7/1949

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

SAYI : B100THG0100002/9240
KONU :Yazılı Soru Önergesi

03.04 3375

TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ BAŞKANLIĞINA

İLGİ : 16.02.2004 tarih ve 4422 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınız ekinde alınan, Ordu milletvekili İ.Sami TANDOĞDU tarafından " Devlet Hastanelerindeki yoğunluğa ve Aile Hekimliği uygulamasına ilişkin" olarak verilen ve Bakanlığımızca cevaplandırılması tensip kılınan Yazılı Soru Önergesi' nin cevabı ekte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Recep AKDAĞ
Bakan

EKLER
EK-1 :Önerge Cevabı (4 sayfa)

Mithatpaşa Cad. No:3 (B) Blok 2.Kat Sıhhiye/ANKARA
Tel: (0312) 430 60 67 veya 435 64 40 dan 1288 Fax: (0312) 432 42 73 - 434 42 58

7/1949

Ordu Milletvekili İ.Sami TANDOĞDU tarafından verilen "Devlet Hastanelerindeki yoğunluğa ve Aile Hekimliği uygulamasına ilişkin Yazılı Soru Önergesi'nin cevabı aşağıda sunulmuştur.

SORU-1:Devlet Hastanelerinde meydana gelen bu yığılmalar için Sağlık Bakanlığı'nın çözümü nedir?

SORU-4:Ayrıca Aile Hekimliği ile ilgili uygulamalar ne düzeydedir? Sağlık Bakanlığı bu uygulamadan vaz mı geçti?

CEVAP-1,4: 1 ve 4. madde de yöneltilen soruları birlikte cevaplamak bütünlük açısından yerinde olacaktır. Çünkü dördüncü sorunun cevabı, birinci maddedeki çözüm nedir? Sorusunun çağdaş yolunu göstermektedir.

Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin verimli olarak işletilmesinde sorunlar yaşanmaktadır; bu görevi daha çok ikinci basamak sağlık kurumları üstlenmiş durumdadır. Bu durum ikinci basamak sağlık kurumlarında hasta yoğunluğuna, dolayısıyla sağlık hizmeti sunumunda tıkanmalara yol açmaktadır. Bu ise sistemden faydalanmak isteyen hastaların çıkış yolları araması sonucunu doğurmakta, istenmeyen durumlarla karşılaşılmasına neden olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin herkese eşit ve etkili bir şekilde ulaşabilmesi için ülkemizde atılması gereken en önemli adımlardan birisi sağlık hizmetinin olması gereken basamakta verilmesidir. Eğer birinci basamak sağlık hizmetleri ülkemizdeki gibi ağırlıklı olarak fiilen ikinci basamakta veriliyorsa sağlık hizmetlerinde verimlilikten ve kaliteden söz etmek mümkün olamaz.

Avrupa Birliği, 2001-2006 için halk sağlığını iyileştirmeyi, hastalıkları önlemeyi ve sağlığı tehdit eden risk kaynaklarını ortadan kaldırmayı amaçlayan bir "Halk Sağlığı Programı" hazırlamıştır. Bu programa göre genel pratisyenler/aile hekimleri ön safta hizmet verdiğinden, koruyucu sağlık uygulamalarında çok önemli bir yere sahiptirler. Programda, hastaların aydınlatılmasının koruyucu sağlık uygulamalarında çok etkili olduğunu dikkate alarak, ülkelerinde temel sağlık hizmetlerini organize ve finanse ederken, doktorların koruyucu hizmetler ile birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda etkili bir biçimde rol almalarını sağlamaları istenmektedir.

Yaygınlaşan anlayışa göre temel sağlık hizmetleri tanımına artık birinci basamaktaki tanı ve tedavi hizmetleri ile rehabilitasyon hizmetleri de dahil edilmektedir. Temel sağlık hizmetleri konseptinin yeni modelinde aile doktorları ana görevi üstlenmektedir. Aile doktorluğundan esas kastedilen, bireylerin ve aile fertlerinin ikametlerinin yakınlarında ya da kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, ilk başvuracakları ve sağlık hizmetini alacakları doktorluk uygulamasıdır. Bu doktorlar, koruyucu hekimlik uygulamaları yanında ayakta tanı ve tedavi işlemlerinin büyük çoğunluğunu üstlenirler.

