

GÖZLEM VE GÖRÜŞLER**AİLE HEKİMLİĞİ
TÜRKİYE İÇİN UYGUN DEĞİLDİR**

Gazanfer AKSAKOĞLU, Bülent KILIÇ*,
Reyhan UÇKU**

Küreselleşmenin saldırganlığının giderek arttığı günümüzde toplumların sağlığına yönelik saldırılar da giderek belirginleşiyor. Uluslararası sermayenin ağababası ABD'nin 1980'li yılların sonunda göz diktiğini açıkladığı "büyüyen pazar" içinde yeralan on ülkeden biri olan ve sağlık ve enerji konularında hedef alınan Türkiye'nin sağlıkçıları, o günlerden beri hükümetlerin reform girişimlerine karşı başarıyla direniyor. Son büyük atak, 58. ve 59. hükümet programlarında "kamu" ya (yani "halk"a) karşı olduğunu açıkça dile getiren Adalet ve Kalkınma Partisi (AKP) yönetiminden geldi.

AKP iktidarının henüz bir yılı dolmadan önceki iktidarların eskimiş sağlık reform programlarını "sağlıkta dönüşüm programı" adıyla yeniden piyasaya sürmesi tek bir anlam taşımaktadır: Sağlıkta Özelleştirme. Bu girişimin ana başlıklarını birincil sağlık hizmetinde aile hekimliği, diğer aşamalarda özelleşmiş hastaneler, finansmanda ise genel sağlık sigortası oluşturur. Sağlık insangücünün sözleşmeli olarak çalıştırılması ise programın hem en büyük gereksinimi, hem de doğal bir sonucudur.

AKP'nin attığı adımlar geçmiş hükümetlerce de sık sık gündeme getirilmiş olan eski önerilerdir. Aile hekimliği yaklaşık 10 yıldır, genel sağlık sigortası ise yaklaşık 50 yıldır ülkenin gündemindedir. Hastanelerde özelleşme adı altında başlatılan özelleştirmeler de aslında Özal hükümetleri döneminde başlayan, Çiller döneminde

devam eden girişimlerdir. AKP'nin farkı, girişimlerinde atak, uzlaşmacı olmayan, dayatmacı, dediğim dedik bir yöntem uygulamasıdır.

AKP'nin seçim bildirgesi içinde yer alan bir öneri önemli ipuçları veriyordu. AKP seçim öncesinde "aile hekimlerine muayenehane açabilmeleri için devlet tarafından ucuz kredi verilecektir" önermesini yapmaktaydı. Bu durum AKP'nin seçim bildirgesini yazarken Dünya Bankası (DB)'na danıştığını düşündürmektedir. On yılı aşkın bir süredir Dünya Bankası ve onun artık bir yan kuruluşu durumuna gelen Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tüm ülkelere özelleştirme bağlamında aile hekimliği modelini önermekte ve bunun için kredi sağlamaktadır.

Türkiye'de Dünya Bankası'ndan gelen kredilerin kullanım alanlarının belirlenmesi ve koordinasyonu için 1990'lı yılların başından itibaren Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü kuruldu. 10 yıl içinde Dünya Bankası'ndan alınan yaklaşık yarım milyar dolar kredi ile de proje uygulaması adı altında bakan, milletvekili ve müsteşarların seçim bölgelerine çeşitli göstermelik yatırımlar yapıldı. Ankara'da lüks otellerde akla gelebilecek her konuda defalarca ve günlerce süren toplantılar düzenlendi. Bu toplantıların yeterli olamadığı geçtiğimiz aylarda (Temmuz 2003'te) İstanbul'da "sektörel istişare toplantısı" adı altında ve DB ile DSÖ temsilcilerinin gözetimi altında yeniden toplantı düzenlenmesinden anlaşıldı. Bu kez toplantının aslan payı Birleşik Sağlık Sistemleri adındaki özel bir kuruluşa verilmişti. Bakanlık kadroları değişmiş, ancak bazı kuruluşların "proje" adı altında borçlanılan paralardan nemalandırılması geleneği değişmemiştir.

* Dr., Dokuz Eylül ÜTF Halk Sağlığı AD Öğretim Üyesi

Sözü edilen toplantı Sağlık Bakanı Recep Akdağ'ın "hastalara müşteri olarak bakmasını bazı çevrelerin niçin yadırgadığını anlayamadığını" belirtmesi ile başlatıldı. AKP hükümeti Sağlık Bakanı'nın deyişi ile hastaları "müşteri" olarak görüyor, dolayısıyla artık sağlıkta "parayı veren düdüğü çalar" dönemi başlıyordu. Sağlık Bakanlığının yaygınlaştırılmış bir serbest piyasa düzenine aile hekimlerinin özel poliklinik ve muayenehanelerini hızla eklemeye gayreti içinde olduğu anlaşılıyordu. Kısacası DB'ndan gelecek yeni bir kredi ile ülke özel muayenehane ve poliklinik mezarlığına çevrilme aşamasındaydı. Üstelik "rekabete" dayalı sistemde aile hekimleri muayenehanelerini devlet desteği ile, yani yurttaşın parası ile donatacak ve eğer amaçlarına ulaşabilirlerse bir kaç yıl içinde adım başında muayenehaneleri, röntgen, USG cihazları ve tomografileri ile özel hekimler, özel poliklinikler, yani aile hekimliği sistemi ülkede yaygınlaştırılmış olacaktı.

