

# Türkiye Cumhuriyeti'nde Kırsal Bölgelerde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasında Yeniden Yapılandırma Mümkün mü?

## Is a Reorganization Possible for Providing Health Services in the Rural Regions of Turkey Republic?

Dr. Mehmet UĞURLU<sup>a</sup>  
Dr. Yusuf ÜSTÜ,<sup>b</sup>  
Selim Yavuz SANİSOĞLU<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Sağlık Bakanlığı,  
<sup>b</sup>Endokrinoloji Kliniği,  
Ankara Atatürk Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi, Ankara

Geliş Tarihi/Received: 23.06.2009  
Kabul Tarihi/Accepted: 21.01.2010

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Dr. Mehmet UĞURLU  
Sağlık Bakanlığı, Ankara,  
TÜRKİYE/TURKEY  
drmugurlu@gmail.com

**ÖZET Amaç:** Bu çalışmada, kırsal bölgelerdeki sağlık hizmetlerinin sağlanması ve hastanelerin yeniden yapılandırılması tartışmaları sunulmaktadır. Kırsal nüfusu geniş bir alana yayılan Türkiye'de, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği artırmak ve bu hizmetlerden herkesin yararlanmasını sağlamak insan kaynakları ve ulaşım gibi çeşitli problemler vardır. **Gereç ve Yöntemler:** 2004-2007 yılları arasında Türkiye'deki toplam 81 ili kapsayan çalışma ve yönelim araştırması için, yapılandırılmış anket ile tüm sağlık yönetim birimlerine, sağlık birimleri, kırsal kesim ve ulaşım süreleri, personel sayısı, bazı ilçe hastanelerinin reorganizasyonun rasyonel olup olmayacağına ilişkin sorular soruldu. Seksen bir birimden toplam 81 veri formu geri dönmüştür. Bu formların geri dönüş oranı %100'dür. **Bulgular:** Türkiye genelinde kırsal kesimin toplam nüfusu 20838397'dir. Sekiz yüz elli ilçede 42493 yerleşim yerinde 11543141 nüfusa gezici sağlık hizmeti verilmesi gerekmektedir. Aşı-lama hizmeti verilebilmesi, gebe ve bebek izlemi yapılabilmesi için her köye ayda en az bir kez gidilmesi gerekir. Bu durumda 31495 köyden her gün ortalama 1431'i ziyaret edilmelidir. Problemi çözmek için ilçe hastanelerinin güçlendirilmesi ve daha işlevsel bir yapılanma ile eldeki kadroyu daha etkin kullanmak gerekir. **Sonuç:** Gezici sağlık hizmeti vermesi planlanan sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personeli, sayıca yetersizdir. Yeniden yapılandırma ile verimlilik artıracak, ihtiyaç duyulan sağlık personeli sayısı azalacak ve eldeki yetersiz sayıdaki sağlık personeli ile bile kırsal yerleşim birimlerine daha kaliteli gezici sağlık hizmetinin ayda bir kez götürülmesi mümkün olacaktır. Tüm illerden alınan geri bildirimler, kırsal kesimde daha verimli ve kaliteli sağlık hizmeti için reorganizasyon olması gerektiğini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Türkiye; kırsal kesim sağlığı; kırsal nüfus; kırsal sağlık hizmetleri

**ABSTRACT Objective:** This study aims to discuss the medical care services in rural areas and the reorganization of hospitals. There are various problems such as human resources and transportation in improving the availability of medical services in the rural population of Turkey distributed to a large area. **Material and Methods:** A questionnaire was sent to health administration units in 81 cities between 2004 and 2007. This structured questionnaire was orientation based and questioned health units, rural area transportation times, personnel status and opinions about reorganization of community hospitals. Eight one data forms were returned from the total of 81 forms. Form return rate was 100%. **Results:** Total population in rural areas of Turkey is 20838397. Mobile medical care should be provided to 11543141 individuals in 42493 sites in 850 towns. Each village needs to be visited for vaccination, neonatal and newborn care follow up at least once per month. This means 1431 of 31495 villages need to be visited each day. To solve the problem, the county hospitals are to be strengthened along with more functional reorganization to enable efficient utilization of the current number of personnel. **Conclusion:** Reorganization will improve efficiency and decrease need for medical personnel thus, even with the current insufficient number of health personnel, quality of medical care to rural sites will improve with mobile teams once a month will be possible. Feedback received from all cities indicate that there is a need for reorganization to provide more efficient and better quality medical care services in rural areas.

**Key Words:** Turkey; rural health; rural population; rural health services

**S**on yıllarda dünya nüfusunun genel sağlık düzeyinde önemli gelişmeler olmakla birlikte gerek ülkeler arasında gerekse aynı ülkenin farklı coğrafi bölgeleri arasında sağlıkta ve sağlık hizmetlerine erişimdeki farklılıkların giderek arttığı görülmektedir.<sup>1</sup> Bu problem Türkiye’de de yaşanan bir durumdur.

