

ÇEVİRİ

PİYASA GARİP BİR YARATIK GENEL PRATİSYENLİK DEĞİŞEN POLİTİK VE SOSYOEKONOMİK YAPININ GEREKLERİ İLE KARŞI KARŞIYA

Dr. Steinar WESTIN*

Yoksulluğun Sağlığa Zararlarının Yeniden Keşfi

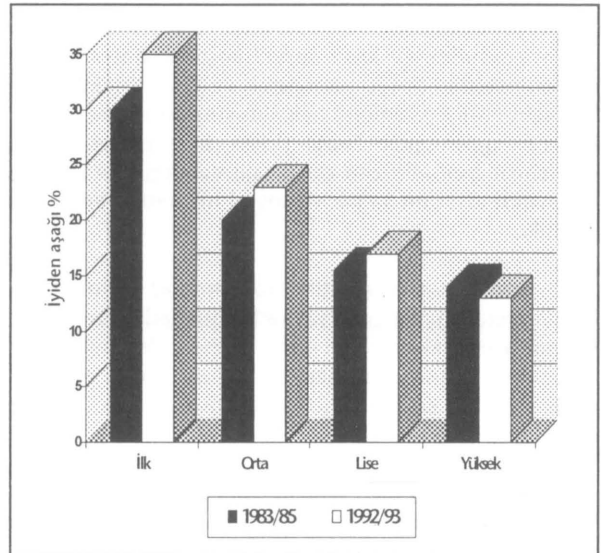
Sağlık hizmetlerinin ön safında yer alan genel pratisyenler hastalarının sağlığı ile yaşam koşulları arasındaki kuvvetli bağlantıyı bilirler; barınma, beslenme, aile ekonomisi, iş fırsatları, ani iş kaybı, işsizlik riski, politik/sosyo-ekonomik yapıya bağlı tüm faktörler. Yöremizde ters giden birşeyler olunca hastalar kapımızı çalarlar: Çok az yardım şansımız olduğu hallerde dahi bizim zorlu görevimiz belirti ve gereksinimlerin yapısını anlayabilmektir. Modern sosyal tıbbın öncülerinden J.P. Frank 1821'de ölmeden önce "fakirlik tüm hastalıkların nedenidir" demiştir.

Ters olan bir durum; halen tıp camiasında araştırmaların gündemini olayların doğduğu ortamdan uzak, temiz şilteler içindeki hastane ortamında ve kağıt üzerinde çalışan uzman hekimlerce belirleniyor olmasıdır. Şu anda uğraştığımız kan basıncı, kolesterol düzeyi, biyokimyasal belirleyiciler ve bireysel seçimlerin uzantısı olarak ortaya çıkan sağlıksız yaşam tarzının bir bileşeni olarak sosyo-ekonomik koşullar gibi risk faktörlerini onlar belirlemiştir. Oysa Norveçli genel pratisyen Asa R. Evensen'in "özgüven

eksikliği yüksek kolesterol kadar sağlığa zararlıdır" sözlerine katılmamak mümkün değildir.

II. Dünya Savaşı sonrası eşitsizliği aşmaya yönelik politik hareketlerin verdiği ilham ve hastane tipi düşünme yolu ile, en azından batılı ülkelerde sosyal eşitsizliğin sağlığa etkilerinin büyük ölçüde aşıldığına inanmaya yönlendirildik. Mortalite ve morbidite göstergeleri nüfus ortalamaları olarak verildi ve bu sosyal risk faktörlerine bağlı olası büyük eşitsizlikleri örttü. 1980'ler başında İngiltere'de "Sağlıkta Eşitsizlikler" başlıklı raporda sosyal eşitsizliklerin sağlığa etkisi mortalite ve morbidite olarak öyle açık ve yüksekti ki Thatcher hükümeti kamuoyuna açıklanmasını engelledi. Aslında İngiltere'de durum diğer ülkelerden kötü değildi ama konu bilimsel olarak vurgulanmıştı. Sağlık alanında değil eşitsizlikler, büyüyen uçurumlar vardı. (Bakınız Şekil 1)