AİLE HEKİMLİĞİ'NİN TARİHÇESİ

Aile hekimliği, henüz kapitalist düzenle bütünleşip sistemleşemediği dönemlerde kovboy filmlerinde sıklıkla gördüğümüz bir modeldi. Aile hekimi Anadolu kasabalarında da rastlanan, kimi zaman muayenehanesinde, kimi zaman elinde çantasıyla evde hasta bakan, günümüzde çağın gerisinde kalmış bir doktor modelidir. Yaşlı Avrupa'dan, daha doğrusu Birleşik Krallık'tan, önce yeni kıtaya (Amerika'ya) ve şimdi de Türkiye'ye kadar gelen bir sözde uygarlık simgesidir. Geldiği kıtada köklü bir sağaltım geleneğinin sürdürücüsü olan bu simge, muayenehane hekiminin, giderek sağlıkta özel ve girişimci bir sektörün temelini oluşturan, günümüz kapitalist sisteminin doyumsuz döngüsünün de vazgeçilmez bir kar unsurudur.

Türkiye'de aile hekimliği modelinin gelişimini anlayabilmek için 60-70 yıl kadar geriye gitmek yararlı olur. Cumhuriyet sonrası dönemde 1961 yılına dek hükümet tabipliği olarak adlandırılan ve koruyucu hizmetlerle hiç uğraşmayan, salt sağaltıma dayalı bir hekimlik modeli vardı. Günümüzde aile hekimliği adı altında geri döndürülmek istenen bu modelin Cumhuriyet'in ilk yıllarında oluşturulan ve koruyuculuğa dayanan temel sağlık politikası ile karşıtlığı ortadaydı. 1960'lı ve 70'li yılların yoğun kitlesel dinamiğinin ve ileriyeye yönelik hızlı toplumsal ivmenin getirdiği yönelimler sağlık kuruluşlarını ve üniversiteleri de ilerici adımlara yöneltti. Halk sağlığı okulları, toplum hekimliği ve sağlığı enstitüleri açıldı ve önem kazandı. Sendikalar, meslek örgütleri, ilerici ve devrimci kurumlar, kendi amaçları ile örtüşen bu eylemde yerlerini katılımcı olarak aldı. O yıllarda Hacettepe Üniversitesi'ni toplumsal paydayla çakıştığı düşünülen programlarla kuran -bugün hangi amaçlar ve koşullarla oluşturduğu bilinen- kurucu İhsan Doğramacı da bu gelişimin içinde yerini aldı. Nusret Fişek'in görüş ve uygulamalarına değer vermiş göründü, olanaklar sağladı. Ancak 1980 gerici darbesinde karşı safta yerini almakta gecikmedi, Fişek'in kurumlarını kapattı, yetkilerini tırpanladı. "Toplum Hekimliği" görüşünün toplumsal bakış içermesi nedeniyle sakıncalı olduğu, hekim ve diğer

sağlıkçıların dar bakışlı "aile hekimi" görüşü ile yetinmesi gerektiğini savladı. Doğramacı Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK)'nün başına getirilince hekim eğitiminde toplum hekimliği stajlarını kaldırdı, internlik dönemi aile hekimliği dönemi olarak adlandırıldı, aile hekimliği anabilim dalları oluşturuldu.

Hekim ve diğer sağlık çalışanları sağlık sorunlarına artık "toplumsal" değil, "ailesel" yaklaşacaktı. Traji-komik olan, hekimliğin artık kovboylar dönemindekinden farklı olması, ileri derecede uzmanlaşmış bulunmasıydı. Aileye bir tek hekimin bakmasına olanak yoktu. Üstelik bu Aile Hekimi denen kişinin tıp fakültesini bitiren pratisyen hekimlere göre üstünlüğü ya da farkı da yoktu. Ailenin sağlığı genel pratisyen dışında bir hekim üstlenecekse -uzmanlık kurumu nedeniyle- bunun tek bir hekim olması olası değildi.

1980 Darbesi sağlık alanında önemli kurumsal ve kişisel kayıplara neden oldu. Tam süre yasası kaldırıldı. Sağlıkçıların ücretleri yarıya indirildi. Hekimlerden başlayarak zorunlu hizmet getirildi. Toplumsal ve mesleki örgütlenmeye yasaklar ve cezalar uygulandı. Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) kondu. Görünüşe göre sağlıkçılar tüm bu uygulamalardan eşit olarak "mağdur" oluyordu. Bazıları için öyle olmadığı bir süre sonra anlaşıldı. "Aile hekimliği uzmanlığı" adı altında bir dal oluşturulmuştu. Tıp fakültesini bitiren ve iyi düzeyde yabancı dil bilen bir grup hekim zorunlu hizmete gitmiyor, TUS'a da girmeden, bir yabancı dil sınavını geçerek, aile hekimliği uzmanlık öğrencisi olarak devlet hastanelerine başlıyordu. Birkaç aylık iç hastalıkları, cerrahi, kadın-doğum, pediatri ve psikiyatri rotasyonları yapıyor, kısa yoldan uzmanlığa ulaşıyorlardı. Eğitildikleri hiçbir dalın uzmanı olmayacakları ve sağlık ocağında pratisyen hekim olarak da hizmet veremeyecekleri için ya hastane acillerinde ya da Ana-Çocuk Sağlığı merkezlerinde çalışıyorlardı. Farkları yabancı dil bilmeleri, yani kolej eğitimi görmüş olmaları, bir de zorunlu hizmetten kurtulmalarıydı. Bu özellikleri ile sağlık çevresinde adları "paşa çocukları" na çıktı. Doğramacı bir taşla üç kuş vurmuştu: Toplumun hekimliği (ve sağlığı) darbe yemiş, 12 Eylül'cülere şirin görünmüş, gelecekte sağlık politikasını -ismen de olsa- zorlamaya katkıda bulunacak bir kadro yaratılmıştı.