Geniş bir coğrafyada yer alan Türkiye Cumhuriyeti, 70.5 milyon nüfusu ile bulunduğu bölgenin önemli ülkelerinden biridir. Nüfusun % 26’sı 15 yaşın altında, yarısı 28.3 yaş altındadır; 65 yaş üzeri nüfus ise, %7’dir. Kırsal kesimde yaşayan nüfus 20838397 (%29.5)’dir. Avrupa’da çocuk ve bebek ölüm hızı en yüksek ülke Türkiye’dir (sırasıyla %0.9 ve %0.29). Beş yaş altı çocuk ölüm oranı ise %0.26’dır.<sup>2</sup> Bu veriler ışığında Türkiye sağlık düzeyi açısından incelendiğinde ise orta düzeyde olan ülkeler arasında yer almaktadır. Hedef, en geç 2010 yılında bebek ölüm hızının binde 2’nin altına çekilmesidir. Bu zor hedefe ulaşmak yoğun ve planlı bir çalışma ile gerçekleştirilebilir.<sup>3</sup>

Çocuk sağlığı göstergeleri açısından Türkiye’nin bölgeleri arasında da dengesizlik mevcuttur. Ülkenin genel olarak kuzeyinde, İç Anadolu bölgesinde ve doğusunda bu problem daha yoğun bir şekilde yaşanmaktadır.<sup>4</sup> Bebek ölüm hızında kırsal kesimin göstergeleri kentsel kesime göre daha kötü durumdadır.<sup>4</sup> Bu bölgeler, genellikle dağlık ve kırsal arazisi çok geniş olan, halkın eğitim seviyesi de diğer bölgelere göre daha düşük bulunan yerlerdir. Gelişmiş bölgelere göre dezavantajlı durumda olan kırsal yerleşim birimlerine özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha etkin bir biçimde götürülmesi, büyük bir önem taşımaktadır.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nda “*Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir*” denilerek herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlaması teminat altına alınmıştır.<sup>5</sup> Sağlık politikasının en önemli hedefi bölgeler arası farkların azaltılmasıdır. 1960’larda “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” ile önemli bir sistemin temeli atılmıştır.<sup>6</sup> Ancak istenen başarı sağlanamamıştır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerine öncelik vererek, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği artırmak ve bu hizmetlerden herkesin ihtiyacı oranında yararlanmasını sağlamak, çağdaş sağlık sistemlerinin önde gelen amaçları arasındadır. Böylece kişilerin yaşam kalitelerini ve sağlık standartlarını yükseltmek mümkün olabilir. Çağdaş bir sağlık sistemi, “Herkes, her zaman ve her yerde” sağlık hizmeti sunulmasını sağlamalıdır.<sup>2</sup>

Temel sağlık hizmetleri alanında iyi tasarlanmış ve performansa yönelik bir sağlık sistemi anlayışı bulunmamaktadır. Temel sağlık hizmetlerinin kurumsal konumunun diğer hizmet düzeyleri üzerinde belirleyici etkiye sahip olacağı bir yapıya kavuşturulması gereklidir.

Gerçekçi olmayan veya yetersiz planlamaların, direkt veya dolaylı olumsuz sonuçlar doğurduğu bilinmektedir. Böylece sistemin üretkenliği azalmakta, işleyiş olumsuz yönde etkilenmekte, maliyetleri artmakta ve kaynaklar dengesiz olarak dağılmaktadır.<sup>1</sup> Bütün bunların sonucunda toplumun ihtiyaç duyduğu yerde, zamanda ve hakettiği nitelikte sağlık hizmeti alması güçleşmektedir.

T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010 yılına kadar, bölgedeki insanların esnek ve duyarlı bir hastane sistemi ile desteklenen aile ve topluma dayalı temel sağlık hizmetlerine daha iyi ulaşabilmelerini hedeflemektedir.<sup>3</sup>

Yeni bir sistem tasarlanırken bir yandan ideal durum, diğer yandan da ilgili ülkenin kendi kalkınma öncelikleri dikkate alınmalıdır. Oysa bugün birçok gelişmekte olan ülkede, sağlık kaynaklarının dağıtım biçimi yoksulların yaşadığı kırsal alanların gerçeklerini ihmal etmekte ve dolayısıyla sağlıklı olma potansiyeline ulaşma açısından ciddi fırsat eşitsizliklerine neden olmaktadır. Bu olumsuzluğun giderilmesi için hizmetlerin eşitliği ve ulaşılabilirliği açısından sağlık politikalarının kırsal alanlar lehine değiştirilmesi gerekmektedir.<sup>7-9</sup>

Dünyada ve ülkemizde bu güne kadar etkili ve rasyonel bir insan gücü planlamasının yapıldığı iddia etmek de mümkün değildir.<sup>10</sup>

Sağlık hizmetlerinin verilmesinde kırsal bölge için, nüfus büyüklüğü, köylerin büyüklüğü,

kent merkezine olan uzaklık gibi birçok faktöre göre yapılmış değişik tanımlamalar mevcuttur.<sup>11,12</sup>

En az bir tabip, bir sağlık memuru ve bir hemşire/ebeden oluşan bir sağlık ekibinin, belli bir program çerçevesinde, hekim istihdam edilmemiş yerleşim birimlerinde yaşayanların sağlık kayıtlarını oluşturarak, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini sunması *gezici sağlık hizmetleri (GSH)* olarak adlandırılır. GSH'nin kentsel bölgelere göre daha az gelişmiş durumdaki kırsal bölgelerde rutin ve düzenli olarak verilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin ile poliklinik hizmetlerinin bir arada verilmesi, izlem ve değerlendirmelerin yapılması, kaynakların yeniden dağılımı sağlanarak GSH'nin hekim tarafından gerçekleştirilmesi, strateji olarak benimsenmelidir.<sup>13</sup>