Şekil 1: 16 yaş üzeri Hollandalı'larda eğitim düzeyine göre "iyiden aşağı" sağlık düzeyinde olduğu belirlenenlerin oranı



14. WONCA (Dünya Aile Hekimleri ve Genel Pratisyenler Ulusal Kolej ve Akademileri Organizasyonu) Konferansı, Hong-Kong 1995- Family Practice, Oxford University Press, Vol.12 No.4 Özet Çeviri: Dilek Gören**, Dr. Ünal Ertuğrul***

* Prof. Dr. Toplum Hekimliği ve Genel Pratisyenlik Bölümü, Trondheim Univ.-Norveç.

** H.Ü. Edebiyat Fakültesi, İngilizce Mütercim Tercümanlık Blm. Öğrencisi.

*** TTB Pratisyen Hekimler Kolu

Prof. Dr. Westin 1995, Mersin III. Pratisyen Hekimlik Kongresi'nde TTB'ye Pratisyen Hekim Kolu'nun konuğu olmuş, bize Norveç genel pratisyenlik mezuniyet sonrası eğitim sistemi ve bu alanda elde ettikleri deneyimi aktarmıştı. Norveç modelinin kurucusu olarak bilinen bu değerli akade-misyenin bize kişisel iletişimle aktardığı, piyasa ekonomisi ile 1. basamak sağlık hizmetleri ilişkisini inceleyen makalesini okuyunca, biz 1. basamakta neleri, hangi noktadan yakalayarak tartışıyor ve yaşamı etkileyebiliyoruz sorusu yeniden aklımıza takıldı. Bu nedenle bu makaleyi özetleyerek de olsa sizlerle birlikte paylaşmak istedik. (Dr. Ünal ERTUĞRUL)

Şu anda ise alınabilecek önlemler gündemdedir. Giderek artan sayıda tıp birliği ve kolejler sosyal adalet ve eşit dağılılan sağlık hizmeti için tüm dünyada seslerini yükseltmeye başlamıştır.

Dünyada Yoksulluğa Yeni Bakış Açısı

Dünya Sağlık Örgütü'nün "sağlıkta hakkaniyet" (equity) terimi "sağlıkta eşitlik"ten (equality) farklıdır. Sağlık hizmetlerinde "equity"; sağlık hizmetinin gereksinime göre ve herkesi kapsayacak şekilde sağlanması demektir... 1978 Alma Ata bildirgesindeki öncelikli isteklere uyum, taahhütlerin aksine gelişmiş ülkelerde daha yüksek olmuş, diğerlerinde bu yaklaşım ancak fakir ve açların zenginleri rahatsız edebilecek toplu göçlerinin engellenmesi düzeyinde kalmıştır...

1995 Dünya Sağlık Raporu "Boşlukların Kapatılması" alt başlığı dünya sağlığına en dobra bakışı vermektedir: Yoksulluk en ölümcül hastalıktır... Benzeri konular 1995, Mart-Birleşmiş Milletler Sosyal Gelişme için Dünya Zirvesi'nde vurgulanmıştır. Pakistan eski Maliye Bakanı Mabdul Ul Haq yoksulluğun sınırlar ötesi olduğunu vurgulayıp, eklemiştir: "Dünyada yoksulluğun tam tanımı kuzey güney ayırımı ile sınırlı değildir. Bir çok gelişmekte olan ülke lider ve üst sınıfları, zengin ve yoksul ülkelerdeki büyüyen yoksul-işsiz yüzdesini bastırmak üzere, kendi insanlarını sömürüyor, zengin ülkelerin zengin insanlarına çalışıyorlar."