Özal döneminin sağlığa zararları Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın adından "Sosyal Yardım" sözcüklerinin çıkarılması ile başladı. Kaymakama yasalara aykırı olarak sağlığa karışma hakkı verilmesi ve Sağlık Bakanlığının ilaç ticaretine soyunması, nelerle uğraşılacağına göstergeleriydi. Ardından sağlığı özelleştirme girişimleri başladı. Genel sağlık sigortası adıyla haktan ek paralar toplanması, aile hekiminin muayenehanede sistemin kilidi rolünü oynaması gündeme getirildi. Ulusal kongreler toplandı, "uzmanlar ne derse onu yapacağız" dendi. Uzmanlar genel sağlık sigortasına karşı çıkmakla kalmadılar; aile hekiminin toplum sağlığı kaygısı olmadığını, tümelci yaklaşımın

dışında salt sağaltım hekimliğine yöneldiğini, ekip hizmetine uzak olduğunu dikkate alarak "aile hekimi çağdıdır" dediler ve yazdılar. Sözünü tutmayan bakan uzmanların kararlarının tam karşıtını yasa taslaklarına geçirdi. Böylece "keremeti kendinden menkul" aile hekimine "önem vehmedilmiş" oluyordu.

Dönemin yönetiminin "bizim çocuklar" ı yanında artık "iyi çocuklar"ı da vardı, ancak bir yerlere yerleştiremiyorlardı. Gözler üniversitelere çevrildi. Orada kadroları değerlendirmek daha kolaydı, atama da rektörün kaleminin ucundaydı. Üniversiteler zaten "vakıf", "döner sermaye", "toplam kalite" yönelişleri ile özelleştirilmeye ve toplumdaki uzaklaştırılmaya başlanmıştı; iyi çocuklar da buna katkıda bulunurdu. İyi çocuklar üniversitelere alınarak kadrolaşmaya geçildi. Bu çocuklarla sağlık bakanlığı güçlendirilememiş, ulusal sağlık sistemi kurtarılamamıştı. Hiç olmazsa YÖK ile başlayan üniversite kurtarma operasyonuna katkıda bulunabilirlerdi.

İlerleyen yıllarda toplum hekimliği anlayışı geri plana itilmiş, aile hekimliği anabilim dalları ise ileriye göremeyen dar görüşlü yöneticilerinin yol açmasıyla üniversitelerde giderek yaygınlaştırılmıştı. Artık akademik kadrolara yerleşmiş aile hekimliği anlayışının Türkiye için bir sistem haline getirilmesi ve sanayileşmiş kapitalist ülkeler örneklerinde de görüldüğü gibi serbest piyasa ve sigorta sistemleri ile bütünleşmiş bir yapı kurulmasının olanağı sağlanmıştı. Böyle bir aşamada AKP'nin tek başına iktidar olması uzun zamandır başarılı olamamış koalisyon hükümetlerinden canı yanan DB için uygun bir zemin yaratmıştı. Yeni kurulan bir parti ve deneyimsiz kadrolar, konuyu bilmeyen üst düzey yetkililer ve kendisini tümüyle Uluslararası Para Fonu (IMF) ve DB'na teslim etmiş bir iktidar, uzun zamandır "istikrar" bekleyen sermaye kesimini harekete geçirdi. AKP yıllarca uygulamaya konamayan özelleştirme modeli unsurlarını yaşama geçirebilmek için hızlı bir uğraşa başladı. İlk adım olarak sağlık ocaklarında -gerçekte koruyucu ve iyileştirici öğeleri birlikte uygulaması nedeniyle sosyalleştirmenin temelini oluşturan ve İsvetç'te alan hemşiresinin hekim ile birlikte 1970'li yıllardan beri başarıyla yürüttüğü- bölge tabanlı hizmeti salt sağaltım yönüyle uygulamaya koydu. Hekimlere birer bölge verildi, alan ebe ve hemşireleri hekime poliklinik yardımcısı olarak görevlendirildi, alan hizmeti durduruldu. Artık sağlık ocağı hekimlerine "aile hekimi" adı verilmesine ve tanı ve sağaltım becerilerini artırmak amacıyla üniversiteler aile hekimliği anabilim dallarınca kitleler halinde seri eğitime alınmalarına sıra gelmişti. Girişim Türk Tabipleri Birliği (TTB) 'nin, Genel Pratisyenlik Enstitüsü (GPE) 'nün ve Halk Sağlığı Anabilim Dalları'nın direnciyle duralatıldı.

AİLE HEKİMLİĞİ KAVRAMI

Aile hekimliği uygulaması çağdaş sağlık hizmeti anlayışına taban tabana karşıttır. Uygulama yabancı örneklerinde aile hekimliği modeli ya da aile hekimliği sistemi olarak iki şekilde gündeme gelmektedir. Aile hekimliği bir model olarak ele alındığında aile hekimliği

uzmanlığına dayanır. Bu durumda hasta bireyle ilk karşılaşan hekim olarak sadece aile hekimliği uzmanları görev alabilir. Aile hekimliği ulusal bir sağlık sistemi olarak düzenlendiğinde ise, sağlık sisteminin bileşenleri olan finansman, örgütlenme, yasal düzenleme ve insangücü ile bağlantılı olarak değerlendirilir ve sistem içinde artık aile hekimliği uzmanlığı temel olarak alınamaz. Sisteme uyum gösteren ve kabul eden her hekim aile hekimi olabilir. Yani aile hekimi bir pediatrist de olabilir, bir kardiyolog ya da dermatolog da, bir pratisyen hekim de. Türkiye'de önerilen yapı aile hekimliğini bir sistem olarak almaktadır. Türkiye'de aile hekimleri, aile hekimliği uzmanlığına dayalı bir modeli savunmakta, sistem içinde başka dalların bulunması durumunda dışarıda kalma isteği göstermektedirler.

Konunun önce bir model, daha sonra da bir sistem olarak açıklanması, aile hekimliği anlayışını kavramak açısından yararlı olacaktır. Aile hekimliği modelinin aile hekimliği sistemi ile yer yer örtüştüğü ve iki yapılanmanın aynı olumsuzlukları paylaştığı akılda tutulmalıdır.

AİLE HEKİMLİĞİ MODELİ'NİN ELEŞTİRİSİ

Varolan sağlık sisteminin özellikleri -kapitalist üretim ilişkilerine uymak koşuluyla- fazla önemsenmeksizin, hasta ile ilişkide bulunan kişinin aile hekimliği uzmanı olmasına dayalıdır. Sakıncalarına ve çağdaş sağlık anlayışı ile önemli farklılıklarına aşığıda değinilmektedir.