Bu hizmetler, öncelikle sağlık kurumlarına uzak, nüfusun yoğun olduğu riskli yerlere ve riskli gruplara (bebekler çocuklar, doğurganlık çağındaki kadınlar, yaşlılar, kronik hastalığı olanlar vb.) sunulur. Bu kapsamda verilebilecek hizmetler arasında, ana ve çocuk sağlığı ve aşılama, aile planlaması, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, kronik hastaların izlenmesi, sağlık eğitimi, sunulan hizmetlerle ilgili kayıtların düzenlenmesi sayılabilir.

Bu çalışmadan amaç, Türkiye'nin kırsal bölgelerinde sağlık hizmetleri sunum özelliklerinin incelenmesi ve bu alanlarda yeniden yapılandırmanın gerekliliğinin de tartışılmasıdır.

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışma 2004- 2007 tarihleri arasında Türkiye genelinde 81 ilde gerçekleştirilmiştir. İlk olarak sağlık il müdürlüklerinden, sağlık hizmetlerinin planlanmasında kullanılabilecek soruların bulunduğu bir veri toplama formunu doldurmaları istenmiştir. Veri toplama formunda şu maddelerin yanıtlanması istenmiştir:

1- İl-ilçe, köy-mezra arasındaki sağlık kuruluşuna bağlı nüfus,

2- Yerleşim birimlerine minimum ve maksimum ulaşım mesafeleri (gidiş dönüş kilometre olarak) ve süreleri,

3- Fiili çalışan sayıları, dönüşüm uygulanması durumunda ihtiyaç duyulacak personel sayısı,

4- Dönüşüm uygulanması durumunda toplam personel ile günde kaç köye (aynı güzergahtaki 3-5 köy göz önünde bulundurularak) gezici sağlık hizmeti verilebileceği,

5- Gezici sağlık hizmetleri için araç mevcudu ve ihtiyacı,

6- Aşağıdaki açıklamaya göre, takiben belirtilen sorunun yanıtlanması istenmiştir.

“Kırsal kesimdeki hizmetin kalitesini artırmak, bu yerleşim yerlerindeki ilçe hastanelerinin de faaliyetlerinin düzenlenmesini gerektirir. Personel dağıtım cetveline göre ilçe hastanelerinde genel cerrahi uzmanı, dahiliye uzmanı, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, kadın hastalıkları ve doğum uzmanı kadrosu bulunmaktadır. Ancak bazı ilçe hastanelerinde bu dört ana branş uzmanının hiç biri bulunmamaktadır. Bu sebeple ilçe hastaneleri dört ana branş uzmanı bulunan ve bulunmayan hastaneler şeklinde iki gruba ayrıldığında ve ulaşım nedeniyle hizmetin en iyi şekilde nasıl verileceği hesaplanarak gruplama yapılırsa, mevcut kaç ilçe hastanesinden birinci grupta kaç adet hastane, ikinci grupta ise kaç adet hastane bulunmaktadır? Birinci gruba girecek hastanelerde görevlendirilecek uzmanların, ikinci grup hastanelerdeki uzman tabiplerin yer değiştirmesi yoluyla karşılanmasına gidileceği varsayıldığında, merkezî konumdaki kolay ulaşılabilir bazı ilçe hastanelerini daha donanımlı hale getirerek hizmet kalitesi artar mı?” Bu soruya 1- Artar 2- Artmaz 3- Fikrim yok seçeneklerinden birini yanıt olarak vermeleri istendi.

Seksen bir il yöneticisinden tamamı veri toplama formlarını doldurup geri göndermiştir. Eksik doldurulan formlar ilgililere gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra tekrar doldurtulmuştur. Veri formları ile toplanan bu veriler sayı ve yüzde değerlikleri kullanılarak analiz edilmiştir.

Kırsal kesimde yaşayan nüfus 20.838.397 olarak ele alındığında, standart sağlık hizmetlerinin sunulabilmesi için kabul edilen hekim başına 3000 nüfus hesaplamasına göre; hekim, ebe / hemşire ve sağlık memuru sınıflarından her biri için 6946 sağlık personeli ihtiyacı ortaya çıkmaktadır.

**TABLO 1:** Gezici sağlık hizmeti verilmesi gereken yerleşim birimleri, toplamı ve nüfusu

İlçe sayısı	61
Belde sayısı	381
Köy sayısı	31495
Mezra sayısı	10966
Toplam yerleşim yeri	42493
Toplam nüfus	11543141

## BULGULAR

İl-ilçe, köy-mezra arasındaki sağlık kuruluşu ve bağlı nüfus sorusuna verilen yanıtlar ile tesbit edilen veriler Tablo 1'deki gibidir.

Ülke genelinde 61 ilçe, 381 belde, 31495 köy ve 10966 mezrada sağlık ocağı, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, sağlık merkezi ve 50 yatak altı hastane gibi değişik sağlık kuruluşları bulunmaktadır. Bu yerleşim birimlerinin toplam nüfusu 11543141'dir.