Vatandaşlarının sağlık durumunu yükseltmek isteyen ülkelerin, uygulanabilir ve verimli bir koruyucu sağlık sistemi oluşturması ve bunun için temel sağlık hizmetlerine özel bir önem vermesi gerektiği açıktır. Aile doktorluğu uygulaması böyle bir amacın gerçekleştirilmesi için son derece önemli bir yere sahiptir. Uygulandığı ülkelerde farklı düzeylerde de olsa bu amaca yaklaşıldığını görmek mümkündür.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin, erişilebilir ve yeterli bir tarzda sunumu için nüfusa dayalı, entegre örgütlenme modelleri birçok ülkede olduğu gibi, ülkemizde de denenmiş, ancak performansa dayalı ödüllendirme, bölgelere göre

özendirme ve hizmet rekabetini teşvik edici unsurlar göz önüne alınmadığından bu modellerden yeterince verim alınamamıştır.

Hastaneler, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kurumlar olması gerekirken birinci basamak hizmeti vermekte, yoğun bir şekilde ayakta hasta bakımı yapmakta ve hastane polikliniklerinde yığılmalar olmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde yürürlüğe konulan uygulamalar sonucunda kırsal bölgede çalışan sağlık personeli teşvik edilecek, performanslarına ve özellikle koruyucu sağlık hizmetlerindeki başarılarına göre ödüllendirilecektir. Bu konuda sözleşmeli personel ve performansa dayalı döner sermaye ek ödeme uygulamaları ile ilk adımlar atılmış durumdadır.

Sağlık ocaklarının etkin olarak işletilememesi, fizik ortamlarının uygun hazırlanmamış olması, mevcut hekimlerin etkin çalıştırılamaması ve hastaların buralarda çalışan hekimlere yeterince güven duymalarının sağlanamaması, birinci basamak sağlık hizmetlerinden uzaklaşmayı ve doğrudan hastanelere başvuruları arttırmaktadır. Kişilerin kontrole gittiklerinde sağlık ocaklarında dahi aynı doktora muayene olamamaları ise buralardan kaçışın bir başka sebebidir.

Dünya çapındaki çalışmalar, hastalıkların % 70'i ile % 90'ı arasında değişen oranının dal uzmanı hekim muayenesi ve ayrıntılı tetkikler gerektirmeden tedavi edilebileceğini göstermektedir. Ülkemizdeki durum ise bununla bağdaşmamaktadır. 2002 yılında hekime başvuran her üç hastadan ikisi hastanede muayene olmuştur. Türkiye de 2002 yılı verilerine göre 186 milyon poliklinik yapılmış olup, bunun 124 milyonu hastanelerde, 62 milyonu ise birinci basamak sağlık tesislerindedir. Halbuki en kötümser tahminle bu 186 milyon toplam muayenenin 120 milyonu, birinci basamakta tedavi olabilecek hastalardır. Aile doktorluğu uygulaması ile sevk zinciri işler hale getirilecek, geri bildirimle kayıtlar doğru ve güvenilir olacaktır.

İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin, hastanelerin yani uzman hekimlerin vermesi gereken, birinci basamakta çözülememiş sorunların çözüleceği hizmetler olması gerekir. Ancak ülkemizde durum tamamen farklıdır. Kişiler rahatsızlıklarına göre kendi belirledikleri daldaki bir uzman hekime doğrudan başvurma tercihleri devam etmektedir.Bu tercih ise hiçte az olmayan bir oranda yanlış dala başvuruyu getirdiğinden, kaynak ve zaman israfı olmakta, gereksiz ve uzun kuyruklar ortaya çıkmakta, hastalara ayrılan vakit azalmaktadır. Hastaya ayrılan kısıtlı süre, tanı koymak zorunda olan hekimi daha fazla tetkik ve tahlil istemeye yönlendirmektedir

Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluşundan günümüze kadar sağlıkta insan gücü ile ilgili önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Ancak bu konuda günümüzde de önemli sorunlar vardır. Bu konu ile ilgili en önemli sorun insan gücünün dağılımıdır. Bu sorunun aşılması için mecburî hizmet, tayinlerin bölgelere göre yapılması gibi yöntemler denenmiş olmasına rağmen sorun varlığını hâlâ sürdürmektedir.