Bu uğursuz ittifakın bir başka yönü de, yoksul ülkelerin tahıl ve proteinlerini zengin ülkelerin hamburger ineklerini beslemek için satmak zorunda olmalarıdır. "Yiyeceklerini satın almalıyız ki bize olan borçlarını ödeyebilsinler!" ifadesi bu ticaretin sloganı olmuştur.

Bunların Genel Pratisyenlik İle Ne İlgisi Var?

İlgi güçlüdür ve iki aşamalıdır:

1- Yoksulluk ve kötü sosyal koşullar hastalarımızı etkilemektedir. Sosyo ekonomik ve politik faktörlerin hastaları nasıl etkilediğini halka duyurmak mesleğimizin köklü bir geleneğidir. Tablo 1'deki vb. işsizlik etkileri iyi incelenirse bunun bizim klinik çalışmalarımız ve toplum düzeyinde de tüm sağlık ve sosyal hizmetleri etkilediği anlaşılır.

2- Ekonomik ve politik yapılanmalar bizim halka hizmet vereceğimiz çerçeveyi etkilemektedir. Ne tür bir sistemle çalışırsak çalışalım -sabit maaş, sözleşme, hizmet başı ücret, kamu ya da özel sektör- bir yerde, mutlaka verdiğimiz hizmetin eşitlik ilkesine uygunluğunu sorgulayacağız.

Yoksa, nüfusun bazı kesimlerine hiç, bazısına yetersiz hizmet vererek, hizmetin gereksinim yerine parayı izlediği bir çerçeveye tabi olmaya mecbur muyuz?

Tablo 1: İşsizliğin Sağlık Üzerine Etkileri

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----|-----|
| Genel pratisyene başvuru | : % 20'ye varan artışlar | | |
| Uzmana sevk | : % 60 | " " | " " |
| Rapor süreleri | : % 50 | " " | " " |
| Bakımevinde kalma riski | : % 300 | " " | " " |
| 10 yılda ölüm riski | : % 50-100 | " " | " " |

Tersine Hizmet Kanunu'na Ziyaret

Ünlü İngiliz pratisyen hekim J.Tudor Hart'ın 1971'de Lancet'de yer alan tezine göz atmanın sanırım en uygun zamanı: "İyi bir tıbbi bakım görme olasılığı, hizmet verilecek kitlenin gereksinimi ile ters bir orantı gösterme eğilimindedir. Bu "inverse care law", tıbbi bakım hizmetleri piyasa güçlerine bırakıldığında daha etkili işlerken, bu tip maruziyetlerin azalması ile birlikte daha az işler. Tıbbi bakımın piyasa ile düzenlenmesi ilkel ve tarihsel anlamda güncel olmayan sosyal bir formdur ve buna dönüş kaynakların daha bozuk dağılımına neden olacaktır."

Daha 1971'de deneylerle kanıtlanmış eşitsizliklere göz atılırsa:

- Coğrafi: Fakir kırsal alanlara, zengin kentsel alanlardan daha az hizmet verilmesi.
- Mesleki: İş sağlığı hizmetlerinin restoranlar ve işyerlerinden çok banka-sigorta şirketleri yoluyla verilmesi.
- Ekonomik: Aktiflerin yani çalışanların işsiz ya da iş piyasası ile ilgisizlerden daha iyi hizmet görmesi.
- Cinsiyet: Kadınların "yakınmalarının" erkeklerin "hastalıklarından" daha az ciddiye alınması.
- Sosyal sınıf: Zengin ve sağlıklı olanlara daha iyi bakım sağlanması.
- Hastalık tipi: Akut hastalıkların, kroniklere ve sakatlanmalara göre daha fazla kaynak çekmesi.