Sekiz yüz elli ilçede bulunan 42493 yerleşim yerindeki 11543141 nüfusa gezici sağlık hizmeti verilmesi gerekmektedir.

Çalışmamızda bebek, çocuk, doğurganlık çağındaki kadın nüfusu, yaşlılar, kronik hastalığı olanlar gibi risk gruplarının nüfus içindeki ağırlığı ile minimum ve maksimum ulaşım süreleri dikkate alınarak yapılan hesaplamada, bu yerleşim birimlerinden ortalama günlük 30 tanesine gezici sağlık hizmeti verilebileceği sonucuna ulaşıldı. Her yerleşim birimine bir ay içinde bir kez gidileceği düşünüldüğünde bir ay (22 iş günü) içinde 865579 km yol kat edileceği bulundu.

Aşılama hizmeti verilebilmesi, gebe ve bebek izlemi yapılabilmesi için ayda en az bir kez her köye gidilmesi gerekir. Bu durumda 31495 köyden her gün ortalama 1431'i ziyaret edilmelidir. Hekimlerin yapacakları ziyaret sayısı hesaplandığında her hekimin her ay ortalama 9.3 köyü ziyaret etmesi gerektiği bulunur. Bir günde üç köyü ziyaret edileceği kabul edildiğinde, bir hekimin her ay ortalama üç gününü köy ziyaretleri ile geçireceği sonucu elde edilmiş olur.

Gezici sağlık hizmeti vermesi planlanan sağlık kuruluşlarının çalışan toplam personel sayıları ile ayda bir kez GSH'nin yerleşim birimlerindeki sağlık kuruluşlarında çalışan tüm sağlık personeli tarafından dönüşümlü (tüm personelin (pratisyen, sağlık memuru, hemşire ve ebe) sırayla görevlendirilmeleri) olarak yürütülmesi halinde, ihtiyaç duyulacak personel sayısı ve bu arada sağlık kuruluşlarında rutin olarak verilmesi gereken hizmetlerin de sürdürüleceği düşünülerek hesaplanan personel ihtiyaçları Tablo 2'deki gibidir.

Türkiye genelinde GSH verilmesinde önemli bir eleman olan şoför durumu analiz edildiğinde, 1401 mevcuda karşılık, öngörülen gezici sağlık hizmetleri için görevlendirilmesi gereken şoför sayısı, 1607'dir. Bu hizmetlerin dışında diğer rutin hizmetlerin yürütülebilmesi için de ayrıca 1268 şoföre ihtiyaç duyulacaktır.

Türkiye genelindeki bu sağlık kuruluşlarında toplam araç sayısı, binek tipi, ambulans, donanımlı gezici araç ve diğer araçlar olmak üzere, toplam 3174'dür. Mevcut, gezici sağlık hizmetleri için ihtiyaç ve bu hizmetler dışında rutin hizmetler için gerekli olacak araç sayıları Tablo 3'te görülmektedir.

Personel dağıtım cetveline göre ilçe hastanelerinde genel cerrahi uzmanı, dahiliye uzmanı, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, kadın hastalıkları ve doğum uzmanı kadrosu bulunmaktadır. Ancak bazı ilçe hastanelerinde bu dört ana branş uzmanının hiç biri bulunmamaktadır. Bu sebeple ilçe hastaneleri dört ana branş uzmanı tam

**TABLO 2:** Gezici sağlık hizmetleri için personel mevcudu ve ihtiyacı.

Personel	Fiili çalışan	Dönüşüm halinde ihtiyacı	Diğer sağlık personeli ihtiyacı
Uzm.Dr.	530	*	682
Pratisyen Dr.	9632	338	1763
Hemşire	10280	2880	1918
Ebe	15777	3510	2025
Sağlık Memuru	6659	2563	1379
Diğer	9854	1401	1043

\* Uzman hekimler GSH'de görevlendirilmemektedir.

**TABLO 3:** Gezici sağlık hizmetleri için araç mevcudu ve ihtiyacı

Araç	Mevcut	GSH	Rutin hizmetler
		için ihtiyaç	için ihtiyaç
Araç	1018	1292	695
Ambulans	1790	1050	384
Donanımlı gezici araç	66	---	---
Diğer araçlar	300	---	243
Toplam	3174	2342	1322

olan ve olmayan hastaneler şeklinde iki gruba ayrıldığında, mevcut 515 ilçe hastanesinden birinci grupta 290 (%56.3), ikinci grupta ise 225 (%43.7) hastane bulunmaktadır. Gruplama, ulaşım nedeniyle hizmetin en iyi şekilde nasıl verileceği hesaplanarak yapılmıştır. Birinci gruba girecek hastanelerde görevlendirilecek uzmanların, ikinci grup hastanelerdeki uzman tabiplerin yer değiştirmesi yoluyla karşılanmasına gidileceği varsayıldığında, merkezi konumdaki kolay ulaşılabilir bazı ilçe hastanelerini daha donanımlı hale getirerek hizmet kalitesinin artırılabilceği, 81 il yöneticisinden 61'i (%75.3) tarafından uygulanabilir bulunmuştur. Bu uygulamanın hizmet kalitesini artırmayacağı fikrine sahip il yöneticisi sayısı ise sadece 7 (%8.6)'dir.

