



BİRİNCİ BASAMAK YAĞMASINDAN ARTA KALANLAR: PEK AZ 224; BİR KAÇ YÜZ AİLE HEKİMİ; AMA DAHA ÇOK DA KÖTÜ YÖNETİM

İlker BELEK (*)
Dosya Editörü

Birinci basamak sağlık hizmeti, yararlanıcıların çeşitli nedenlerle başvurdukları ilk sağlık kurumunu ve bu kurumda üretilen hizmeti tanımlayan kavramdır. Dünya'da birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde yaygın bir çeşitliliğin bulunduğu gözlenmektedir. Çeşitlilik bu ilk başvuru noktasına farklı işlevler yüklenmesinden; istihdam edilen insangücünün; kurumsal alt yapının; donanımın farklı tarzlarda örgütlenmesinden ileri gelmektedir.

Yukarıda sıralanan farklılık noktalarının içinde en önemlisinin işlevsel olanı olduğu söylenebilir. Hatta denilebilir ki; diğerleri önemli oranda bu ilkinin bağlı olarak ortaya çıkmaktadırlar.

İşlevsel farklılık hizmetin örgütlendiği ilk anda genel olarak şu iki nokta arasında bir seçim yapılmış olmasına bağlı olarak gelişmektedir. Ya da bir diğer deyişle, birinci basamak sağlık hizmetinin, 1) sağlık olgusunun kapsamı daraltılarak, daha çok bir tıbbi bakım hizmeti biçiminde mi; yoksak 2) sağlığa daha perspektifli, daha toplumsal bir içerik atfedilerek, toplum katılımı, sektörler arası işbirliği gibi boyutlarla birlikte TSH (Temel Sağlık Hizmeti) yönelimli bir anlayışla mı sunulacağı. Birbirleriyle karşılaştırıldıklarında bu ikisi, salt teorik olmanın çok ötesinde, gerçekten pratiğe de yansıyan ciddi çelişkileri barındırırlar.

Aslına bakılırsa Alma Ata sonrasında böyle bir

(*) Halk Sağlığı Uzmanı, TTB Halk Sağlığı Kolu

tercihsel çelişkinin olmaması beklenirdi. Çünkü hemen bütün uluslar Alma Ata'da kaleme alınan deklarasyona imza atmışlar ve TSH felsefesini yalnızca birinci basamakta değil, sağlık örgütlenmesinin diğer aşamalarında da yaklaşımlarının asli eksenini yapmaya söz vermişlerdi. Ancak, aradan geçen 20 yıla yakın süreye rağmen gerçeğin hiç de öyle olmadığı görülmektedir. Nitekim şu anda birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde farklılıklar olarak gözlenenler de buradan kaynaklanmaktadır.

Farklılıkların esas olarak üç temel parametreye bağlı olarak ortaya çıktığı söylenebilir. Yazının başında da anılan bu parametreleri burada kısaca tanımlamakta yarar olacak: 1) Basamaklandırılmış sağlık sistemi ya da sevk zinciri: Olabilir ya da olmayabilir ya da olsa bile bazı durumlar bu kuralın dışında tutulabilir. 2) İstihdam edilen hekimin nitelikleri, uzmanlık durumu: Genel pratisyen ya da aile hekimi gibi, artık birinci basamakta hizmet verecek en uygun hekim tipi olduğu konusunda hemen hiçbir tereddüt kalmamış olan bir hekim tipi istihdam edilebilir ya da böyle bir kural ve kısıtlama getirilmeksizin, her hekimin, kendisinden birinci basamağa özel herhangi bir formasyon beklenmeksizin birinci basamakta çalışmasına izin verilebilir. 3) Üretilecek hizmetin niteliği: Yalnızca ya da ağırlıklı biçimde tıbbi bakım hizmeti (tedavi ve bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak) üretilebilir ya da tıbbi bakım hizmeti, üretilenin yalnızca bir parçası olabilir.