Tüm olumsuzlukların giderilmesi için başlatılan sağlıkta dönüşüm çalışmaları ve bu çalışmaların en önemli bölümü olan birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi ve aile doktorluğu uygulamasına geçiş en kısa zamanda tamamlanacaktır.

Hazırlık çalışmaları değişik üniversitelerin ilgili bölümlerinin (Aile Hekimliği Anabilim Dalları), Türk Tabipler Birliğinin, Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneğinin ve birinci basamakta fiilen görev yapan hekimlerin katılımları ile oluşturulan danışma

kurulunun toplantıları ve WONCA (Dünya Genel Pratisyenlik/Aile Hekimliği Birliği)'nın desteği ile sürdürülmektedir.

Bu planlamalarda, dünyada, özellikle Avrupa ülkelerinde uygulanan başarılı sağlık sistemleri incelenerek ülkemize en uygun düzenleme üzerinde bilimsel çalışmalar sürdürülmektedir. Bu çalışmalar son safhasına ulaşmak üzeredir. Eğitimleri takiben farklı illerimizde 2004 yılı içerisinde kademeli olarak yani aksayan yönlerinde gerekli revizyonlara imkan verecek şekilde başlanacak ve tüm ülkemize yaygınlaştırılacaktır.

Bilindiği üzere Bakanlığımıza bağlı ikinci ve üçüncü Basamak Sağlık Kurumlarında görevli personele Döner Sermayeden ek ödeme yapılmasına dair yönerge 01/01/2004 tarihinden geçerli olmak üzere yayımlanmıştır. Söz konusu yönerge hükümlerine göre Sağlık Personeline performansa dayalı prim ödeme sistemi getirildiğinden Uzman Hekimlerce poliklinik yapabilmelerini teminen ilave poliklinik odaları ihtiyacının karşılanması için İl Sağlık Müdürlüklerine gerekli talimat verilmiştir.

Sağlık Kurumlarında yığılmaları azaltmak amacı ile muayene oda sayısının hekim sayısına paralel olarak artırılması, ayrıca poliklinik hizmetleri için gerekli görülen yerlerde Semt Polikliniği oluşturulması amacı ile çalışmalar başlatılmıştır.Hastanelerde büyük yatırım maliyetleri nedeni ile alınamayan tıbbi cihaz eksiklerinin tamamlanması için hizmet satın alınması yoluna gidilmiştir. Uygulamalardan yararlanılarak hizmet sunumunda yaşanan sorunların çözümlenmesine devam edilecektir.

Yeni sağlık kurumu yapılması için uzun süreler ve yüksek maliyetler söz konusudur.Ancak böyle bir gerekçe ile sağlık hizmetlerinin sunumunun ertelenmesi kabul edilemeyeceğinden ihtiyaç olan illerde kamuya ve özel sektöre ait binaların bugüne kadar olduğu gibi kullanılmasına devam edilecektir.

SORU-2: Devlet hastanelerinde muayene olamayan sosyal güvencesi Emekli Sandığı olan kişiler özel hastanelere giderek tedavilerini olmaya çalışmaktadır, Sağlık Bakanlığı devlet hastanelerinin daha sıkışık bir duruma getirilmesi yoluyla özel hastanelere doğru bir yönelmeyi teşvik mi etmektedir? Gerçekten sağlık Bakanlığı özel hastanelerde tedaviyi destekliyor mu?

CEVAP-2:Ülkemizde Bakanlığımıza bağlı toplam 90.067 yatak kapasitesi ile 661 devlet hastanesi, özel dal hastanesi, eğitim ve araştırma hastanesi hizmet vermektedir. Bunun yanı sıra özel sektöre ait 14.414 yatak kapasitesi ile 268 özel hastane ve 131 tıp merkezi, 128 özel dal merkezi ve 1028 özel poliklinik sağlık hizmeti sunmaktadır.