## TARTIŞMA

Bu çalışma ile geniş bir coğrafyada yer alan ülkemizde, sağlık kuruluşuna bağlı nüfus, yerleşim birimlerine minimum ve maksimum ulaşım mesafeleri, yeniden yapılanma durumunda gezici sağlık hizmeti için ihtiyaç duyulacak personel sayısı, araç mevcudu ve ihtiyacı belirlenerek, kırsal sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesine katkı sağlanması amaçlanmaktadır. Ayrıca kırsal kesimdeki ilçe hastanelerinin daha işlevsel olup olamayacağı irdelenmektedir. Yeniden yapılanma ile mevcut personel sayısına rağmen daha iyi hizmet verilebilirliğinin tartışmaya açılması amaçlanmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü, sağlık çalışanlarındaki eksikliklerden büyük oranda etkilenmiş 57 ülke belirlemiştir. Sağlık sistemlerinin, özellikle kırsal bölgelere personel çekme ve elinde tutmada yaşadığı

zorlukların birçok nedeni vardır. Bu nedenlerden bazıları küresel, bazıları da yereldir. İnsanları ayrılmaya iten "itici" faktörlerin (kötü çalışma koşulları, güvenlikle ilgili endişeler, yetersiz eğitim, yetersiz kariyer geliştirme fırsatları, insan kaynaklarının yönetiminin yetersiz olması ve çatışmalar) yanı sıra, sağlık çalışanlarını diğer ülkelerdeki kuruluşlarda daha iyi koşullarda çalışmaya çeken, bazı çekici faktörler vardır.<sup>14</sup> Parasal ve parasal olmayan teşvikler ile motivasyonu sağlamanın, öngörülen modellerde kırsal bölgelerdeki sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği açısından önemli olduğu da ortadadır.

Değişik faktörler etkili olmakla birlikte sağlık hizmeti sunumunda mevcut problemlerin başlıca sebepleri, sağlık personeli dağılımındaki dengesizlik ve çalışan sağlık personelinin motivasyon eksikliğidir. Çalışanların motivasyonunu artırmak amacıyla, hekimin çalışacağı yerin bütün özellikleri göz önünde bulundurularak özendirici yollara başvurulabilir.<sup>15</sup> Personel dağılımında coğrafyaya özel bir düzenleme yapılması eşitsizlikleri azaltacak başlıca yaklaşımlardandır. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin birinci basamağında yani sağlık ocaklarında hekim ve ebe başına düşen nüfus sayılarında en kötü ilk on il arasında batıdan sadece İstanbul ili yer almaktadır. Bu durum %38 oranı ile en kötü Doğu Anadolu'da ve %28 ile İç Anadolu'dadır. Bu bölgelerde özellikle ebesi bulunmayan sağlık evi oranı ise %80'lere kadar çıkmaktadır.<sup>16</sup>

Gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun bugün ulusal sağlık sistemlerinin, giderek artan talepler, kaynak kısıtlılığı, eşitsizlikler, yeterli miktarda ve nitelikte bir sağlık insan gücü oluşturma gibi bir dizi zorluklarla başa çıkmaya ve bu yönde bir takım stratejiler geliştirmeye çalıştıkları gözlenmektedir. Sağlık sistemlerinin sürdürülebilir olması için değişen koşullara adapte olabilmesi, esneklik ve sorumluluğa sahip bulunabilmesi, toplumun arzu ettiği hizmeti ihtiyaç duyduğu anda ve miktarda sunabilmesi, toplumun tamamını kapsayacak finansman ve sunum sistemlerine sahip olması gerekmektedir.<sup>7,17</sup> Kırsal bölgelerde yaşayanlar, sağlık planlamasında öncelikli hedef grubudur.<sup>18</sup> Anne ve çocuk sağlığı açısından dünyada örnek ülkelerden biri olan Finlandiya'da dahi kırsal kesimde (Lapland

bölgesi) hekim çalıştırmakta zorlanılmakta, gelişmiş bölgelerde de bekleme listelerinin oluştuğu bilinmektedir.<sup>19</sup>

OECD ülkelerinde yatan ve ayaktan hasta servisleri sistemlerinde, ne yazık ki halen uluslar arası kabul görmüş karşılaştırmaya imkan verecek standartize edilmiş bilgiye ulaşılammaktadır.<sup>20</sup> Kırsal nüfus için, sağlık merkezlerine olan mesafe, başlı başına belirgin zorluk nedenidir. Ayrıca hava şartları ve finansal bariyerler sağlık birimlerine ulaşımı zorlaştırmaktadır.<sup>21</sup> Mesafe ve ulaşım ücretleri, tıbbi bakımın yapılması ve sürdürülmesi için engeldir.<sup>22,23</sup> Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri'nde kırsal bölgedeki hastalarda, uzman hekim bakımının geçtiği rapor edilmektedir.<sup>24</sup> Britt ve ark.nın Avusturalya'da yaptığı bir çalışmada, kırsal kesimdeki nüfus azaldıkça, hekime ve diğer sağlık personeline ulaşmanın zorlaştığı, nüfusun yaklaşık %30'unun ise sağlık personeline ulaşmak için 100 km üzerinde mesafe katetmesi gerektiği bulunmuştur.<sup>25</sup> Ulaşım için, iki saatten fazla yürüme mesafesi (veya 10 km) genellikle kabul görmemektedir.<sup>26</sup> Örneğin Hollanda'da, kural olarak aile hekimliği ofisleri otomobille 10-15 dakika içerisinde erişilebilir olmalıdır.<sup>27</sup> İspanya'da ise az nüfuslu kırsal bölgelerde küçük birincil bakım merkezleri (PCHC) bulunur ve izole PCHC'lerde birincil bakımın ulaşılabilirliği 20 dakikadan az olmalıdır.<sup>28</sup> Türkiye'de kırsal kesime sağlık hizmetlerinin ne şekilde sunulacağı halen tartışılmakta ve yer yer bazı politikalar hayata geçirilmektedir.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında aile hekimliği uygulaması ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve yeniden yapılandırılması yolu ile uzun vadede toplum sağlığını korumayı ve güçlendirmeyi hedeflemiştir.

