

## Gözlem ve Görüşler

### Genel Sağlık Sigortası İçin Aile Hekimliği Uygulaması Mutlak mıdır?

Dr. Ersin YARIŞ\*

Sağlık hizmetlerinden ne bu hizmeti alabilenler ne de hizmeti verme çabası içinde olanlar memnun... Bu memnuniyetsizliğin bir kaç alt başlıkta incelenebilecek çok sayıda nedeni bulunmaktadır. Bunlar aynı zamanda, uygulamaya sokulması düşünülen ve bir reform olarak tanımlanan Genel Sağlık Sigortası Yasası'nın da gündeme getirilme ve bu uygulamanın desteklenmesinin istenme gerekçeleri arasındadır.

Bu yazıda, uygulanagelen sağlık hizmet modelinin savunusundan çok getirilmek istenen sistemin öne sürülen gerekçeleri tartışılacaktır.

İnsanın sağlıklı yaşama hakkı tartışılmaz bir olgudur. Ancak bu hakkın ne ölçüde elde edilebildiği de başlıbaşına bir tartışma konusudur. Ülkemizde herkesin bu hakkının farkına vardığı, kullanmak üzere talepte bulunduğu, talepte bulunulmırsa beklentileri ötesinde yararlanabildiği ve tatmin olduğu söylenemez. Bu sürecin ilk akla gelen nedenlerinden birisi hemen herkesin kabul ettiği "ekonomik yetersizlikler"dir. Hem ülkenin hem de insanların bir takım yetersizlikleri yaşadığı bir sürece GSS'nin bu süreci tersine çevirebilecek ne gibi "yeterlilikler" sağlayabileceği sorusu hemen akla geliyor. GSS'nin örgütlenmesi konusunda somut bir model üretemeyen Sağlık Bakanlığı, kaynak artırımının nasıl sağlanacağı konusunda da tatminkar bir açıklamada bulunmamıştır. Bizce GSS'nin kendisi, bu kaynağın artırılması amacıyla yönelik sermaye birikimini sağlayacağı hülyasın-

daki "özel girişim" destekli "kamu girişimi"nden çok "devlet destekli" "hür teşebbüs" uygulaması olacaktır. Sigorta şirketlerinin sermaye sıkıntıları varsa -ki pek öyle görünmüyor, bu amaca yönelik olarak sağlık dışındaki diğer alanlarda kendilerine ciddi çalışma olanakları yaratılabilir.

GSS ile pastadan sağlığa ayrılan payı arttırmada başarı beklenmese de GSS'nin ekonomik açıdan kötü durumda olan ve sağlık hizmetine bu nedenle ulaşamayan insanların gereksinimlerini, oluşturulacak bir havuz sayesinde karşılayabileceği iddia edilebilir. Bu bir açıdan doğrudur; ancak eksiktir. Bu iddiayı tartışırken GSS ile getirileceği öne sürülen söz konusu hizmetten mevcut sistemde zaten yararlananların, yararlanamayacakların, yararlanacakların ayrıntılı bir profilini verilmekte yarar görüyoruz.

Ülkemizde çalışan sınıfın büyük kesimi kamuda memur ya da işçi olarak çalışmaktadır. Bunlar bakmakla yükümlü oldukları kişilerle birlikte SSK'nin ya da Emekli Sandığı'nın sunduğu sağlık sigortasından yararlanmaktadırlar ve sayıları hiç de azımsanamayacak ölçülerdedir. Yine oldukça fazla sayıda insan özel sektörde sigortalı olarak çalışmaktadır. Bunlar da bakmakla yükümlü oldukları kişilerle birlikte SSK'nın sunduğu sağlık sigortasından yararlanmaktadırlar. Bir grup insan ise kendi ekonomik gücüyle doğal olarak "sigortalı"dır ve bu grubun da GSS gibi bir beklentisi olduğu söylenemez. Esnaf ve küçük işletmeciler içinse zaten var olan bir sigorta sisteminin (BAĞKUR) bulunduğunu biliyoruz. Bu sistemin de, -GSS için düşünüldüğü gibi- ödenecek primlerle ayakta kalmayı hedeflediğini ancak şu anda ciddi sorunlar yaşadığını da biliyoruz. Mevcut aksaklıkların giderilmesiyle söz konusu kesimin de işler bir sağlık sigortasına kavuşabileceği söylenebilir.