Aile hekimliği uzmanlığı yetersizlikler içerir. Aile hekimliği uzmanı salt sağaltıma yönelik bilgi ve beceriye sahiptir. Kar amaçlı bir modelin uzantısı olması, toplumun gereksinmelerini karşılamaya yönelik yetiştirilmemesi nedeniyle tümelci sağlık anlayışına sahip değildir. Uzmanlık eğitimi süresince -bir eşgüdüm birimi ve anlayışına da sahip olmaksızın- salt klinik rotasyonlar yapmış; iç hastalıkları, çocuk, cerrahi, psikiyatri ve kadın-doğum dalları dışında bir bilgi sahibi olmaksızın yetiştirilmiştir. Sağlık ocağına gitmemiş, birinci basamağı tanımamış, salt hastane ortamında rotasyonlar yapmıştır. Toplum gereksinmesini karşılamaya yönelik amaçlarla oluşturulmadığından kendine özgü bir disiplin olamamış; yamalı bohça örneği, biraz oradan biraz buradan eğitim almıştır. Pratisyen hekime oranla önemli dalların gerektirdiği hiçbir beceri ve yetkiye de sahip kılınmamıştır. Koruma, geliştirme, esenlendirme becerisine sahip olmadığı gibi, sözü edilen kavramların anlam ve önemini bilmesi de beklenemez.

Aile hekimi pratisyen hekimin karşıttır. Pratisyen hekimlik hemen daima sağlık ocağında görev yapan, fakülte öğrenimi süresince edindirildiği tümelci anlayışı sağlık ocağı ekibi ile paylaşarak ve onlardan öğrenerek sürdüren, temel görevi hasta bakmak olmasına karşın sağlık ocağının tüm işlevlerinde önder ve denetleyici rol üstlenen bir kimliğe sahiptir. Aile hekiminin aksine bireysel değil ekip elemanı olarak, kişiye değil kendisine bağlı sağlık ocağı nüfusuna karşı sorumlu, bireyle değil ailenin ve toplumun tümüyle ilgili, salt sağaltım amaçlı değil tümelci

anlayışa sahip bir eleman olarak görev yapar. Aile hekimliğinin -yukarıda açıklanan karşıtlıklar nedeniyle- böyle bir hizmet anlayışına ve becerisine sahip olması düşünülemez.

“Bölge/Alan Yönetimi” kavramı aile hekimi uzmanlık alanına girmez. Aile hekimleri eğitimleri boyunca “alanda” herhangi bir çalışma yapmaz ve birincil hizmet olarak tanımlanabilecek sağlık ocaklarında çalışmazlar. Aslında sisteme göre alan eğitimi almaları da gereksizdir, çünkü salt hasta bakımı ile ilgilenirler ve hastalarını genellikle muayenehanelerinde ya da hastaların evinde, “hekimlik becerisi” ile değerlendirirler. Amaç “müşteri”yi tatmin etmek, para kazanmaktır. Bu nedenle kişi başına ödeme sistemlerinde örneğin laboratuvarı kullanmaksızın muayene daha yaygındır. Kayıtlı kişi başına değil de verilen hizmet başına ödeme uygulanan sistemlerde, daha çok kazanma amacıyla korumaya yönelik laboratuvar kullanımı (sözgelimi vajinal sürüntü alımı) artmaktadır.

AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİ’NİN ELEŞTİRİSİ

Hazırlanan önerilere göre aile hekimliği Türkiye’de salt bir model olarak değil, bir sistem olarak oluşturulmaya çalışılmakta, sağlık sistemini oluşturan insangücü, örgütlenme, finansman, fiziksel donanım ve yasal alt yapı gibi öğelerle yakından ilişkili olarak kurgulanmaktadır. Bir sistem olarak aile hekimliğinin açmazları aşağıda açıklanmaktadır.

Aile hekimi sigorta sistemlerine dayalı, yapay bir hekim modelidir. Aile hekimliği toplumsal gereksinimler ve bilimsel gelişmeler sonucu ortaya çıkmış bir disiplin değil, sağlıktan daha fazla kazanç elde etmeyi amaçlayan ekonomik sistemler tarafından yapay olarak oluşturulmuş bir daldır. Aile hekimi daha çok Batı ve Orta Avrupa’nın varsıl ekonomik yapısına dayalı, prim ödeyebilen toplumlara özgü, genellikle baktığı hasta başına ücret alan bir hekimdir. Birleşik Krallık’ta ya evindeki muayenehanesinde, ya sağlık ocağından kiraladığı bir odada işlev görür, çoğunlukla evde hasta bakar, her yıl kendine kayıtlı kişi sayısı kadar ücret alır. ABD’de örgütlü olarak oluşturulmamış, sağlıktan amaçlanan kara dayalı karmaşa ortamında kendiliğinden yerini almıştır. Sistemli olarak oluşturulduğu ülkelerde hastane uzmanı ile bağlantılı ve sağlık sigortasından finanse edilir konumda, sözleşmeli olarak çalıştırılır. Toplumun sağlığının geliştirilmesi ile ilgili bir kaygı gütmemesi, yani bir sistem yaklaşımına sahip olması beklenemez.

Aile hekimi nüfus tabanına dayalı örgütlenmemiştir. Bir coğrafya anlayışı ile değil, kendisini seçen ve kaydolun kişilerle ilgilenir. Çalışma alanı sağlık örgütlenme alanı ile örtüşmez. Bir sağlık ocağı bölgesinde kayıtlı insanlar onlarca farklı aile hekimine bağlı olabildiği gibi, bir aile hekimine bağlı olanlar da onlarca sağlık ocağı bölgesinden olabilir. Bu nedenle sağlık ocağı ekibi ve etkinlikleri ile uyumlu çalışma olanağı ortadan kalkar. Düzenli kayıt tutma, bölgede sağlık hizmetini planlamak için gerekli öncelikleri belirleme gibi gerekleri de yerine getiremez.