Pilot illerde kademeli olarak uygulanmaya başlanan aile hekimliği uygulamasına göre, kent bölgelerinde yetersiz kalan bu hizmetlerin yaygın, örgütlü ve disiplinli şekilde yürütülmesinin yanı sıra, kırsal bölgelerde sağlık ocaklarının üstlendiği fakat personel yetersizliği nedeniyle başarılı olamadığı topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin desteklenmesini sağlayacak yapılanmanın da

gerçekleştirilmesi öngörülmektedir.<sup>13</sup>

Temel sağlık hizmetlerine özel bir önem verilmesi gerektiği, aile hekimliği uygulamasının böyle bir amacın gerçekleşmesinde son derece önemli bir yere sahip olduğu, uygulandığı ülkelerde bu amaca yaklaşıldığını görmek mümkündür.<sup>13</sup> 2005 yılı içerisinde pilot il olarak seçilen Düzce'de uygulamaya başlanan aile hekimliğinin, kademeli olarak Türkiye geneline [bugüne kadar 33 ilde uygulamaya geçilmiş, yaklaşık 19.590.369 (%27.76) nüfusa aile hekimliği hizmeti verilmektedir<sup>29</sup>] yaygınlaştırılması hedeflenmektedir. Uygulamaya geçilen pilot illerde alınan geri bildirimlerin değerlendirilmesi ile başarılı adımların atılması hızlanacaktır.<sup>13,30</sup> Kırsal kesimdeki mevcut sağlık birimlerinin reorganizasyonu ile temel sağlık hizmetinin daha etkili ve verimli olabilmesi mümkün görünmektedir.<sup>31</sup>

Aile Hekimliği uygulamasına başlanan tüm illerde birinci basamak sağlık hizmetlerinden tedavi edici sağlık hizmeti alan hastaların oranlarında artış gözlemlendiği, bağışıklama hizmetlerinde, gebe ve bebek izlemlerinde %95'i aşan oranlara ulaşıldığı bildirilmektedir.<sup>32,33</sup>

Gezici sağlık hizmetleri, aile hekimi ve/veya aile sağlığı elemanının, yerel sağlık idaresince belirlenen sağlık kuruluşu bulunmayan yerleşim birimlerine (ilçe, belde, köy, mezra gibi), özellikle kırsal kesime, belirlenen aralıklarla giderek yerinde vereceği ayaktan teşhis tedavi ile koruyucu sağlık hizmetlerini kapsar. Her hekim, sorumlu olduğu bölgedeki ailelere gezici hizmetleri ulaştırır.

Ancak aile hekimliği bölgeleri planlanırken köylerin ulaşımının göz önüne alınmamış olmasının hem merkezlerde çalışan aile hekimlerinin iş yükünün artmasına, hem de köylerde çalışan hekimlerin kayıtlı nüfuslarının azalmasına neden olduğu rapor edilmektedir.<sup>34</sup>

Çalışmamızdaki verilerin değerlendirilmesi ile ortaya çıkan ve çıkabilecek zorluklarla baş etmek mümkündür. Gezici sağlık hizmeti veren hekimler, her yerleşim yerine periyodik olarak ayda en az bir kez olmak üzere, ayda 16-64 saat gezici sağlık hizmeti vermek zorundadır. Planlamada, aynı yerleşim yerlerine, haftanın aynı günlerinde gidilmesi sağlanmaya çalışılır.<sup>35</sup>

Muayene yeri ile ilgili olarak şunlara temas edilebilir: İlçelerde hekime aynı güzergâhta bulunan 3-5 köy bağlanır. Bağlı olan yerde sağlık evi var ise, haftanın belli bir günü bu sağlık evinde hasta kabul eder. Sağlık evi yoksa muayene yeri ve masası sağlanmalıdır. Gezici sağlık hizmetleri planlanmasında 30 km veya araba ile 30 dakikadan daha uzak konumdaki köylerden başlanmak üzere kademeli bir plan yapılabilir. Bu durumda gerekli ekip sayısı azalacağından, personel ikamesi için de zaman kazanılmış olur.<sup>35</sup>

Gezici sağlık hizmetleri, özel donanımlı gezici araçta, sağlık kurumunda veya şartları uygun hâle getirilmiş ve toplum tarafından kabul edilebilir bir yerde yürütülür. Özel donanımlı gezici hizmet aracının olması, ayakta teşhis ve tedavi hizmetlerinin araçta verilmesini mümkün kılar. Kaynakların etkili kullanımı açısından, öncelikle mevcut binek tipi araçların hizmet planlamasında kullanılması uygun olur.