Asıl sorunlu gruplar kırsal alanda yaşayan küçük çiftçiler, tarım sektöründe çalışan güvencesiz işçiler, sigortasız olarak sanayii sektöründe çalıştırılan işçiler ve işsizlerdir. Aslında küçük çiftçilerin SSK bünyesinde prim ödeyerek sigortalı olma (Tarım Sigortası) hakları vardır. Bu sistem yaygın bir şekilde işletilse ve duyurulsa acaba bu kesim geniş oranda sigorta kapsamına alınamaz mı? Sorunlu olarak tanımladığımız diğer grup olan ve hangi sektörde olursa olsun sigortasız olarak çalıştırılan insanlar için söylenebilecek şey yasalara aykırı bir durumla karşı karşıya olduklarıdır. Eğer bu insanlar çalıştırılıyor ve güvencesizlikleri sürüyorsa bu durum devletin bir ayıbıdır ve eğer devlet bu ayıbını giderebilse bu insanları da otomatikman si-

(\*) Ondokuz Mayıs Üniversitesi ABD Tıp Fakültesi Farmakoloji Araştırma Görevlisi

gortalı hale getirebilecektir. Zaten bu konuda GSS'nin getirebileceği yeni bir şey yoktur ve bu sorun yalnızca eldeki yasalara ciddi biçimde işlerlik kazandırılmasıyla çözümlenebilecektir.

Sorunlu son grup ise işsizlerdir. Bunların yalnızca sağlık alanında değil hiç bir alanda güvenceleri yoktur. Eğer gücümüz yeni iş alanları açmaya yetmiyorsa, yapılması gereken aslında yalnızca sağlık sigortasının değil genel olarak işsizlik sigortasının da sağlanmasıdır.

Şu anki sistemde sağlık hizmetine gereksinim duyan ama bu hizmete ekonomik nedenlerden dolayı ulaşamayan insanlar için yetersiz bazı mekanizmalar bulunmaktadır. Bunların ilki devlet hastanelerinde uygulanagelen yoksul hastaya ücretsiz tedavi hizmeti, ikincisi "Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı", üçüncüsü ise vakıftan bağımsız olarak sürdürülen toplumsal dayanışma ve yardımlaşmadır.

Bu mekanizmalardan ilkini ele alacak olursak, bu uygulamanın Sağlık Bakanlığı'nın son genelgelerıyla başlamadığını belirterek söze başlamak uygun olacaktır. Devlet hastaneleri bu hizmeti, yine kendilerine devlet tarafından genel bütçeden aktarılan kaynakları, bunlar yetmediği için de hastanelerin döner sermaye işletmelerinde oluşan birikimleri kullanarak vermektedirler. Sonuçta bu kaynak, aslında vergi veren insanların devletin genel havuzuna aktardıkları katkılardan sağlanmaktadır. GSS ne yapacaktır? GSS kurumu, genel havuzdan değil de genel havuzdan pek de bağımsız olmayan ve insanların ödedikleri sağlık sigortası primleriyle oluşturulacak özel bir havuzdan bu hizmetin bedelini ödeyecektir. Sonuç aynı yere varacaktır ve bedel yine insanlardan toplanan vergi ya da primlerin devletin sol değil sağ cebinde toplanıp oradan "sigorta şirketlerinin aracılığı" ile hizmeti verecek birimlere ulaştırılmasıyla ödenecektir. Burada yine asıl hedeflenenin sigorta şirketlerine "komisyonculuk" sayesinde bir miktar sermaye aktarımı sağlamak olduğu açıkça görülmektedir. Buradaki komisyonculuğun elbette ki sebze-meyve komisyonculuğundan biraz farkı olacaktır.

Burada yapılabilecek bir spekülasyon, "sonuçta hastanelerin ve döner sermayelerinin kısmen rahatlayabileceği" şeklinde olabilir. Görünen yanı bu olabilir ama unutulmaması gereken bir diğer nokta, şu anki sistemde oluşan havuzun bir kısmının GSS havuzuna aktarılacağı için küçülebileceği, genel bütçeden devlet hastanelerine aktarılacak payın da bu küçülmeden etkilenebileceği gerçeğidir. Küçülen paylarsa diğer yandan gelebilecek nisbi bir rahatlamayı nötralize edebilecektir. Ayrıca ileride değinileceği gibi GSS'den her hastane aynı payı alamayabilecektir. Bu durumda genel bütçeden aktarılan paylardaki en küçük bir küçülmenin, bazı hastaneleri şimdikinden de ciddi bir sıkıntıya sokabileceği akıldaki tutulmalıdır.

Şu anda var olan ikinci bir dayanışma –belki de bir yerel hatta genel sağlık sigortası– mekanizması, "Fak-Fuk Fon" olarak da tanımlanan "Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı"dır. Bu yazının konusu içindeki yeri ise genel bütçeden ayrılan payla, yerel karar mekanizmalarının ağırlık taşıdığı böyle bir yapının oluşturabileceğine örnek olmasından ibarettir.

Ulusal gelirden sağlık harcamaları için ayrılan payı artırmak ciddi bir siyasi tercihtir. Bu açıdan başarılı olması beklenmeyen GSS uygulaması, var olan kaynakları sektör içinde rasyonel biçimde dağıtarak herkesi sağlık hizmetine ulaşma hakkından yeterince yararlanabilir hale getirebilecek midir? GSS'nin teorisyenlerinin bu, anlamda bir vaadi vardır. İlke olarak da bu sistemin "olmazsa olmaz" bir kuralıdır. Ancak şu anda genel bütçeden ayrılan pay artırılmadan çok daha fazla insana aynı hizmetin götürülebileceğinin iddia edilmesi hayalden başka bir değer taşımaz. Eğer gerçekten bu hedefe ulaşılabilecekse dahi, söz konusu hizmetin göstermesi yanı ağırlık taşıyacak ve niteliği tartışılacaktır.