Piyasa Liberalizmi Dünyasında Genel Pratisyenlik

Artan masraflar ve ileri teknoloji tıbbi uzmanlıkların kontrol dışına taşan harcamalarıyla başedemeyen hükümetler, pes edip, sağlık hizmetlerini piyasa güçleri ve profesyonel rekabetin beklenen avantajlarına terkederek sorumluluklarından kaçmanın yolunu buldular. Durumun komik tarafı, bu yöntemler zaten pahalı olan Amerikan sağlık sistemini çökme noktasına getirirken, dünyanın büyük kısmına sağlık hizmeti modelleri için proje oluşturan düşünce ve anlayışla aynı ideolojinin ürünüdür. İngiltere'deki fund-holding (sabit nüfusa ayrılmış sabit sağlık kaynaklarının hekimce kontrol edildiği ödeme sistemi) reformu gibi uygulamalarla bu anlayış, 1. basamak hizmetlerini tüm dünyada hayli etkilemiştir.

Sağlığa Yatırım mı?

Dünyada sağlık alanında özelleştirme ve piyasa

rekabetinin hızlı yayılımının bir nedeni bazı hükümetlerin ekonomilerini oluşturur ya da yeniden yapılandırırken dış yardımına başvurdukları IMF ve Dünya Bankası gibi kurumlardır. 1993'deki Dünya Bankası Gelişim Raporu'nda yer alan "Sağlığa Yatırım" 320 sayfalık belge ve istatistik bütünüdür. İlk anda temel sağlık hizmetleri için bir koz gibi görünür ancak pratisyen hekimlik kavramından ve 1991 WONCA (Dünya Aile Hekimleri ve Genel Pratisyenler Ulusal Koleji ve Akademileri Organizasyonu) bildirisi; Sağlık Hizmetlerinde Pratisyen Hekimin Rolü'ndeki düşüncelerden yoksundur. Piyasa mantığından ciddi şekilde etkilenen rapordan, temel sağlık bakımının ancak en düşük seviyeli ve ucuz olduğu sürece onay gördüğü, hatta, böyle olduğu sürece polikliniklere, hastalığa özel servislere, 1. basamak hizmeti veren uzman hekimlere dayalı kurulmasına dahi ses çıkarılmayacağı anlaşılmaktadır.

Dünya Bankası destekli modellerin temel özelliği sağlık yatırımı sloganına uydurulan ve fakir hükümetlerin sağlık bütçelerini dengelemek için yollar olarak ortaya çıkan tüketici sağlık harcaması paylarıdır.

British Medical Journal'dan Afrikalı bir kadının hikayesi bize ipucu verebilir:

Bu Theresanın hikayesi; "Afrika'da bir hastanede ameliyat olmayı bekliyordu. Ancak çok fazla hasta vardı. Onun ameliyatı bir başka güne, ya da aya ertelenecekti."

"Bu ertelenmeler olağandır, fakat Theresa ümidini kaybederek öyle bir ağladı ki, daha önce görmemiştim". Yazar kadının hikayesinden daha önce yardımsız bir doğum yaparak pelvise hasar verdiğini, bunun sürekli idrar sızdıran bir veziko vajinal fistüle yol açtığını ve acil cerrahi müdahale gerektirdiğini öğrendi.

"Sanırım Theresa ertesi gün hükümetin ameliyatları ücretli yapma planını başlatacağını biliyordu. Fakir bir kadındı. Ameliyatının ertelenmesiyle birlikte tedavi ümidini de kaybettiğini düşünüyordu. Bundan önceki beklentileri de boşuna olmuş olacaktı".

Ve hikayenin "anafikri": "Uluslararası Para Fonu ve Dünya Bankasının baskısı altındaki birçok güçsüz Afrika hükümeti sağlık bakımı ve eğitimden kesintilere ve ücretli tedaviye zorlanmışlardı. Theresa'nın gözyaşları politikaların insani sonuçlarıydı."

Bu acı vaka takdimi fakir ülkelerde başlanacak tüketici ödemelerinin ilk etkilerini, hastane kabullerindeki %50'den fazla azalmayı işaret etmektedir.