Sağlık personeli eksikliği gibi, hastane eksikliği de sağlığa ulaşımı etkileyebilmektedir.<sup>36</sup> Avusturyada'da kırsal kesimde cerrahi uzmanlara ulaşım kısıtlı olduğu, uzman bulunması halinde maliyet ve ulaşım zorlukları ortadan kalkacağı bildirilmektedir. Mevcut kırsal uzman hekimleri ise hasta açısından coğrafi yerleşimleri uygun lokalizasyonda değildir.<sup>37</sup> Kırsal kesimdeki hizmetin kalitesini artırmak, bu yerleşim yerlerindeki ilçe hastanelerinin de faaliyetlerinin düzenlenmesini gerektirir. İlçe hastanesi, başta acil olmak üzere, kırsal sağlık merkezlerinden sevk edilen yaygın tıbbi sorunların hepsine bakma kapasitesinde olmalıdır.<sup>26</sup> 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 5. maddesinde, "Yeterli işletme

büyükliğinde bulunmayan sağlık kuruluşları tek bir sağlık işletmesi altında toplanabilir" denmektedir. Bölgesel ikinci basamak hastaneleri tipik olarak iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum, genel cerrahi ve acil tıp bölümleri ile bulunduğu yere göre ağız sağlığı birimini de içerir.<sup>38</sup> Personel dağıtım cetveline göre öngörülen ilçe hastanelerinde genel cerrahi uzmanı, dahiliye uzmanı, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, kadın hastalıkları ve doğum uzmanı bulundurulması, bazı ilçe hastanelerinde başarılammıştır. Hatta bazı hastanelerde dört ana branş uzmanının hiç biri bulunmamaktadır. Yerel sağlık idarelerinin tercihleri doğrultusunda, merkezi konumdaki kolay ulaşılabilir bazı ilçe hastaneleri daha donanımlı hale getirilerek hizmet kalitesinin artırılabilceği söylenebilir.

## SONUÇ

Ülkelerin en az %90'ı, etkili ve maliyet-etkin sevk sistemleri ile ikinci ve üçüncü basamak hastane hizmetlerine sevk ve buradan geri bildirimle hizmetin sürekliliğini sağlayan kapsamlı temel sağlık hizmetlerine ve entegre temel sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlere ve hemşirelere sahip olmalıdır. Ayrıca, sağlık, sosyal ve diğer sektörlerden multiprofesyonel sağlık ekiplerinin ve yerel toplumun da katılımı sağlanmalıdır.

Bütün olumsuzluklara rağmen, kırsal kesimdeki mevcut sağlık birimlerinin reorganizasyonu ile daha etkili ve verimli temel sağlık hizmeti verilmesi mümkün görünmektedir. Başarılı adımların atılmasının zaman alacağı unutulmamalı, yeni stratejilerin anlamlı bir sistemle gözlenmesi ve geliştirilmesi gerekmektedir.<sup>17,30</sup>