Günümüzde serbest piyasa ekonomisinin geçerliliğini söylem olarak kabul etmek "çok sesliliğin" ön koşulu (!) olarak dayatılmaktadır. Bu söylemde ön plana çıkan bir tartışma, bu yolla hizmetin kalitesinin artacağı varsayımdır. Oysa yaşanan durum bunun gerçeğe pek de uymadığının ip uçlarını vermektedir. Sağlık alanında istenen özelleştirme, verilen hizmeti niteliğinden çok maliyetini artıracaktır. Bu sırada kalite yükselse dahi, bu yükselme tıptaki temel bir değerlendirmenin ekonomideki karşılığı olan "yarar/zarar (maliyet)" oranını tatminkar biçimde büyütmecektir. Bu arada elde edilebilecek kalite yükselmesi olsa olsa ticari anlayış gereği, kaba bir deyişle "müşteriye iyi muamele"nin karşılığı olarak "güleryüz" şeklinde kendini gösterecektir.

Son yıllarda sözü sık edilen "insan sağlığının meta olarak değeri" nedir? Bizce çok yüksektir. Çünkü insan en yüce değerdir. Bir reklam sloganı olarak "insanlar iyi şeylere layıktır". Ama iyi şeylere öyle herkes ulaşamaz; iyi şeylere bedeli karşılığında ancak bu bedeli ödeyenler ulaşabilir. Bunun karşılığı ise sağlık alanında "paran kadar sağlık"tır. GSS bu durumu tersine çevirebilecek midir? Bu soruya olumlu yanıt vermek ne yazık ki olanaksızdır. Çünkü GSS herkese aynı kalitede sağlık hizmeti vermek gibi bir ilkeyle yola çıkmamaktadır. GSS "herkese sağlık hizmeti" götürceğini iddia etmektedir. Bu durum karşısında "hiç yoktan iyidir" diyebilenler olacaktır. Ama yola çıkıştaki bu iki farklı ilke aslında zaten var olan kalite uçurumunun daha da açılması sonucunu doğuracaktır ki bu da sistemin en baştan ölü doğması anlamını taşıyacaktır.

Bu konuyu biraz daha ayrıntılı olarak ele alırsak, aslında günümüzde herkese sağlık hizmeti götürüyor olmanın ancak görüntüde bir değer taşıdığını anlarız. Var olan sistemde köylerdeki sağlık ocakları aracılığı ile herkese sağlık hizmeti verildiği söylenebilir. Burada hizmetin yetersizliği, varlığı kadar açıktır. Siz eğer bu kadar yaygın bir sistem kurabilecekseniz, var olana üstünlüğü kalitesinde olmalıdır. Kalite nasıl sağlanacaktır? GSS gereği, aile hekimleri aracılığı ile elbette... Kimdir bu aile hekimleri? Her isteyen tıp doktoru aile hekimi olabilecektir. Akşam bir genel cerrah olarak yatan bir kişi –genel cerrahlar alınmasın– sabah bir aile hekimi olarak uyanabilir. Aile hekimliğini ayrı bir tıp disiplini olarak ele alabiliyorsak eğer, bu amaca yönelik eğitimini de herhalde düşünde olacaktır bu aile hekimi arkadaşımız...

Diyelim ki bu üstün aile hekimleri gerekli bilgi, beceriyi zaten tıp fakültesinde almış olsunlar! Kaliteyi yükseltmek için ne gerekecektir başkaca, bir düşünelim. Elbette ki uygun bir mekan gerekecektir, öncelikle. Şu andaki köy sağlık ocaklarına benzer birer mekanları olacaktır bu aile hekimlerinin. Nasıl mı? Bunu aile hekimleri bilmiyorlarsa gecekondu teknolojisini çok iyi bilen çevrelerden teknoloji desteğini herhalde makul bir bedel karşılığında sağlayabileceklerdir. Demokrasilerde değilse bile serbest piyasalarda çareler tükenmez!

Aile hekimleri pembe panjurlu, duvarları lam-birili bu mekanlarını kaliteli sağlık hizmeti verebilmek için neyle donatacaklardır? Doğal olarak, birinci basamak sağlık hizmeti verebilme çabalarında kendilerine yardımcı olacak laboratuvar malzemeleri ile donatacaklardır. Devletin neredeyse 70 yılda donatmadığı sağlık ocaklarının bulundurması gereken cihazları aile hekimleri eğer miras-yedi değıllerse ve sermayeyi kediye yüklemeyi göze alabiliyorlarsa nasıl elde edeceklerdir? Bu sorunun yanıtı aslında çok kolaydır. İnsanları "otomobillendiren" bankalar, aile hekimlerini de "mikroskoplandıran" bir güzel de santrifüjden geçirebilirler. Karşılığında ise serbest piyasanın gerektirdiği dolara endeksli "cüzi" bir faiz isteyebilirler. Ah şu "faizci zihniyet"!!

