

***“Atı zorla suyun başına götürebilirsiniz, zorla su içiremezsiniz”***

## **Aile hekimliğinde HASAM yaması.**

### **Dikiş tutmayan sağlık sisteminde yama işe yarar mı?**

**“HASAM veya HSM” neyi çözer? (ASM+TSM Parçası = nöbet)**

Son günlerde Sağlık Bakanlığı birinci basamakta yeni düzenlemeler yapmaya çalışıyor. Başarısızlığın göstergesi olan bu değişiklikler ilk de değil üstelik. Yap-boz tahtasına dönen birinci basamak sağlık hizmetlerinde geçmişe bakarak geleceği tahmin etmeye çalıştık. Ne kalem kavgası ne de politika yapmak amacındayız. Sadece bilimsel verilerle bir gerçeği görünür hale getirmek istiyoruz.

Hekimler arası rekabete dayanan, Aile Sağlığı Merkezlerini A.B.C.D. diye sınıflandıran, alana uygun eğitilmiş hekim insan gücüne sahip olmayan, bireye ve topluma yönelik koruyucu hizmetlerin parçalandığı, ekip çalışmasının yok edildiği, sevk sistemi işletilmeyen, ASM/TSM ve şimdi de HASAM adı altında parçalanmış, entegre çalışmayan aile hekimliği sistemi ile eşit, ulaşılabilir, kapsayıcı, nitelikli bir birinci basamak hizmeti sunmak olanaksızdır.

2005 yılında Düzce’de başlatılan ve 2011 yılında İstanbul ile birlikte tüm Türkiye’nin Aile Hekimliği Sistemine geçişi üstünden 5 yıl geçti. 5 yılın sonunda sistem tam bir çıkmaz içindedir. Aile hekimliklerinde kişi başı düşen nüfus azaltılmamış, sevk sistemi uygulanmamış, birinci basamak hekimliğinin gerektirdiği mesleki eğitim verilememiş, alanın gerektirdiği koruyucu hekimlik hizmetlerinde yeterince gelişme kaydedilememiştir.

Geçen süre içinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri giderek değersizleştirilmiş, sağlık sisteminin günlük sorunları pratisyen hekimler/aile hekimleri üzerinden çözülmeye çalışılmıştır. Birinci basamak sağlık çalışanlarına umut ve statü olarak gösterilen aile hekimliği sistemi 5 yılın sonunda beklentileri karşılamadığı gibi sürekli değişen görev kapsamı, uygulamalar ve mobinge dönüşen yönetim baskısı sağlık çalışanlarındaki mutsuzluk ve tükenmişliği artırmıştır.

Bilindiği üzere son yıllarda Aile Hekimliği Sistemi bir nöbet olayına kilitlendi kaldı. Birinci basamak çalışanları hep birlikte bu fazla mesai dayatmasına karşı mücadele veriyor. Sorunlar yumağı haline gelen sitemde birinci basamağı geliştirecek tedbirler ve teşvikler yerine, inatlaşmaya giderek çalışanlara esnek, kuralsız, güvencesiz çalışmayı dayatan, “7/24 çalıştıracağım-ben ne dersem o olacak” demenin akliselim olmadığını bir kez daha yineliyoruz.

**Türkiye’de Sağlık Sistemi 2. Basamak yönelimlidir.**

**Tüm kaynakların kullanımında 2. Basamağın öncelenmekte olduğu görülmektedir.**

Ülkemizin tümünde son 5 yılda aile hekimliği birimi sayısı yılda 200-250 birim olarak artırılabilmiştir. Aynı anda istifa vb. nedenlerle boş kalan birim sayısı bu sayıdan çok daha fazladır. Aile Hekimi başına düşen nüfusun Türkiye ortalaması 3633 İstanbul ortalaması 3925’dir. 5 yılda ortalamalarda bir değişiklik olmadığı gibi büyük şehirlerde artış söz konusudur.

Son sağlık istatistikleri yilligi verilerine göre aile hekimliklerine yilda ortalama 214 milyon başvuru yapılırken, 2. ve 3. Basamağa başvuru sayısı tam iki katı 424 milyon olmuştur.

