN, İngilizce, Almanca ve Arapça biliyordu. Araştırma, uygulama ve öğretim ile geçen yoğun bir yaşamın ardından 11 Aralık 1992 Cuma günü aramızdan ayrıldı. Toplumumuzun "ilklerinin uygulayıcısı ve destekleyicisi Nejat abimize tanrıdan rahmet dileriz.

ELEKTRİK MÜHENDİSLERİ OOAS!  
YÖNETİM KURULU