Parasal kaynağı bulunca aile hekimleri, hizmeti birlikte götürebilecekleri ekipleri oluşturmaya başlayacaklardır. Aile hekimleri, denetimi altındaki insanların gebelik muayenelerinden tutun da yeni doğan evresindeki izlemelerine, aşılardan tutun da geriatrik sorunlarına kadar her türlü sorunlarıyla ilgilenmek zorunda kalacaklardır. Bu kadar işi de bir aile hekiminin tek başına yapamayacağı açıktır. Sağlık ocaklarının benzer işlevleri vardır ve pek çoğunda tamamlanamasa da bulundurmaları gereken kadro bir hayli geniştir. Bir aile hekimi kendisi devlet değil sadece bir aile hekimi olduğu için bu kadar büyük bir kadroyu elbette ki oluştur-

mak, ücret ödemek istemeyecektir. Bu nedenle akıllı bir işveren olarak en az sayıda personelle en fazla işi yapmak, bu personele de verebileceği en düşük ücreti vermek isteyecektir. Bütün bu saydıklarımız ise en az, şişkin ve atıl kadrolar kadar kaliteyi düşürmeye yetecek nedenlerdendir. Yetersiz bir ekiple aile hekimi istenen kalitede hizmeti ancak süpermense götürebilir. Sağlık hizmeti vermek ise insanüstü yaratıkların becerebilecekleri bir iş değildir. Çünkü nesnesi insandır.

Diyelim ki bütün aile hekimleri her türlü maddi sorunu aştılar ve tabelalarını astılar... Bunun kendilerine maliyeti kadar bu ülkeye maliyeti de ağır olacaktır. Ülkemizde 5000 civarında sağlık ocağı vardır. Bunların hepsinin teknik alt yapısı yeterli değildir. Ancak bir çoğunda, şu anda bile kullanılabilir durumda olan ama kullanılmayan, kullanıl-mayan çok değişik tipte malzeme bulunmaktadır. Bunların bazıları demode olabilir ama bir çoğu fonksiyoneldir. GSS ile bu sağlık ocaklarının işlevinin ne olacağı henüz belirlenmemiştir. Belki de sadece adli tabiplik ve benzeri resmi amaçlara yönelik işlev yüklenecek formel kurumlar haline getirileceklerdir. Bu durumda, var olan teknik malzeme ne olacaktır? Zaten cihaz mezarlığı haline gelen resmi kurumların muhtelif depolarında "ebedi istirahatlerine" çekileceklerdir. Ve bu ülkenin insanı aile hekimlerine yeni yeni cihazlar alacaktır. Ve bu ülkenin insanı aile hekimlerine bir sürü cihaz ithal edecektir. Eskimiş teknolojiyi yenisiyle değiştirmek savı ise bu noktada hiç bir geçerlilik taşımayacaktır. Teknolojinin yarı ömrünün bir kaç yıl olduğu bir dünyada yeni teknolojiyi acaba aile hekimleri ne kadar yakından izleyebileceklerdir? Kaliteyi artırmada bu savaşımın rolü ne olacaktır? Sonuçta bizce kazananlar bankalar, ithalat-ihracat şirketleri, medikal galeriler, yitirenler ise aile hekimleri ve bu ülkenin vergi ödeyen insanları olacaktır.

Savurganlık bu kadarla da bitmeyecektir. Tüketim malzemesi savurganlığı da bütün hızıyla sürecektir. Örneğin bir ilçenin beş köyü, üç de aile hekimi olsun. Her hekimin teorik olarak her köyden hastası (belki de müşterisi demek daha doğru) olabilir. Her köyden her hekimin aşılacak bir veya iki çocuğu olsun. Aşı için aile getirmezse, aile hekimi hasta beklemek yerine köye gidip mesaisini aşılama amacıyla harcama yolunu tercih ederse, köye gitmek için harcanacak yakıtta ek olarak aşının flakon ücreti de üçe katlanacaktır. Bu arada her aile hekiminin bir de araç edinmesi gerektiği gerçeğinin altının çizilmesi gerekiyor. Aile hekimi her türlü masrafını GSS kurumu'na fatura edebilir, zararını karşılayabilir ve hatta bireysel olarak kara bile geçebilir. Ama bu durumda gereksiz masrafların faturası ülkenin sağlık isteyen insanına çıkartılacak, her bir çocuk için bir flakon aşı bu sistemle

heba edilebilecektir. Ama insan sağlığı için elbette ki buna değer, değil mi? Bu durumda heba edilen aşının, zamanın, emeğin maliyeti eğitim harcamalarında kısıntı yapılarak karşılanabilir. İlgilenenlere bizden önermesi... Peki ama bu yolla sağlık çalışanlarının tükenen umutları için nereden kısıntı yapılacaktır?