2010 yılında sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı 539 milyon iken 2014 yılında 644 milyon olarak gerçekleşmiştir. Tüm başvurularda, "birinci basamak / 2.- 3. basamak oranı" 2010 yılında 37,5/62,5 iken 2014 yılında 34/66 olarak açıklanmıştır. Bu oran 2002 yılında 38/62 olarak görülmektedir. Aile hekimliği sistemiyle bu oranın tam tersine döndürüleceği yani birinci basamağın hastanelerden daha çok tercih edileceği söylenmişti. 10 yıl sonra bugün birinci basamak lehine hiçbir ilerleme olmadigi gibi bariz bir azaliş söz konusudur.

Sağlık Bakanliğı verilerine göre(\*) 100.000 kişiye düşen pratisyen hekim sayısı 2002'de **47**, 2014'de **50** olurken, uzman hekim sayısı **68'den 97'ye** ıkmıştır. Halbuki etkili bir birinci basamak sağlık hizmetinin sunulabildiği ülkelerde pratisyen hekim uzman hekim oranı % 70-30'dur.

Sağlıkta dönüşüm yıllarında birinci basamakta çalışan hekim sayısı neredeyse yerinde sayarken uzman hekim sayısında %40'lık artış olmuştur. Sağlık politikası 2. Basamağı güçlendirmeyi öncelemiştir.

Sağlık Personelinin Hizmet Birimlerine Göre Dağılımina baktığımızda, 2015 yılbaşı itibari ile aile hekimliği birimlerinde 20.239 pratisyen hekim, 1.145 Aile Hekimliği Uzmanı toplam **21384** hekim çalışmaktadır. 2010 yılından 2015'e kadar Türkiye'de uzman hekim sayısı 11.638 kişi artarken pratisyen hekim sayısı 227 kişi artırılabilmiştir. Açıkça uzmanlığa yönlendirme yıllar boyu devam ettirilmiştir.

Tüm hemşirelerin sadece % 7'si, ebelerin sadece %26'sı aile hekimliği birimlerinde çalışmaktadır. Bu sayılarla nitelikli birinci basamak sağlık hizmeti sunmak olanaksızdır.

Ülkemizde sağlıkta dönüşümle birlikte uygulanan hizmet sunumu modeli kadın sağlığı hizmetlerinde parçalı, süreksiz bir yapılanmaya yol açmıştır. Mevcut cinsel sağlık/ üreme sağlığı hizmetlerinin uluslararası düzeyde onaylanan gerekli öğelerinin hemen tamamını kapsadığını, sayısal düzeyde son 40 yılda önemli değişimlerin olduğunu söyleyebiliriz. Ancak 2010 yılından sonra kadının sağlık hakkı ihlalinin en u, en belirgin göstergelerden biri olan anne ölümleri **2012 yılında 15,4'e kadar gerilemişken 2013 yılında durağandan hafif artışa geçmiş 15.9'a yükselmiş ve 2014 yılında 15.8 ile artma eğilimi devam etmiştir.** Sağlık hizmetlerinin sunumundaki mevcut durumun devam etmesi durumunda gelişmelerin önümüzdeki süreçte daha da olumsuzlaşacağının ipuçlarını vermektedir.(1)

ocuk sağlığı göstergelerinden olan Bebek lm Hızı (BH) yıllar içinde azalmakla birlikte, **post neonatal BH, 2013 TNSA verilerine göre bir önceki döneme göre %50 artmıştır.** ocuk sağlığının diğer bir önemli göstergesi olan beslenme durumu değerlendirildiğinde yine beslenmenin özellikle kentlerde ve batıda bozulduğu, bebek ve ocuk izlemlerinin nitelikli yapılamaması nedeniyle beslenme yetersizliği olan çocukların ve yol açtığı sağlık sorunlarının erken dönemde saptanamamasına ve zamanında tedbirlerin alınamaması ve istenmeyen sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Bunların yanı sıra **TNSA 2013 raporuna göre tam aşılı ocuk yüzdesinin 2008 yılına göre %8 azalarak %74.1'e düşmesi oldukça önemli bir bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır.** Diğer önemli bulgu ise hiç aşi olmamışlarda görülen %89 değişim hızına denk gelen artış olmasıdır. Bu bulgular Sağlıkta Dönüşüm Programı sürecinden ocuk sağlığının olumsuz etkilendiğini gösteren kanıtlar sunmaktadır.(2)