Anlaşılabileceği gibi bu parametrelerin kendi aralarında ortaya koydukları bileşimlere göre değişik birinci basamak sağlık hizmeti modelleri söz konusu olacaktır. Bu çeşitlilikte, anılan üç parametrenin ilk seçeneklerinin baskın olması hizmeti daha tıbbi bakım ve tedavi ağırlıklı, daha dağınık; ikinci seçeneklerin baskın olması ise daha entegre, daha çok sektörlü, daha toplumcu, daha sistematik, daha standartize, daha kapsamlı, daha eşitlikçi kılacaktır. Ve bu herşeyden önce bir tercih sorunudur. Tercih birinci ve ikinci parametrelerin rengini de belirleyecektir.

Bugün Türkiye'de iktidar ve özel olarak da Sağlık Bakanlığı yeniden böyle bir tercih yapma hakkını kullanma noktasında bulunuyor. "Reform Paketi" projesi çerçevesinde bu tercih Aile Hekimliği olarak belirlendi. İlk anda algılanabilecek olanın tersine Aile Hekimliği yalnızca yeni bir uzmanlık alanı tercihini ifade etmiyor. Bunun ötesinde bütün sağlık sistemi üzerinde uzun erimli, önemli etkiler yaratacak bir hukuksal sistem değişikliğini vurguluyor. Alma Ata yönelimli ve daha toplumcu bir düzenleme olan 224 sayılı yasanın, bu kez hukuki olarak da, yıkımı gündeme getiriliyor. Böylece zaten var olan dağınıklık ortamı, yasal bir düzenlemeye kavuşturulmuş oluyor.

Şöyle ki: 1) Sağlık Bakanlığı'nın Meclis'e göndermiş olduğu "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanun Tasarı Taslağı"nda anılmış olmasına rağmen sevk sisteminin yaşama geçirilmesi konusunda Türkiye sağlık sektöründe hiçbir yapısal değişiklik öngörülüyor. Öte yandan, Türkiye'de sevk sisteminin gerçekleştirilmesi için yeni bir yasaya gerek olmadığı, bunun 224 sayılı yasa gereği Bakanlık'ca zaten uygulanmak zorunda olunan bir hüküm olduğu göz ardı ediliyor. 2) Bu taslak kent ve kırsal aynı iş için farklı uzmanlık düzeylerinde insangücü istihdam etmeyi öngörerek açıklanması olanaksız bir eşitsizliği yasallaştırıyor. (Kırsal bölgede pratisyen hekimler, kentlerde uzmanlar.) 3) Aile hekimisi olarak çalışma yetkisini, başlangıçta bu iş için eğitimlerine başlanmış olan aile hekimleri dışındaki uzmanlara da tanıyarak var olan karmaşayı daha da artırıyor. 4) Sağlık Bakanlığı bu Tasarı ile, 1992 yılında kendisince düzenlenmiş Kongre sonuçlarını, uzmanların, demokratik kitle örgütlerinin, hükümet dışı organizasyonların görüşlerini dikkate alınmaya değer bulmadığını bir kez daha yinelemiş oluyor. 5) Bakanlık Aile Hekimliği tercihi ile (hukuksal düzeyde de) TSH felsefesini bir tarafa bırakarak önemli oranda tıbbi bakım eğilimli bir zemine kayıyor.

Dolayısıyla, birinci basamak örgütlenmesi konusunda şu noktalar, üzerinde tartışma götürmeyecek kadar kesindir ve tartışmaların bunu gözeterek sürdürülmesi gerekir: 1-) Aile Hekimliği bir uzmanlık dalı olmanın çok ötesinde bir örgütlenme modelidir. Finans sistemi olmak gibi bir durumu ise