Bizce GSS, bu ülkenin sadece ekonomik kaynaklarını değil insan gücünü de rantabl olmayan bir biçimde kullanacaktır. Sağlık hizmetinin daha yaygın ve nitelikli bir biçimde sunulması gereksinimi özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri'nde şiddetle kendini göstermektedir. Bu yörelerde verilen hizmetin yetersizliği için gösterilecek nedenlerin başında nitelikli personelin buraları tercih etmemesi gelmektedir. GSS bu tercihi ne ölçüde değiştirebilecektir? Tercihin yönünü belirleyen yöreye özgü sorunların hemen çözüleceğini, bu bölgelerin kısa sürede ekonomik ve sosyokültürel yönden gelişmişlik sınırını yakalayabileceğini beklemek tatlı bir düşten öteye geçmeyecektir. O halde GSS ile buralara sağlık hizmeti götürülenlerin bari ekonomik talepleri gerçekleşebilse diye bir düşünce geçiyor aklımızdan... Ama bu da pek mümkün görünmüyor. İrdeleyelim!

Uzun yıllardan beri hekimler arasında yaygın olan bir görüş olarak, hekimlerin birer devlet memuru olmak istemedikleri, çalışma koşulları açısından devlet memuru sınıfından sayılmak istemedikleri şeklindeki bazı yorumlar ön plana çıkmaktadır. Bu istem aslında bir çok haklı noktaya dayanmaktadır. GSS uygulamasının hekimlerin bu istemlerine uygun çözümler getirebileceği yolundaki bazı açıklamalarda hekimlerin birer memur olmaktan çıkabilecekleri, kendi çalışma birimlerinin olabileceği, hatta birer işveren olabilecekleri belirtilmişti. Söylenen bu sözlerin bir miktar doğruluk payı varmış gibi görünebilir. Ancak dikkatli bir inceleme bu sözlerin, hedefi ne denli sapabileceğini gösterecektir.

Evet, GSS ile getirilmesi düşünülen aile hekimliği uygulaması sonucunda sağlık çalışanlarının büyük kısmı devlet memuru olmaktan kurtulacaktır. Hekimler, özellikle de pratisyen hekimler istifa edip GSS kurumu ile "aile hekimi" olarak sözleşme imzalama hakkına sahip olabileceklerdir. Bu şekilde, devlet memuru olmaktan çıkılabilecek, ancak çalışma güvencesi belli dönemlerde yinelenen sözleşmeye bağlı kalabilecektir. Burada altı çizilmesi gereken asıl nokta, devletin kendilerine "memur gibi davranılmaması" taleplerini göz önüne alıp böyle bir formülasyona gitme gereğini duymaktan öte hekimlerin kendisine getirdiği ücret yükünden kurtulma istek ve kurnazlığını göstermek arzusudur. Aile hekimleri memur olmayacaklardır ama GSS Kurumu karşısında hangi birlik, sendika veya benzeri bir örgütlenmeyle "özlük

haklarını" koruyacakları sorusuna da pek tutarlı bir yanıt alamayacaklardır. Açıkçası şu anda yılda iki kez kendilerine verilecek "zam" için bekleyen hekimler, GSS Kurumu'nun iki dudağı arasından çıkacak fiyat tesbitlerini bekler hale gelecekler ve kendi personellerinin de ücret artış taleplerine olabildiğince direneceklerdir. Sonuç ise şu andaki personel rejiminin etkisiyle sağlık çalışanlarının doğudan batıya kaçış isteklerine paralel olacaktır. Sürekli sözü edilen "özendirme tedbirleri" GSS sonrasında yine "bir başka bahara" kalacak gibi görünüyor!

Aile hekimleri GSS Kurumu karşısında örgütlü bir güç oluşturamadıkları sürece ekonomik ve benzeri istemlerine ilişkin yeterli kaynağı elde edemeyeceklerdir. Aslında aile hekimlerinin birer "işveren" olacakları iddiası da gerçek değildir. Oluşturulmaya çalışılan sistemde gerçek işveren GSS Kurumu olacaktır. Sermayesiyle, yasal yaptırım ve denetim gücüyle, GSS patron; aile hekimleri ise bu patronun açtığı ihaleleri üstlenen birer taşeron olacaklardır. Yılda 5000 yeni hekimin katılacağı bu piyasada patron, olabildiğince ucuzca ihale kabul edecek fazla sayıda taşeronu bulmakta pek fazla zorlanmayacaktır. Hekimlerin ağzına çalınan bu balın gerçek tadı çok kısa zamanda anlaşılacaktır.

Aile hekimlerine GSS Kurumu tarafından nasıl bir anlayışla ücret verileceği de belirsizdir. Akla gelen ilk yöntem her aile hekimine belli bir ücret ödenmesidir. Bu yönetime başvurulacağını sanmıyoruz. Çünkü bu biçimde aile hekimleri yine memur olmaktan kurtulamamış olacaklardır. Ayrıca bu yöntem serbest piyasa koşullarında fazla çalışmayı, rekabeti teşvik edecek bir yöntem de değildir.