Aile hekimi bireysel çalışan bir hekimdir. Genellikle muayenehanesinde ya da evinde bireysel olarak çalışır ve özel hekim kimliği taşır. Yanında modelin deyimini ile “yardımcı” olarak bir hemşire çalıştırabilir. Türkiye’de yaklaşık 15 yıldır özelleştirmeden yana tüm hükümetler bu yaklaşım doğrultusunda programlar hazırlamış ve aile hekimliği anabilim dalları üniversitelerde bu görüş doğrultusunda, bireysel hekimliğin bir parçası olarak açılmıştır. Bireysel yaklaşım, aile hekiminin toplumsal sistemin parçası olmasına engeldir.

Aile hekimliği ekip anlayışına aykırıdır. Salt sağaltım amaçlı ve yalnızca hastane eğitimi olarak deneyim kazanan elemanlardan oluşan aile hekimliği disiplini, sağlık ekibinin diğer elemanlarını tanımaz ve ekip çalışması anlayışını bilemez. Amaçlanan salt sağaltım olduğu için böyle bir etkileşim de beklenmez. Alanda çalışması, disiplinler ve sektörler arası işbirliği gerçekleştirmesi, doğru ve düzgün kayıt tutması beklenemez. Aile hekimliği, rekabet içinde çalışan ve listesine daha fazla hasta kaydeden bir anlayışa dayalıdır. Böylece özel sektör tanımına tam olarak uyan bir kitle yaratılması hedeflenmektedir. Aile hekimlerinin dayanışma değil, rekabet anlayışına dayalı yetiştirilmesi nedeniyle, piyasanın acımasız yer edinme koşullarına uyumlu davranması ve “hasta” ya zarar vermesi kaçınılmazdır.

“Kişiyne yönelik koruyucu hizmet” anlayışı yanlıştır. Aile hekimliğinde muayenehane hekiminin bireysel koruyucu hizmetler vereceği söylenegelmektedir. Koruyucu hizmetlerde kişiyne ve topluma yönelik olarak ayırım yapılamaz. Sözgelimi bağışıklama hem kişiyne, hem topluma yönelik bir koruyucu hizmettir. Bu tip hizmetler toplumsal yarar gözetilerek yapılır. Bulaşıcı hastalık görülen bir birey -toplumsal yararı gözetilerek- bir yandan sağaltılırken bir yandan da hem aile bireyleri hem de toplum bağışıklanır, su artılır ve klorlanır, diğer çevresel önlemler alınır. Aile hekimlerinin salt kişiyne yönelik koruyucu hizmetleri vereceği yaklaşımı bu nedenle hatalıdır. Aile hekiminin bir tümelci anlayışı olmadığı gibi, salt bireye yönelik koruma anlayışı toplumda onarılmaz yaralar açar. Tümelci bakış ancak sağlık ocağında ve toplum hekimliği anlayışı ile verilebilir. Örneğin okul aşılarını kim yapacaktır? Kendisine kayıtlı çocukların aşılarını kişiyne yönelik koruyucu hizmet olarak kabul ederek aile hekimi yapacaksa, farklı okul ve sınıflarda ve her bir çocuk için yeniden flakon açarak bir aile hekimi tek başına bunu nasıl ve ne zaman gerçekleştirecektir? Aşı topluma yönelik bir koruyucu hizmetse sağlık ocağı yapacağı aşıları nasıl saptayacak ve aile hekimine nasıl haber verecektir? Aynı sorun aile hekimine kayıtlı bebeklerde de yaşanacaktır. Aşı günlerinin belirlenmesi, kayıtların tutulması ve daha da önemlisi toplum sağlığı açısından yaşına göre aşıllı çocuk sayılarının hesaplanması, dolayısıyla aşı oranlarında düşme olup olmadığının kontrolü farklı aile hekimlerince nasıl bir araya gelinerek saptanacaktır? Nüfusun bütünü nasıl görülecektir? Bu durum toplumsal açıdan bir karmaşa ve salgın tehdidi başlangıcıdır.

“Hekim seçme özgürlüğü” ve “her aileye bir hekim” kandırmacıdır. Gerçekte aile hekimi “aile” ile ilgili değildir. Aile hekimliği sisteminin temel önermesi ya da kandırmacası “hekim seçme özgürlüğü” ve “her aileye bir aile hekimi” dir. Önerilen yapıya göre herkes istediği hekimi seçebilecektir. Dolayısıyla hekimi seçen aileler değil bireylerdir ve herkes bireysel olarak istediği aile hekimini seçebilecektir. Ailenin bireyleri ayrı hekimleri seçme hakkına sahipse, bu sisteme aile hekimliği demek doğru olmaz, çünkü bu aile hekimi “aile” ile ilgili olmadığı gibi, kendisine kaydolan aile değil, kişilerdir. Her birey her yıl farklı bir aile hekimine ve isteği üzerine kaydolar. Bir ailenin annesi kadın-doğumcuya, babası kardiyoloğa, ninesi fizik tedavi uzmanına, çocukların biri psikiyatriste, biri endokrinoloğa, biri dermatoloğa kayıtlı olabilir. Eğer tersi doğruysa, yani her aile aynı hekimi seçmek zorundaydı, o zaman da temel önerme olan hekim seçme özgürlüğünün bir anlamı kalmamaktadır.

Bireyin hekim seçme özgürlüğü doğal olarak karşıt kavram olan hekimin hasta seçme özgürlüğünü de getirir. Böylece hekimler kendilerine başvuran bazı “hastaları” seçmeme özgürlüğüne kavuşur. Sözelimi nevroitik, ya da kanser tanısı almış bir çok insan “listeleri dolmuş bulunan” hekimlere kaydolmadan, ortada kalakalır. Birleşik Krallık’taki aile hekimliği uygulaması bunun örnekleri ile doludur.