## KAYNAKLAR

1. Hampel D. [Key conditions for improving health of the population in Africa, Asia and Latin America]. DSE-Zentralstelle für gesundheit, Arzte-Info Marz 2001; Nr.25, p.2-4.
2. Hamzaoğlu O. [The interpretation of health of Turkey]. STED 2008;17(3):5-7.
3. Öztekin Z, Akdur R, Aycan S, Afşar Öz, Soydal T, Üner S, ve ark. [Chapter 1-6 Introduction, Goals and Strategies]. Herkesine Sağlık-Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri (Sağlık 21). 1. Baskı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını, Barok Matbaacılık; 2001. p. 1-4, 71-3.
4. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. [Chapter 9: Infant and Child Mortality]. 1. Baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü; 2003. p.113.
5. Gözler K. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. [Health, Environment and Housing]. Resmi Gazete, n.2709. Başbakanlık Basımevi, 1982. No 17863, p.24.
6. Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü. [Law to socialization of services], Resmi Gazete, n.224. Başbakanlık Basımevi; Number 10705, 1961;4(1):1486.
7. Şahin B, Top M. [Bigger expectations at the smaller world: Future health systems]. Health and Society 2002;12(3):3-13.
8. Boelen C, Haq C, Hunt V, Rivo M, Shahady E. Improving Health Systems: The Contribution of Family Medicine, A Guidebook, WONCA (World Organization of Family Doctors). 1<sup>st</sup> ed. Singapore: Bestprint Printing Company Pub; 2002. p.10-2.
9. Hogart J. Glossary of Health Care Terminology, Conspicuous. Public Health in Europa, No.4. Copenhagen: World Health Organization, Geneva, Distributed by Regional Office for Europa, 1975. p.9-11.
10. Gümrükcüoğlu FO, Tosun N, Yol S, Septioğlu AS, Zırh H, Solak A, et al. [The Report of the Ratio of Health Workers to Population in Turkey]. 1. Baskı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını, Uyum ajans; 2008. p.11.
11. Ricketts TC, Johnson-Webb KD, Taylor P. Definitions of Rural: A Handbook for Health Policy Makers and Researchers. Federal Definition of Rurality. Chapel Hill, NC: North Carolina Rural Health Research and Policy Analysis Center, University of North Carolina; 1998. p.3-7.
12. Coburn AF, MacKinney AC, McBride TD, Mueller KJ, Slifkin RT, Wakefield MK. Choosing Rural Definitions: Implications for Health Policy. Defining Rural, Issue Brief no. 2. Columbia, MO: RUPRI Rural Policy Research Institute Health Panel 2007. p.1-2.
13. Korukluoğlu S, Üstü Y, Kasım İ, Doğusan AR, Hacıımamağaoğlu A. [Transition to and planning of family medicine, Family medicine and mobile service in rural areas]. Aydın S, editör. Aile Hekimliği Türkiye Modeli. 1. Baskı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, Çetin Ofset; 2006, p.74-88.
14. McColl K. Fighting the brain drain. BMJ 2008;337:a1496. doi: 10.1136/bmj.a1496.
15. Doğusan AR, Üstü Y, Kasım İ, Korukluoğlu S, Uğurlu M. ["Was the article 224 of law to socialization of services successful?"]. Primary Health 2004;1(2):25-30.
16. Kılıç B. [Health planning and employment policies for Turkey manpower]. TAF Prev Med Bull 2007;6(6):504-5.
17. Figueras J, McKee M, Cain J, Lessof S. Learning From Experience, Health systems in Transition. Chapter 4; Reforming of Continuum of Care, 1<sup>st</sup> ed. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, WHO, 2004. p.3-8, 93-6.
18. Top M. [Priority setting in health services: general overview an learning from international experience for Turkey]. Health and Society 2003;13(1):7-9.
19. Local Information Documents and Reports of Research of Health System of Finland. 1. Baskı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını; 2003. p.2-3.
20. Raffel M. The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries. Introduction. University Park and London. Paris: The Pennsylvania State University Press; 1984. p. 5-7.
21. Panelli R, Gallagher I, Kearns R. Access to rural health services: Research as community action and policy critique. Soc Sci Med 2006;62(5):1103-14.
22. Watt IS, Franks AJ, Sheldon TA. Rural health and health care. BMJ 1993;306(6889):1358-9.
23. Greenberg ER, Dain B, Freeman D, Yates J, Korson R. Referral of lung cancer patients to university hospital cancer centers. A population-based study in two rural states. Cancer 1988;62(8):1647-52.
24. Cox J. Poverty in rural areas. BMJ 1998;316(7133):722.
25. Britt H, Miles DA, Bridges-Webb C, Neary S, Charles J, Traynor V. A comparison of country and metropolitan general practice. Med J Aust 1993;159(Suppl):S9-64.
26. Kranwinkel M, Renz-Polster H. District health system. Medikal Practice in Developing Countries.1st ed. Neckarsulm: Jungjohann Verlagsgesellschaft; 1995. p.11-4.
27. Wayenburg VC, WEEL VC, Yaman H. [Family medicine in the Netherlands]. Aile Hekimliği Dergisi 2007;1(4):23-5.
28. Lopez-Abuin JM, Garcia-Iglesias MC, Yaman H. [Family medicine in the Spain]. Aile Hekimliği Dergisi 2008;2(2):18-20.
29. Çom S. [Family medical practice in the current weather]. Aile Hekimliği Dergisi 2008;2(5-6):30-3.
30. Akdağ R. [Chapter VI; Components of the Health Transformation Programme]. Sağlıkta Dönüşüm. 1. Baskı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını, Ata Ofset; 2003. p.1-3.
31. Langley GR, Minkin S, Till JE. Regional variation in nonmedical factors affecting family physicians' decisions about referral for consultation. CMAJ 1997;157(3):265-72.
32. Taş ME. [After the 2 years of experience family medicine Implementation in Adıyaman]. Aile Hekimliği Dergisi 2008;2(5-6):12-3.
33. İler B. [Family medicine practice in Düzce; from the beginning to the present]. Aile Hekimliği Dergisi 2008;2(1):34-7.
34. Aydemir Hİ. [Family medicine practice in Çorum from the view of a family medicine specialist]. Aile Hekimliği Dergisi 2009, 3(3):1.
35. Uğurlu M, Korukluoğlu S, Üstü Y, Kasım İ, Doğusan AR. [Chapter VI; Family Doctor]. In: Aile Doktorları İçin Kurs Notları, Birinci Aşama. Eğitici için rehber. 1. Baskı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını; Ata Ofset; 2004. p. 193-9.
36. Larson SL, Fleishman JA. Rural-urban differences in usual source of care and ambulatory service use: analyses of national data using Urban Influence Codes. Med Care 2003;41(7 Suppl):III65-III74.
37. Rankin SL, Hughes-Anderson W, House AK, Health DI, Aitken RJ, House J. Costs of accessing surgical specialist by rural and remote residents, ANZ J Surg 2001;71(9):544-7.
38. Hensher M, Price M, Adomakoh S. Referral hospital. In: Jamison DT, Breman JG, Measam AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, et al., eds. Disease Control Priorities in Developing Countries. Chapter 66. 2<sup>nd</sup> ed. Oxford: Oxford University Press; 2006. p.1229-42.