Piyasa Garip Bir Yaratık:

Piyanın garip bir yaratık olduğu benim gibi sizin de aklınıza gelebilir. Neye benzediğini tam olarak kimsenin bilmediği gibi kimse tarafından görülememiştir de. Dik kafalı olmakla beraber toplumun her köşesinde sesi rahatlıkla duyulabilir. Verdiği mesajlardan anladığımız

kadarıyla seçme özgürlüğünü, küçük halkçı yaklaşımlara yeğler ve hastaları ödeyen müşterilere çevirme fikrinden hoşlanır. Miyopi ölçümleri ve korunmadan daha çok tedaviyi onaylaması nedeniyle miyop olduğu anlaşılıyor. Meraklılığını ve yenilikçi düşüncelerini, son teknolojiye olan inanılmaz açlığını ilginç buluyoruz.

Açıkçası fakirden pek hoşlanmaz. Ona göre "adalet" söylenmesi zor bir kelimedir ve "dayanışma"nın nasıl hecelendiğini kesinlikle bilmez. Dürüstlüğü iyi bilir: Bildiğiniz gibi piyasa asla yalan söylemez.

Adalet ve dayanışma müzakere konusu olduğunda, piyasa herkesi kapsama yerine "hedefleme"yi tercih eder. Hedefleme, "doğru kişilerin doğru zamanda, doğru yararlar ödüllendirilmesi" anlamına geldiğinden kulağa hoş gelir, parasızlara daha çok muayeneyi ima eder. Aslında, "gerçekten ihtiyacı olan" için korunan çıkarlar daha çok fakirin tanımlanması ve rezil edilmesini gerektirir. Bu durum piyasayı endişelendirmez çünkü o fakiri tanımaz onlar sadece "marjinalize" dir. Böylece, artık piyanın gerçekten de garip bir yaratık olduğuna inanabilirsiniz.

Bununla beraber, ciddi bir kalıtsal sorunla, intihara olan anlaşılmaz eğilimi ile karşılaşıyoruz. Fakat, sorunların elden geçirilmesinden hiç hoşlanmıyor ve kendisini kontrole almaya çalışanları bir çok yaratıcı yöntemle, rahatsızlık da vererek engelliyor.

Cinsiyeti konusunda birşey söylemedim fakat, korkarım ki erkek. Yaşayan pek çok erkek varlık gibi gücünü -bugünlerde hızla yaptığı gibi- çoğalarak arttırıyor.

Piyanı kendi haline bırakıp -ki bu onun da hoşuna gidecektir - birkaç noktayı toparlayacağız.

Primer Sağlık Hizmeti ve Genel Pratisyenlikte Üç Strateji

Primer bakım ve genel pratisyenliğin tüm dünyadaki geleceği üç ana temaya dayanmaktadır. Burada subjektif davranmak benim ayrıcalığım olduğundan farklı stratejileri göstermek için bu çok basite indirginmiş anahtar kelimeler tablosunu vereceğim (bakınız **Tablo 2**). Bunların ayrıca WONCA, Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Bankası tarafından da vurgulanacağına inanıyorum. Her strateji ögesine, kuvvetli bir vurgu için üç yıldız, hiç önemi olmayan veya çok zayıf vurgu için sıfır verdim. Genel pratisyenlik kavramı, koruyucuk, eşitlik, piyasa mekanizması veya tüketici ödemeleri/katılımı konularındaki puanlamaya katılıp katılmamak size kalmış birşey.

1-İlk önce, 1991 WONCA Bildirisinde belirtildiği gibi kendi organizasyonumuzun insiyatifleri var. Burada, sağlık hizmetlerinin ilk safında genel veya daha özel eğitim almış hekimlerin bulunması fikri vurgulanmaktadır. Bunlar tam nüfusa sürekli ve detaylı bir temelde hizmet veren primer bakım ekipleri olarak çalışacak ve ikincil bakım için birer kapıtutucu/süzgeç olacaklardır.