Olumlu rekabet söz konusu değildir. Aile hekimlerinin Sağlık Bakanı’nın deyimiyle “tatlı tatlı ve olumlu bir rekabet içinde çalışacağı, çok çalışanın çok kazanacağı” ileri sürülmektedir. Burada en büyük görev hastalara, yani yine Sağlık Bakanı’nın deyimiyle “müşteriler”e düşmektedir; çünkü olumlu rekabetin aslı müşteri hoşnutluğundan geçmektedir. Hekimin hastasının her türlü isteğini yerine getirmesi, istediği ilaçları yazıvermesi, biraz rapor almasını önermesi, hem kendisinin hem hastasının yararına olacaktır. Yoksa piyasanın olumlu rekabet kurallarına göre hekim müşterisini kaybedebilecektir. Günümüz koşullarında muayenehanelerinde çalışan hekimlerin özellikle küçük il ve ilçelerde aralarında yaşanan olumsuz rekabet uygulamaları Tabip Odaları’nın Onur Kurulları’nı sürekli meşgul eden bir konudur.

Aile hekimliği çok pahalı bir sistemdir. Her aile hekiminin ayrı ayrı muayenehane açacağı ve döşeyeceği; özellikle röntgen, USG gibi tıbbi aygıtlar açısından gereksiz örtüşmeler yaşanacağı; hastanın hekimler ve laboratuvarlar arasında “pas”laşacağı dikkate alınır, harcamalarda doğrudan bir artış olacağını kestirmek güç değildir. Üstelik bu harcamalar sonuçta hizmeti kullananlara yani topluma yansıtılacaktır. Kar etme ve sağlıktan para kazanma ilkesinin ön plana alınacağı aile hekimliği sisteminin ucuz değil ama karlı bir sistem olacağı açıktır. Kurulması istenen sistemin amacı da bu, yani sağlık sektörünü daha karlı duruma getirmektir. DB’nin bu sistem için kredi vereceği göz önüne alınır, bu karlılığın çok büyük boyutlarda olacağı, maliyetin de topluma düşünülenden daha fazla yansıtılacağı anlaşılmaktadır.

Hekimler için yüksek ücret gerçek dışıdır. Aile hekimi olacakların şu anki düşük ücretler yerine yüksek bir gelir düzeyine sahip olacağı savı tümüyle kandırmacıdır. Gerçek amaç hekime ücret ödememek, hekimin ücretini serbest piyasa koşulları içinde kendisinin kazanmasını sağlamak, sağlığı kamu hizmeti olmaktan çıkarmaktır. Devlet artık sözleşmeli hekimler çalıştıracak, iş güvencesi ve sosyal hakları olmayan bir kitle yaratacaktır. Ayrıca sözleşmeli çalışmanın ancak sendika, toplu sözleşme ve grev hakkı olursa anlam kazanacağı unutmamalıdır. Yoksa iş güvencesi olmayan ve işsizlik korkusuyla giderek daha düşük ücretle çalıştırılacak bir hekim kitlesi yaratılmış olur. Sistemin yaratmak istediği de gerçekte budur. Diğer yandan kötü koşullarda çalışma da söz konusu olacaktır, çünkü aile hekimi kendisine bağlı kişilerin her başvurusuna yanıt vermek durumundadır. Yıllık izinler, hafta sonları, mesai saati dışı zamanın aile hekimleri için nasıl kullanılabileceği belli değildir.

Aile hekimlerinin meslek içi eğitimi amaçlanmamaktadır. Günümüzde pratisyen hekimlerin mezuniyet sonrası eğitimi, bu konuda en yetkin kuruluş olan TTB çatısı altında GPE tarafından yürütülmektedir. 1998 yılından buyana çalışmalarını sürdüren Enstitü halen genel pratisyenliğin bir tıp disiplini olarak yaşama geçirilmesi için pratisyen hekimlere yönelik sürekli eğitim programları yapmakta, sertifika vermekte ve genel pratisyenlik eğitici eğitimi gerçekleştirmektedir. Eğitim alanda çalışan hekimlere yönelik gerçekleştirilmekte ve toplumu tanıma-iletişim, sağlık yönetimi, sağlık verisinin toplanması, eğitim becerileri, klinik beceriler ve genel pratisyenlik özellikleri gibi konuları içermektedir. Aile hekimliğinin dar sağaltım yönelimi, aile hekimleştirilmeye çalışılan pratisyen hekimlerin sağlık kavramının gerisinde olduğu gibi, GPE’nün ulaştığı eğitim anlayışından da çok uzaktır.

Sayılan özellikleri ile aile hekimliği sisteminin bir “sistemsizlik” yaratacağı ve küreselleşme saldırganının ilk aşaması olan “kürsülsizlik” oluşturulması amacıyla sermayenin sağlıkta atacağı önemli bir adım olduğu ortaya çıkmaktadır.

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI YAPAN ÜLKELER

Sağlık Bakanlığı ad benzerliğinden yola çıkarak bazı ülkeleri örnek olarak göstermektedir. Sağlık örgütlenmeleri her ülkenin amaçlarına, koşul ve olanaklarına göre değişik modellerle düzenlenir. Hiçbir ülkenin modeli diğer bir ülkeye ne finansman ne de uygulama açısından benzer. ABD’de aile hekimliği var olan karmaşık, pahalı ve eşitsiz sistemin anası olmuş, üstelik daha sonra aşırı uzmanlaşma ve hastaların sınırsız istekleri karşısında evlatları tarafından terkedilmiş, önemini tümüyle yitirmiştir. ABD’de bugün süren sağlık eşitsizliklerinin ve inanılmaz boyutlardaki sağlık hizmeti yoksunluğunun, örneğin 40 milyondan fazla kişinin hiçbir sağlık güvencesi olmamasının altında aile hekimliği uygulaması yatmaktadır. **Birleşik Krallık**’ta aile hekimliği, toplumcu bir yaklaşım olan Ulusal Sağlık Hizmeti’nin kuruluşu sırasında Britanya Hekimler Birliği’nin