1980 yılında 8,628 olan kızamık olgu sayısı, 2010'da 7'ye kadar düşmüş; ancak 2013'te 7.405 doğrulanmış olgu ile büyük bir salgına yol açmıştır(WHO,2015b). Böylece **2003 yılında yüz binde 8,3 olan kızamık insidansı Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrası 2013'te 9,7'ye yükselmiştir (Sağlık bakanlığı, 2014). (3)**

Sağlık Bakanlığı İstatistik yıllıkları 10 yıldır bebek aşılama oranlarını %100'e yakın göstermektedir. Oysa saha çalışmaları bu rakamları doğrulamamaktadır. TNSA 2013'e göre 15 ay öncesi aşılanmış çocuk oranı DTaP-IPV-Hib 3 için % 84,3, KKK için %88,5 ve Hep B 3 için %86,5'dir. **Tam aşılı çocukların oranları 2008 ile karşılaştırıldığında 2013 yılında (%74.1) düşüş gerçekleşmiştir. (TNSA2014). (3)**

Ülkemizde rutin sağlık hizmetlerine ulaşamama nedeniyle acillere başvuru sayısı 2014'de 87 milyondan, 2015'te 100 milyondan fazla olmuştur. Dünya'da kendi nüfusundan fazla acil başvurusu olan tek ülke Türkiye'dir. Bunun aşıkâr nedenlerini görmezden gelip günöbirlik uygulamalarla birinci basamak çalışanlarına nöbet uygulaması getirmeye çalışmakla sorunun çözülemeyeceği de muhakkaktır.

Birinci Basamak sağlık çalışanlarının niteliğinin artırılması konusunda neredeyse hiçbir şey yapılamamıştır. Burada da çıkarılan mevzuat ve uygulamalar sadece kâğıt üzerinde göstermelik kalmıştır.

Tüm hekimlere amacı "bilgi beceri ve tutum kazandırmak" olarak açıklanan **uyum eğitimi**, eğitici kriterlerinin bile tanımlanmadığı bir ortamda bu amaca ulaşması mümkün olmayan bir sürede, 6 günde verilmiştir. **AHUZEM** adı verilen uzaktan eğitimin amacı bilgi beceri ve tutum değişikliği kazandırmak olarak açıklanmış ancak uzaktan eğitim ile beceri eğitimi sağlanamayacağından 2015'de sonlandırılmıştır.

Yerine **SAHU** (Sözleşmeli Aile Hekimlerine Verilecek Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi) adı altında yarı zamanlı bir uzmanlık eğitimi tanımlandı. Tüm ülke hekimleri için uygulanabilirliği olmayan, yine tam bir zorlamaya alt yapısı oluşmadan başlanan, her hastanede ayrı uygulamanın olduğu, içeriği hastane ve kliniğe göre değişen, eğitici kriteri olmayan, eğitimcilerinin birinci basamak bilgi ve deneyiminin olmadığı bu alelacele uygulama; çalışma düzenini bozması, ücret düşüşüne neden olması, fazladan iş yükü getirmesi, rotasyonlarda bağı nüfusun ortada kalması gibi çok sayıda sorun nedeniyle aile hekimlerince de terk edilmiştir. En geç 2017'de herkes uzman statüsünde olacak diyen bakanlığın bu öngörüsü, bu düzenlemelerle her şey tıkr tıkr işlese bile en erken 30 yıl sonra mümkün olabilecektir.

1984 yılında başlatılan ve tüm eğitimi 3. Basamak hastanelerde alınan Aile Hekimliği Uzmanlığı tüzüğünde 2010 yılında değişikliğe gidilmiştir. "Eğitimin yarısı sahada geçer" denilerek "Eğitim ASM"ler tanımlanmıştır. Aradan geçen 6 yılda eğitim ASM sayısı 4'dür. Halen Aile hekimliği uzmanlığı eğitimi saha eğitimi olmaksızın sürdürölmektedir. Bu tabloya rağmen 6 yıl sonra İstanbul'da ilk eğitim ASM geçen hafta sonu bir başarı gibi törenle açılmıştır.

Yukarıda görünür kılmaya çalıştığımız son 10 yıldır sağlık yöneticilerinin asıl niyetleri; Piyasalaşan sağlık ortamında birinci basamağı, birinci basamak insan gücünü önemser gibi görünüp insanlara hastaneleri ve bir ticari meta olarak sağlık kuruluşlarını daha fazla kullandırmaktır. Niyet pratisyen hekimler/aile hekimleri üzerinden popölist söylemlerle prim yapmaktır. ASM, TSM, HASAM vb. Ayrı görev ve sorumlukları olan, ayrı örgütlenmiş yapıları aynı binaya taşımakla bütöncöl, kapsayıcı, nitelikli ve etkin bir sağlık hizmeti sunulamaz.