İkinci ödeme yöntemi ise aylık belli bir taban ücretin verilmesi, sonrasında yapılan her işleme göre fatura karşılığının aile hekimine ödenmesidir. Bir üçüncü yöntem ise taban ücretin hiç ödenmemesi tüm ödemelerin yapılacak işlere göre fatura üzerinden ödenmesidir. Son iki yöntem için herhangi bir denetim mekanizmasının henüz netleşmediğini de belirtmek gerekir. Hekimleri fazla çalışmaya yönlendirebilecek bu mekanizmaların farklı amaçlarla da kullanılabilmesini akılda tutmak gerekir. Ayrıca hangi işlemlerin fatura edilebileceği ise belirsizdir. Yapılacak her türlü tıbbi girişim fatura edilebilecekse işlerin çığırından çıkma olasılığı yabana atılmamalıdır. Hastaya yapılacak her girişim kişiye tümüyle bedavaya gelecekse hekimin iş yükünün son derece gereksiz biçimde artacağı da akılda tutulmalıdır.

Ödeme şekilleri tartışılırken doğal bir kabullenimden yola çıkılmıştır. Bu kabullenim, her türlü ödemenin aile hekimlerine, hastanelere, eczanelere zamanında yapılacağı varsayımına dayanmaktadır. GSS Kurumu yaygın deyişle "ödeme güclüğü"

çekerse ne olacaktır? Bu durumun en somut örneği, prim toplama sistemine dayandırılan Bağ-Kur'un yaşadığı ve yaşattığı sıkıntılardır. Bağ-Kur, üyelerinin sağlık harcamalarını karşılayamaz duruma gelmiştir. Kurumun eczanelere, üyelerinin tedavisini üstlenen sağlık kuruluşlarına aylarca ödeme yapamaması hem bu kuruluşları hem de üyelerini ciddi sıkıntılarla karşı karşıya bırakmıştır. Benzer bir durum GSS Kurumu için de söz konusu olabilecek midir? Bu soruya kesinlikle hayır demek pek mümkün görünmüyor. O halde aile hekimini aday adaylarına zor günler için bir miktar tasarruf yapmalarını önermek gerekecektir.

Anlaşıldığı kadıyla, aile hekimleri birinci basamağın koruyucu hekimliğinden çok tedavi edici yanını üstleneceklerdir. Kendileri ile sözleşme yapmış insanların her türlü yakınmalarıyla ilgilenmeleri gerekecektir. Muayenehanelerinde oturacak ve hastalarıyla ilgilenenlerdir. Küçük yerleşim birimlerinde sağlık ocaklarına başvuran hastaların sayısı hiç de azımsanmayacak rakamlara ulaşmaktadır. Şu anda hemen hemen her sağlık ocağında (hatta bazı köy sağlık ocaklarında bile) birden fazla sayıda hekim görev yapmaktadır. Aile hekimini ise tek başına çalışacaktır. Bu da aile hekiminin muayenehanesinden ayrılamaması sonucunu doğurabilecektir. Başka bir deyişe köy gezileri, aşılama çalışmaları için aile hekimini yeterince zaman ayıramayabilecektir. Koruyucu hekimlik hizmetleri, çevre sağlığı hizmetleri aksayacaktır. Bu bile tek başına sağlık hizmetlerinin faturasını ağırlaştırmaya yetebilecek bir nedendir. Çünkü koruyucu sağlık hizmetlerinin başarıyla uygulanması, tedavi edici hizmetin faturasını azaltabilmektedir.

Yeni sistemde koruyucu hizmetlere ilişkin bir belirsizlik vardır. Bir diğer belirsizlik de sevk zinciri konusunda yaşanacaktır. Şu anda yataklı tedavi kurumlarının verdiği hizmetteki tıkanmanın en önemi nedenlerinden birisi bu zincirin etkin biçimde işletilememesidir. Sevk zinciri memur ve işçiler için bir miktar –ama yeterince değil– işletilebilmektedir. Memur ve işçiler için bile birinci basamak kuruluşları resmi sevk merkezleri, buralarda çalışan hekimlerse sevk memurları konumundadırlar. Sevk isteklerine de pratisyen hekimler bir yere kadar direnebilmektedir. Aile hekimlerinin ise direnme güçleri sifıra yakın olacaktır. Bu iddiamızın gerekçelerini ayrıntısıyla inceleyelim!

Aile hekimleri, çalıştıkları yörenin insanlarıyla sözleşme imzalayacaklardır. Bu yaklaşım, yasanın belki de en demokratik yanı olacaktır. Hastalara bu yolla hekimlerini seçme hakkı kısmen tanınmaktadır. Kısmen diyoruz çünkü o yörede çalışmayı seçmiş belki 5 belki de 10 hekimden birisini seçebileceklerdir. Ancak bu olumlu yaklaşım hekimler için ne denli geçerli olacaktır? Hekim kendisiyle sözleşme imzalamak isteyen kişiyi eğer ekonomik kaybi göze alabiliyorsa kabul etmeme

hakkına sahip olabilecek midir? Bu sorunun yanıtını şimdiden vermek olanaksız... Aile hekimlerinin sözleşme yaptıkları insanlarla sözleşmelerini 6–12 ayda bir yenilemeleri gerekecektir. Burada da aile hekiminin yenilememe, kabul etmeme hakkı olabilecek midir? Sözleşmenin erkenden ya da tek yanlı feshedilmesi durumunda ne gibi yaptırımlar uygulanacaktır? Yaptırım uygulamak demokratik bir yaklaşım olacak mıdır?