geleneksel ve tutucu baskıları sonucu sistemin temelini oluşturmuş, ancak hiçbir zaman bir ekip çalışmasına gidememiş, tümüyle sağaltıcı hekimlik üzerine kurulu bir model olarak kalmıştır. Kanada'da var olan ulusal sağlık sisteminde yer alan aile hekimi ülkenin sağlık sisteminin ABD baskısı altındaki değişimine uygun olarak salt sağaltıma yönelmekte, hekime kayıtlı olan kişilerin hekimlerin "kayıtsızlığı" konusundaki yakınmaları giderek artmaktadır. Almanya sosyal sigorta ile bağlantılı ve bu yüzden aşırı ve gereksiz kullanıma açık, oldukça pahalı bir sistem yaratmış, aile hekimlerini sigorta karına ortak etmiştir. Aile hekimleri koydukları tanı ve yaptıkları girişimlere karşılık belli puanlar toplayan ve bu puanların karşılığında para kazanabilen bir kitle olmuştur. Hekimler her ay görülen hastalık sıklığına göre değişen puanlara göre para kazanabilmektedir. Doğal olarak bazı hastalıklar ya da hastalar "değersiz" olduğunda aile hekimlerinin ilgisini çekmemektedir. Benzer konum başka bir açıdan Birleşik Krallık'ta da yaşanmakta, bazı "kötü" tanı almış (örneğin kanserli) hastalar kendilerine bakacak aile hekimi bulamamaktadır. Aile hekimliği modeline sahip olduğu savlanan Küba aile hekimliğine 1980'li yıllarda tamamen teknik nedenlerle geçmiştir. Gerçek amaç yaşam süresi uzamış ve giderek yaşlanan nüfusun yaklaşık 500 kişilik topluluklarla sınırlandırılarak yakından izlenmesi, hekimi sadece poliklinik yapmaktan çıkarıp küçük nüfusa sürekli ve alanda hizmet götürür duruma getirmek ve sevk oranını azaltmaktır. Bu nedenle örneğin aile hekimi sevk ettiği hasta ile birlikte hastaneye gitmek ve sonucunu izlemek zorundadır. Küba'daki uygulamaya gerçekte aile hekimliği demek güçtür, çünkü amacı piyasa ekonomisinin uygulanması değildir. Girişimi Küba'nın dış ekonomik desteğe gerek duyduğu dönemde başlattığı sağlık turizmine akış sağlamak için "ad koyma" olarak değerlendirilmek daha doğru olur.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Aile Hekimliği kabul edilemez bir model ve sistem önerisidir. Sağlığa bakış açısı bireysel olan bir yaklaşımın pratisyen hekimlere aşılacak istenmesi onarılamaz sonuçlar doğuracaktır. Türkiye'nin özgün modeli Sosyalleştirme Yasası uyarınca Sağlık Ocağı temelli olarak belirlenmiştir. Türkiye'de birincil sağlık hizmetine aile hekimliği modelinin uyarlanması sosyalleştirme anlayış ve koşullarına taban tabana karşıttır. Varolan modelin eksiklerinin giderilmesi için yapılması gereken, kırk yıllık deneyime ve toplumsal kazanımlara sahip ve 6 000 civarında sağlık ocağı ile sunulmakta olan sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi olmalıdır.

Son yirmi yıldır ülkede uygulanan sağlık politikaları, kamu sağlık hizmetlerine desteğin kesilerek kamu sağlık hizmetlerinin çökertilmesi, kamu sağlık kuruluşlarının bu desteği yurttan ek ödemelerle karşılamaya çalışması ve böylelikle birer özel kuruma dönüşmesi, kamu sağlık fonlarının başka alanlara aktarılması ve sağlanan kolaylıklarla özel sektörün öne çıkarılması biçiminde özetlenebilir. Yataklı sağaltım kurumları içinde karlı olduğu

düşünülen hastanelerin işletme biçimine dönüştürülmesi ve giderek özelleştirilmesi; birincil hizmette kaynak ve örgütlenme sorunları gibi gerçekçi olmayan nedenlerle işlevleri engellenen sağlık ocaklarının döner sermaye gibi uygulamalarla özelleştirilmesi de yaşama geçirilmektedir. Benzer gelişmeler çok sayıda sağlık kurumuyla birlikte toplumu, sağlık personelini ve tıp eğitimini de olumsuz etkilemektedir. Özellikle birincil sağlık hizmeti kurumlarının özelleştirilmesi, toplumun en yoksul kesiminin tek seçeneğinin elinden alınmasının yanı sıra, yetiştirilmeye çalışılan hekim tipinin şekillenmesinde de en büyük engeli oluşturmaktadır. 1980'li yılların başında "Toplum Hekimliği" Enstitü / Bölümlerinin kapatılarak, "aile hekimliği" bölümlerinin gündeme getirilmesi ile başlatılan süreç, 1990'lı yılların başında birincil sağlık hizmetine "aile hekimliği" nin yamanmasıyla en olumsuz noktaya ulaşmıştır. Aile hekimliği ile ülkeye getirilmek istenen uygulama gerek sağlık politikasının gerekse eğitimin amaçları ile en temel noktada çelişen birinci basamağın özelleştirilmesiyle koşutluk göstermekte ve tıp eğitimi için uygun olmayan bir zemin oluşturmaktadır.