Devlet memurları ve bakmakla yükümlü oldukları aile fertlerinin yanı sıra tüm vatandaşlarımızın yararlandığı(S.S.K. ve Bağ-Kur'lu vatandaşlarımız dahil) devlet hastanelerinde, hasta müracaatlarının yoğunluğu nedeniyle poliklinik kuyruklarının oluştuğu ve ameliyat olabilmek için hastaların uzun süre beklemek zorunda kaldıkları malumdur. Sağlık hizmetlerinin koordinasyonu sağlamak ve hizmetin etkin,süratli ve kaliteli bir şekilde sunumundan sorumlu olan Bakanlığımızın bu soruna acil çözüm bulmak, sağlık sektörünün büyük ölçüde kamuda olan yükünü özel sağlık kurum ve kuruluşları ile paylaşmak, devlet ve özel sektör ayırımına bakılmaksızın sağlık

alanında var olan tüm ülke kaynaklarının daha etkin ve verimli kullanılmasını sağlamak ve özel sektör tarafından sunulan sağlık hizmetinden devlet memurları ve emeklilerinin ve bakmakla yükümlü oldukları aile fertlerinin faydalanmasını sağlamak maksadıyla yeni hukuki düzenlemeler yapılmasına ihtiyaç duyulmuştur.

Bu doğrultuda Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliğine bir ek madde eklenerek, yönetmelik kapsamında yer alan kamu personelinin özel sağlık kurum ve kuruluşlarına sevkine imkan sağlanmış ve uygulamadaki usul ve esasları belirlemek üzere Bakanlığımız ve Maliye Bakanlığı'nca gerekli çalışmalar yapılarak 1 Haziran 2003 tarihinde uygulama başlatılmıştır.

Bu uygulama ile hasta yoğunluğu nedeniyle asli fonksiyonlarını yerine getiremeyen ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının(Eğitim-Araştırma ve Üniversite Hastaneleri) yükünün azaltılması ve asli fonksiyonlarını daha rahat icra etmeleri imkanı sağlanacağı açıktır. Öncelikli amacın sınırlı ülke kaynaklarının daha etkin ve verimli kullanılmasını sağlamaktır.

Hasta sevk belgesinde hastane ismi belirtilmeyerek hastaların ilgili uzmanlık dalına sevk edilebilmeleri sağlanmış, böylelikle hastanın hekim ve hastane seçme özgürlüğü güçlendirilmiş olması vatandaşın hakkını en etkin kullanımı sağlanmıştır.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin önemli bir özelliği de merkezi plânlama ve yönetimle yürütülmesidir. Sağlık Bakanlığı, kendisine bağlı yataklı ve yataksız sağlık kuruluşlarının yapımı, onarımı, işletilmesi, personel ihtiyacı, hizmetin plânlanması ve denetimi gibi işleri ya doğrudan merkezden ya da taşra teşkilâtı aracılığıyla yürütmektedir. Diğer kurumlara bağlı olan sağlık kuruluşlarının kurulması ve işletilmesinde de standartları belirleme ve denetleme yetkilerine sahiptir.

Hedef vatandaşlarımızın daha etkin, daha kaliteli hizmet almalarını sağlamak olduğuna göre, özel sektörden sağlık hizmeti alabiliyorsak, tabi olarak faydalanılacaktır. Bunun rekabet yolunu açarak hizmet kalitesini arttıracağı ortadadır. Sağlık Bakanlığının özel hastanelerde tedaviyi desteklemek gibi amacı olamaz. Amaç, vatandaşlarımız daha iyi hizmet almasıdır.

SORU-3: Hasta yoğunluğu sebebiyle servislerde boş yer kalmadığı için hastalar sandalye ya da sedyelere yatırılmaktadır. Bu şekilde bir tedavi sizce uygun mudur? Bu sıkışıklığın çözümü nasıl olacaktır?

CEVAP-3: Sağlık sistemini sürekli reformlarla geliştiren OECD ülkeleri hastane yatak doluluk oranlarını % 80 gibi yüksek oranlara çıkararak kaynaklarını etkili olarak kullanmaya başlamıştır.

Ancak bizim ülkemizde hastane yatak doluluk oranların 2002 verilerine göre Sağlık Bakanlığı için % 60.2 Türkiye geneli ise % 61.3 oranında düşük olarak kullanıldığı bilinmektedir. Boş yer kalmadığı için hastaların sedyelerde yatırıldığı durum ancak büyük bazı merkez hastanelerdeki bazı bölümlerinde münferit geçici olarak meydana gelebilir. Bunun çözümü ise bu bölümlerin tespiti ve daha iyi koordinasyonu ile mümkündür.