Bir süre sonra, sözleşme yenileme olayı aslında sevk zincirinin işlemesi için en büyük engel haline gelecektir. Şu anda toplumun gözünde sağlık ocağı hekimlerine karşı bir güven eksikliği vardır. GSS bu güveni geri getirmeyi kolay kolay başaramayacaktır. Çünkü kırsal kesimde yaygın olan inanış "iyi hekim olsaydı zaten buralara gelmezdi ve şehirde kalırdı" şeklindedir. Şu anda sağlık ocağında çalışan hekimler bilgilerinin değil şanslarının iyi ya da kötü olmasına göre çalışacakları yerleri saptamaktadırlar. Oysa GSS Kurumu'nun aile hekimleri gerekten iş bulabilecekleri yörelere doğru kayma çabası içinde olabileceklerdir. Bu da o yanlış inancı pekiştirmekten başka bir işe yaramayacaktır. Aynı zamanda zaten kendine güven eksikliğini yaşayan hekim için de bir başka mutsuzluk nedeni olacaktır.

Bütün bu ruhsal baskıların etkisi altında aile hekimleri kendisini sevk ettirmek isteyen hastalara sevk endikasyonu koymakta ne kadar tutarlı davranabileceklerdir? Hastaya sevkini gereksiz olduğunu, tedavisinin kendisi tarafından da yapılabileceğini anlatmaya çalışan bir aile hekimini arkadaşımıza "Dr. WX Bey sevk ediyormuş" cümlesi 3 ay sonra bitecek sözleşmeyi hiç mi çağırılmayacaktır? Borçlarının düşünerek bir tek hastayı bile yitirmemesi gerektiğini hatırlayabilecek aile hekiminden sevk konusundaki kararlı tutumunun sürmesi beklenebilir mi? Bizce GSS, ilke olarak getirmeye çalıştığı sevk zincirinin "işlememesi" için tek başına bile yeterli bir engeldir.

Tedavi hizmetlerinin maliyetinde önemli bir diğer komponent ilaç bedelleridir. Şu anki sistemde bile reçete repete etme usulsüz ama sık görülen bir durumdur. Burada hekimin takdiri ağırlık kazanmakta, yine hekimin kararlı tutumu bu usulsüzlük girişimini önleyebilmektedir. Oysa GSS ile reçetesinin bedelini kısmen ya da tamamen resmi kanaldan ödetme hakkına sahip olacak insanların sayısı artacaktır. Yine sözleşme dönemini anımsayan hekim bu tür isteklere ne kadar karşı koyabilecektir? Karşı koyamazsa o hekim kim nereye kadar suçlayabilecektir? GSS'nin maliyet analizini yapacak olan sayın uzmanların bu konuya da hesaplarında yer vermesini önermekten başka bir şey gelmiyor elimizden.

Aile hekimleri ile yataklı tedavi kurumları arasındaki ilişki düzeyi ne olacaktır? Bu soruya da ve-

rilmiş açık bir yanıt yoktur. Sağlık alanındaki özelleştirme çabalarının ışığında, görülen o ki özel hastanelerin sayısı artacak, hatta devlet hastaneleri de mümkün olduğunca özelleştirilecektir. Bu durum ise belki de oteller gibi hastane zincirleri kurulmasına, bunların da uluslararası bacaklarının bulunmasına yol açacaktır. Bu zincirlerin –tröst demek daha mı doğru olacaktır, bilemiyoruz– en son halkaları aile hekimleri olacak gibi görünmektedir. Bu tür devasa yapılanmalar acaba rekabete mi yol açacaktır, yoksa A.B.D.'de son yıllarda görüldüğü gibi küçük ve orta çaplı hastane işletmelerinin yok olmasına mı?

Böylesine bir yapılanmanın içinde ilçe devlet hastanelerinin özelleştirilseler bile rekabet şansları ne olacaktır? Bu hastanelerin verebileceği hizmetin hangi düzeyde kalabileceği belirsizdir. Yine bu hastanelere nitelikli eleman hangi yolla bulunabilecektir? İşlevselliğini veya karlılığını yitiren bu hastanelerin de herhalde pek talibi çıkmayacak ve devlet tarafından hizmet dışı bırakılabilecektir.