Türkiye'de tanımlandığı biçimiyle aile hekimliği özelleştirilmiş sağlık sisteminin bir parçası konumuna getirilmeye çalışılmaktadır. Bu sistemde finansman sağlık sigortası üzerinden toplumdan toplanan primlerle sağlanır; örgütlenme toplum tabanlı değildir ve erişim-ulaşım kaygıları taşımaz; sağlık hizmetini sunan birincil hizmette yer alan bir uzmanlaşmış hekimdir. Öne çıkan sağlık değil "hastalık", toplum ve kişi değil "hasta" dır. Tıp eğitimi planlanırken en sık görülen hastalıkların yanında, "özelliği olan" hastalıklar da eğitim programında ağırlıklı yer bulacaktır. Klinik ve laboratuvar uzmanlık eğitiminde yer alması gereken hastalıkları ve ender rastlansa da teknoloji yoğun biçimde irdelenmesi gereken sağlık sorunlarını tanımlayacaktır. Hastalık, ağırlıklı olarak bireyde gözlenen bulgular ve sonuçlar üzerinden değerlendirilecek, toplumsal neden ve sonuçlar gözardı edilecektir. Böyle bir yaklaşımla sağlığın bütünselliğinin geri planda kalması kaçınılmazdır.

Toplumun sağlığının olabilecek en üst düzeye ulaştırılabilmesi için aşağıdaki öneriler bir an önce uygulamaya konmalıdır:

Çağdaş sağlık hizmetleri yaşama geçirilmelidir. Sağlık örgütlenmesi ve yönetimi, binyılların deneyimiyle pekişmiş bilimsel verinin senteziyle oluşur. Çağdaş sağlık hizmetleri bu ilkeler doğrultusunda, gereksinmesi olanlara, olduğu yerde ve ölçüde hizmet sunumu temeline dayanır. Önde gelen ilkeleri arasında herkese eşit ve ücretsiz hizmet, sağlık sorunları arasında öncelikli olanları belirleme, hizmet sunumunda farklı meslek gruplarının uyumlu çalışabilmesi için ekip davranışı gibi vazgeçilmez yaklaşımlar vardır. Bu yaklaşımlar sağlığın korunması, risk altında olanların sağlığının geliştirilmesi, hastalananların sağaltılması ve engelli kalanların esenlendirilmesi eylemlerinin birlikte sunulduğu tümelci bir anlayışla bütünleştirilir. Tümelci yaklaşım bir çok uluslararası ve

ulusal kuruluş tarafından Birincil Sağlık Hizmeti olarak tanımlanır ve Türkiye’de de uluslararası anlaşmalarla kabul edilmiş durumdadır. Uygulamada tüm toplumun sağlığına yönelik çabalar içeren bu anlayış, Toplum Hekimliği (ya da Sağlığı) olarak adlandırılır ve halk sağlığı uzmanlarının yönetiminde sağlık ve sosyal hizmet elemanlarınca birlikte yürütülür. Türkiye’de bu anlayışın önde gelen adı, Sosyalleştirme Yasası ’nın kurucusu Nusret Fişek’tir. Sosyalleştirme yasası ülkede belirli bir nüfusa sağlık ocağı açılmasını, düzenli sevk sistemi oluşturulmasını, ciddi ve nitelikli bir kayıt sistemini, basamaklar arası iletişim ve entegrasyonu, toplum katılımını ve sektörler arası işbirliğini önerir. Yıllardır ihmal edilen sosyalleştirme modelinin zaman yitirilmeden tüm kurumları ile yaşama geçirilmesi gerekir.

Çağdaş tıp eğitimi anlayışı uygulanmalıdır. Çağdaş tıp eğitiminin amacı toplumun sağlık gereksinmelerini karşılamaya ve toplumsal yarara yönelik bilgi ve beceri sahibi hekim yetiştirmektir. Toplumsal yarara yönelik bakışın önemli bir özelliği sağlıkta tümelci yaklaşıma, yani tüm topluma aynı zamanda koruma, geliştirme, sağaltma, esenlendirmeden oluşan sağlık etkinliklerini birlikte sunma anlayışına sahip olunmasıdır.

Bir ülkede tıp eğitiminin, ülkenin sağlık politikaları ve dünyadaki tıp bilgisi ile uyumlu olması ve toplum içinde olması gerekir. Bunun için de en uygun ortam, hekim

adayının toplumun sağlık sorunlarını en iyi gözleme ve çözüme gücüne ulaşacağı sağlık ocaklarıdır. Son yıllarda gözde bir eğitim anlayışı olan aktif öğrenme modelinin topluma dayalı olarak yürütülmemesi durumunda, belirli bireysel becerilerle donatılmış, piyasa koşullarına uygun çözümler üretebilen bir hekim tipi yetiştirmekten öte bir anlamı olmayacaktır. Hekim adaylarının tıp fakültelerinde öğrenime girdikleri günden başlayarak sağlık ocaklarında, toplumun sağlık sorunlarını ve çözümlerini algılayarak yetişmeleri sağlanmalıdır.

Pratisyen hekimlik güçlendirilmelidir. Toplum Hekimliği görüşü, kamu finansmanına dayalı, toplum tabanlı, birincil sağlık bakımının sosyalleştirme çerçevesinde düzenlediği ve sağlık ocakları üzerinden yürütüldüğü bütüncül bir sağlık hizmetini savunur. Bu anlayış içinde sağlık toplumun tüm yaşama alanlarını kapsar; hizmet toplumun içinde örgütlenir, katılımcı bir anlayışla ve bir ekiple yürütülür; diğer toplumsal yapı, kurum ve kuruluşlarla eklenir. Birincil hizmette yer alan pratisyen hekim hizmeti sunan ekibin sorumlusudur. Örgütlenme basamaklı bir yapıyla uzmanlaşmış birimlere kadar götürülür.

Topluma yararlı sağlık anlayışına yönelik hekim ve sağlık elemanı yetiştirmek için toplumun gereksinmelerine dayalı, bütüncül ve toplum içinde tıp ve sağlık eğitimi amaç edinilmeli, eğitiminin sürekliliği sağlanmış bir pratisyen hekim yetiştirilmesine ağırlık verilmelidir.