hiç söz konusu değildir. 2-) Avrupa'daki Aile Hekimliği uygulamalarının bazıları (adı Aile Hekimliği olsa da) bugün Türkiye'de bizim (siz bunu hekim örgütü olarak okuyabilirsiniz) Genel Pratisyenlik bağlamında savunduklarımızı ifade edebiliyor. 3-) Yine Avrupa'da Genel Pratisyenlik denilen kimi modeller, yine bizim Aile Hekimliği olarak eleştirdiklerimize denk gelebiliyor. 4-) Buradan şu sonuç çıkıyor: Me-sele isimde değil, onun tanımladığı ya da onunla tanımlanan sistemde. Bu sistem şüphesiz ki istenilen hekim tipini ve onun eğitimini de belirliyor ve sonuç olarak hekim ve eğitimi polikliniklere hapsedilebiliyor. Bakanlığın özellikle ilk taslakları bu konuda son derece netti. 5-) Sonuç olarak; Türkiye'de Aile Hekimliği, halen ve ağırlıklı olarak meslek örgütünün çabalarından kaynaklanan bütün düzeltmelere rağmen, tıbbi bakım hizmeti yönelimli bir sistemi tanımladığı için karşı çıkılmayı gerektiriyor. 6-) Kısaca bugün Türkiye'de Aile Hekimliği ile Genel Pratisyenlik farklı iki "politik" anlayışı ifade etmek konusunda oldukça yerleşik ve işe yarar anlamlar yükledikleri için, bundan sonra da bu ayrımı koruyacak tarzda kullanılmalarında hiçbir sakınca görünmüyor ya da biz bu terimlere böyle bir kavramsal anlam yüküyoruz.

Uzun sözün kısası biz esasen bir sistemi tartışıyoruz ve ancak böyle bir tartışmanın yürütülmesinin halkın sağlığı açısından yararlı olduğunu düşünüyoruz.

İçinde bulunduğumuz ortamda ilgili Tasarılar yasalassa bile sorunun çözülmeyeceği, tartışmaların daha uzun süre devam edeceği kesindir. Hatta bu ortamda bu tür tartışmaları, toplumun geniş kesimlerinin çıkarlarını savunan; onların doğrudan inisiyatifini sağlık sektöründe egemen kılmayı öngören; eşitlikçi; salt tıbbi değil sosyal bir perspektifle ve ne olursa olsun sürdürmek de gerekir.

İşte bu dosya böyle bir ortamda gündeme geliyor ve söz konusu tartışma ortamını, bilimsel ve bilimden yana bir cepheyi genişletmeyi hedefliyor.

İzlenebileceği gibi dosya yazıları kabaca iki bölümden oluşmuştur. İlk bölümdeki yazılar Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin durumunu belirlemekte, Dünya'daki örneklerini özetlemekte ve konuyu TSH, SSK, işyeri sağlık hizmetleri, toplum katılımı, eğitim-araştırma bölgeleri bağlamında irdelemektedir. İkinci bölümdeki yazılar ise güncel tartışma üzerinde yani Aile Hekimliği ile TTB Pratisyen Hekim Kolu tarafından geliştirilen Genel Pratisyenlik organizasyonunda odaklaşmıştır. Bu yazılarda konuyu değişik açılardan ele alan görüşleri bir arada sunabilmeyi hedefledik.

Genel Pratisyenlik önerisinin nasıl bir sağlık örgütlenmesi zeminine oturduğunun anlaşılması ve diğerleriyle arasında nesnel olarak var olan işlevsel farklılıkların belirginleştirilmesi bizim açımızdan

özellikle önem taşıyor. Dosya'daki ilgili yazıların bunu başardığını düşünüyoruz.

Bu giriş yazısını bir eksik saptaması ve eğer izin verilirse bir öneri ile bitirmek uygun görünüyor: Bir bütün olarak Dosya'nın önemli bir eksiği var. O da Sağlık Bakanlığı'nın görüşünü ilk ağızdan yansıtacak bir yazısının bulunmamasıdır. Ancak hemen belirtelim ki bu bizden kaynaklanmadı.

Öneriye gelince: Kanımızca okuyucu değerli Mehtap Tatar'ın Toplum ve Hekim'in 60. sayısındaki "Temel Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Uygulamalarına Teorik Bir Bakış" adlı yazısını (ve hatta bir kez daha), bu dosyanın ilk makalesi olarak mutlaka okumalıdır.

Dosya'nın değerli yazarlarına, emekleri için bir kez daha çok teşekkür ediyor, katkılarınızı bekliyoruz. Dostça selamlarımızla.