Yenisi kurulsun da, eskileri terk edilse de tedavi kurumları ile aile hekimleri arasında organik bir ilişki bulunmak zorundadır. Aile hekimi sevk etmesi gerektiğine inandığı hastasını hangi kuruluşa sevk edeceğine nasıl karar verecektir? "Nasıl olsa hastanelerin de GSS kurumu ile anlaşması olacaktır. Aile hekimi de gerekli gördüğüne sevk edebilir." şeklinde bir görüş olabilir. Bu da tam bir sevk zinciri oluşturamama nedeni olabileceği gibi hastanın tercihinin de ikinci plana itebilir. "Hastanın istediği hastaneye sevk edebilir" diye düşünürsek bu da yukarıda değindiğimiz nedenlerle sevk zincirini baltalayabilir ve çözümsüzlüğü doğurur. Hekimin tercih edebileceği, güvenebileceği hastane konusunda GSS Kurumu'nun yaptırım, yasaklama gücü olacak mıdır? Olacaksa bu neye göre belirlenecektir?

Sevk olunabilecek hastanenin hangisi olacağını büyük bir olasılıkla hastanın ödemekte olduğu prim belirleyecektir. Çünkü bu sistemin temelinde herkesten prim toplamak ve alınabilecek hizmetin kalitesini de bu prime göre belirlemek anlayışı yatmaktadır. Her isteyen her hastaneden hizmet alabilmesi olanaksızdır. Belki de GSS Kurumu bu eşitsizliği giderebilmek için, görüntüyü kurtarmaya bile yetmeyecek şu önlemi alabilir. Herkesin ödediği prim oranında tedavi giderleri için kurumdan alabileceği yardım miktarları belirlenir ve bu miktar kişiye verilir üstünün kendisi tarafından tamamlanması istenebilir, bu yolla isteyen herkesin istediği hastaneden yararlanması (!) sağlanabilir.

Yukarıda da değindiğimiz gibi, getirilmeye çalışılan sistem yalnızca ekonomik kaynakları değil, insan kaynaklarını da savurganca harcayabilecektir. En başta sağlık personelinin olmak üzere halkın da umutlarını çekinmeden harcamaya aday

olan bu sistemin sağlık sistemimizin sorunlarına getirebileceği herhangi bir çözüm yoktur. Çözüm olarak getirdiklerini iddia ettikleri yöntemler ise şu anki sistemin tıkanıp noktalarının ve tıkanma nedenlerinin neler olduğunu görmezden gelen, bu yönleriyle de en baştan çözümsüzlüğe mahkum olan çözümler, çözümsüzlüklerdir. Çözüm önerilerinde göz ardı edilemeyecek ilkeler bizce şunlardır:

- 1) İnsanın sağlığı ticari bir meta olamaz.
- 2) Sorunların çözümünde yatan temel politik tercih, ulusal gelirden sağlık, eğitim ve benzeri konulara ayrılacak payın, üretken olmayan diğer sektörlerle ayrılan paydan daha fazla olması yönünde olmak zorundadır.
- 3) Sağlık personeline yönelik olarak yıllardır sürdürülen her türlü onur kırıcı davranış kalıbı terk edilmeli, dürüstçe insanlara hizmet vermeye çalışan kişilere bürokratik ve politik zihniyetli engeller çıkartılmamalıdır.
- 4) Şu anda sağlık alanında çalışan insanların ciddi ekonomik ve mesleki doyumsuzlukları vardır. Bunu gidermeden, çalışanların bu tür doyumsuzluklarını giderebilmek işini GSS gibi mekanizmalarla sıradan insanların sırtına yıkmak bu sorunları daha da pekiştirecektir.
- 5) Birinci basamak sağlık hizmeti kapsamına nelerin girdiğini ve hangi nitelikleri taşıyan insanların bu hizmeti verebileceğini belirleyip uygun önlemleri almadan böyle bir işe reform havalarıyla kalkışmak, insan faktörünü dışlayan ciddi bir hatadır.
- 6) Böylesine bir maceraya atılmadan önce, elde var olan sistemin aksayan yönlerini nesnel ölçütleri içinde tartışmamak, saptamak ve bu alt yapıyı, bu insan gücünü herekete geçirmeyi düşünmemek "ben yaptım oldu" felsefesinin dışı vurumu olarak kabul edilecektir. Böyle bir yaklaşımın kabul edilebilir bir yanı yoktur.
- 7) Parası olmayan insanları da sağlık hizmetlerine kavuşturuyor görünmek işin şov yanına alkış kazandırabilir. Ama bunun yöntemi olarak seçilen yol –ilke doğru olsa bile– yanlış.
- 8) Sağlık hizmetlerinin verilmesinde yerel karar mekanizmasının ağırlık kazanması sevindirici ama yetersizdir. Her sistemde, devletin yerel politik gücü karşısında hizmeti verenlerin dayanma güçlerini artıracak önlemler alınmalıdır.
- 9) Her ülkenin kendine özgü gereksinimleri olabilir ve özgün çözümleri üretmek gerekebilir. Bir takım ithal çözümlerle, bu çözümleri ulusal düzeyde yeterince tartışmadan ulusal sağlık sisteminin oluşturulamayacağı açıktır.