Henüz bir yasal mevzuatı olmayan Halk Sağlığı Merkezleri (**HSM/HASAM**) uygulaması birinci basamağa yeni bir yama yapmaktan başka bir şey değildir. Büyük şehirlerde henüz TSM için uygun bina ve yeterli personel bulamayan sağlık bakanlığının yaklaşık 1000 hsm/hasam yapması gerçekçi/gerçekleştirilebilir olmadığı gibi örgütlenme modeli olarak doğrudan değildir. İki ayrı mevzuata, mevzuatlarında tanımlanmış farklı görev ve sorumluluklara sahip asm ve tsm aynı binaya toplamak bütüncül bir yaklaşım ve olanak ortaya çıkarmayacağı gibi ek sorunlar ve uygulama farklılıkları, eşitsizlikleri ortaya çıkaracaktır.

Bu nedenle;

1- Kamuoyunda, sağlık çalışanları / örgütleri arasında yeterince değerlendirilmeden acele bir şekilde gündeme getirilen hsm/hasam uygulaması durdurulmalıdır.

2- Bilimsel kıstaslara göre objektif bir birinci basamak raporu hazırlanarak;

Birinci basamakta durum nedir?

- İnsan gücü niteliği ve niceliği yeterli ve yetkin midir?
- Sorun/sorun başlıkları nelerdir?
- Hedeflenen nedir?
- Olanaklar nelerdir? Neler yapılabilir/yapılmalıdır?
- Nöbet birinci basamakta bir olanak yaratabilir mi, başlıklarına cevap aranmalıdır.

3- Hekimlerle yöneticiler arasında çatışmaya dönüşmüş olan birinci basamakta nöbet uygulaması durdurulmalı ve sorun hekimlerin örgütlerinin muhatap alındığı zeminlerde açık ve bilimsel verilerle tartışılmalıdır.

4- Açıkça görülmektedir ki birinci basamak sağlık örgütlenmesi nitelik ve nicelik olarak kendisinden beklenen hizmetleri etkili ve nitelikli bir şekilde sunacak örgütsel olanak ve personel kapasitesine sahip değildir.

5- TTB ve PHD olarak tedavi ağırlıklı parçalı yapıda ve ekip çalışmasını esas almayan aile hekimliği sisteminin yanlış bir tercih olduğunu yıllardır söylüyoruz. Ancak var olan sistemde iyi yönetilmediği, yeterli alt yapı ve insan gücüne (nitelik ve nicelik olarak ) sahip olmadığı açıktır. 10 yıllık bir uygulama dönemi sonunda henüz hedeflenen asm ve sağlık personelinin yarısına zor ulaşılmışken sistemin pansuman tedbirlerle yürütülebilmesi mümkün değildir.

Acilen birinci basamak örgütlenme özellikleri, altyapı ve insan gücü özellikleri kapsamlı ve bilimsel bir değerlendirmeye tabi tutularak birinci basamağı kalıcı olarak geliştirebilecek bir yönelime girilmelidir.

Tüm toplumu kapsayan nitelikli, ulaşılabilir, çağdaş kamusal bir birinci basamak sağlık hizmeti; ancak birinci basamağın önemini kavramış yöneticiler ve hizmeti sunacak nitelikli insan gücüyle, iyi organize edilmiş, tamamen kamuca finanse edilen, sözleşmeli çalışmayla pranga altına alınmayan, sürekli değişen mevzuatla her gün görev kapsamına ilişkin yeni belirsizliklerle ve angaryalarla karşılaşılmayan, ticari rekabet oluşturmeyen bir çalışma ortamında ve düzeninde sunmak mümkündür.

**Pratisyen Hekimlik Derneği**

**Türk Tabipleri Birliği - İstanbul Tabip Odası**

**Kaynaklar:**

(\*) Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014 ve diğer yıllar istatistikleri

(1) Nuray ÖZGÜLNAR, Toplum ve Hekim cilt 30, sayı 2

(2) Çiğdem ÇAĞLAYAN, Toplum ve hekim cilt 30, sayı 2

(3) Kayıhan PALA. Toplum ve Hekim cilt30, sayı 2