Tablo 2: Üç Etkili Organizasyonun Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Geleceğine Bakışında Amaç ve Tutumlarının Yorumlanmış/Skorlanmış Tablosu

| Organizasyon | Hedefler ve Kastedilen | | | | |
|-------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| | Genel Pratisyenlik İdeolojisi | Koruyucu Hizmetlere Odaklanma | Hakkaniyete (Equity) Odaklanma | Piyasa Mekanizmalarını Savunma | Kullanıcı Katılım Paylarını Savunma |
| WONCA | *** | ** | **? | *? | *? |
| WHO (DSÖ) | ** | *** | *** | 0 | 0 |
| Dünya Bankası Vb. | * | *? | 0 | *** | *** |

*** Kuvvetli vurgu
 ** Orta düzeyde vurgu
 * Zayıf vurgu
 0 Hiç vurgulanmamış

2-Dünya Sağlık Örgütü tarafından ileri sürülen ikinci strateji, primer bakım ve önlemler üzerinde durmaktadır. Genel pratisyenlere veya daha az eğitilmiş tıbbi personel ekiplerine dayalı olsa da hizmet sunumunda eşitliği sağlamaya çalışmaktadır. Koruyucu hizmetlerin önemini ve ruhunu anladığı sürece eğitim eksikliği gözardı edilebilir.

3-Üçüncüsü (ve muhtemelen kaynak kullanımı açısından en kuvvetlisi) ise Dünya Bankası'nın da savunduğu gibi "sağlığa yatırım yapmak" primer bakım düzeyinde en maliyet-etkin olanıdır. Bununla beraber, piyasa yönetimi, profesyonel rekabet ve tüketici ödemeleri/katılımı kavramlarına uymadığı takdirde genel pratisyenlik ideolojisini pek desteklemez. Dağarcığında eşitlik kavramı yoktur.

Karşılaşılan Sorunlar

Dünya sağlığının kötü durumda olduğunu hepimiz biliyoruz. Bunların aksine, şans eseri, genel pratisyenlik iyi durumda. Genel pratisyenliğin hayatiyeti, gelecekte karşılaşılabilecek sorunları ele alan dünya çapındaki bu konferanstan belli olmaktadır. Genel pratisyenlik, sağlık sistemlerinin öncü dalı olarak kalabilmek için politik ve sosyoekonomik yapılara, ahlaki, klinik ve bilimsel önderliğini kanıtlayacak şekilde katlanabilmelidir. 1991 WONCA Bildirisinin, genel olarak bahsedilen eşitlik ilkele-

rinin daha da ayrıntılandırılması gerekse de, bu açıdan oldukça kapsamlı olduğunu düşünüyorum. WONCA ve WHO arasındaki işbirliğini artırmaya yönelik hareketler sevindiricidir ve bu konuyu belirginleştirebilir. Bu arada, hizmet verme yükümlülüğümüz olan kitleye karşı mesleki itibarımızı arttırmak karşılığında kişisel kazançlardan feragat etme akıllılığını göstermek durumundayız.

Bu açıdan, sağlık hizmetleri organizasyonunda eşitlik ve "solidarity" erdemlerine bağlanmak, "stratejik egoizm" in profesyonel versiyonu olarak görülmelidir.

Toplumumuzun gözlemcileri ve pratisyenlerimizin gözetmeni olarak, klinik ilişkilerimizi sosyal mikroskoplara kullanarak kullanabiliriz. Bilimsel beyinlerimizi keskinleştirerek, toplumda hiç beklenmeyen sağlık etkilerini bile gözlemleyip bildirebiliriz. Genel pratisyen ruhumuzu dinleyerek, zenginlikten çok ihtiyaçlara göre primer bakım hizmetleri verebiliriz.

Dünyadaki onlarca, yüzlerce, binlerce genel pratisyenin kendi yerel bölgelerindeki politik güçleri azımsanacak gibi değildir, aksine etki faktörümüz bu günlerde artmıştır. Bu potansiyeli farkedip kullanmak pratisyen hekimliğinin en büyük sınavıdır.