

Sağlıkta dönüşümün birinci basamağı: Aile hekimliği uygulaması

Dr. Sinan Korukluoğlu



1970 yılında Ankara'da doğdu. İlk ve ortaöğrenimini Ankara'da tamamladı. 1996'da Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olduktan sonra iki yıl özel bir şirkette yönetici olarak çalıştı. 2002'de aile hekimliği uzmanlığını tamamladı. Karabük Eskipazar Devlet Hastanesi Başhekimliğini yaptı. 2003-2006 yıllarında Sağlık Bakanlığı'nda danışman ve aile hekimliği koordinatörü olarak görev yaptı. Halen Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Başhekim Yardımcısı olarak görev yapmaktadır. 2004-2008 yılları arasında Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Merkez Yönetim Kurulu üyeliği yaptı. Halen aynı derneğin Ankara Şubesi başkanlığını yürütmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programının yürürlüğe girmesi ile ülkemizin sağlık alanı o kadar hızlı bir değişime girdi ki sağlık, sağlık sigortacılığı, sağlık yöneticiliği, sağlık işletmeciliği alanında yazılan yazıların geçerliliği çok kısa olabiliyor. Vizyon

olarak kendinize koyduğunuz kurumsal hedefler bir yönetmeliğin yayımlanması ile anlamsızlaşabiliyor. İşte tam da bu dönemin en kritik kavşaklarından birisinde, Ankara ve İstanbul'un aile hekimliği uygulamasına geçişi öncesinde bu yazıyı yazmak çok zor. Çünkü özellikle İstanbul'un kendi kurallarının olması kâğıda dökülebilecek ifadelerin çok hassas bir imbiçten ge-

çirilmesini gerektiriyor. Bu nedenle yazmaktan çok konuşmanın tercih edildiği bu dönemde aile hekimliği uygulaması hakkında bir yazı yazmak, hele ki bir dosya hazırlamak biraz cesaret, belki de cüret işi.

Benden bu yazı talep edildiğinde neler yazsam diye düşünürken kafamdan o kadar çok alt başlık geçti ki ne yaza-





İllerde aile hekimlerinin görev yapması ve benzer sorunlarla karşılaşmaları, bu sorunları aşmak için birbirleriyle yardımlaşmaları kaçınılmaz bir şekilde örgütlenmeyi de beraberinde getirmiştir. İllerde Aile Hekimleri Dernekleri hızla kurulmuş, daha sonraları da bu dernekler federasyon çatısı altında birleşmişlerdir. Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu ise kısa zaman içinde Türk Tabipler Birliği'ni üye olarak geçecek gibi gözükmektedir.

çağımı şaşırdım. Bu kadar hızlı dönüşümün yaşandığı bir dönemde en iyisi bulunulan anın bir fotoğrafını çekip, geçmişten gelen anıların merceğinde ve gelecekte ümit edilenlerin filtresinde genel resim hakkında çoğu zaman eleştirel yorumlar getirmenin en doğrusu olacağına hükmedip yazmaya başladım.

Düzce yolları yokuş...

Aile hekimliği uygulamasına ilk olarak 15 Eylül 2005'te Düzce ilinde pilot çalışma ile başlandı. Pilot uygulamaya temel olan kanun 9 Aralık 2004 tarihinde yayımlanmıştı. "Düzce depreminin üzerinden 6 yıl geçmiş olmasına rağmen, ilde bir deprem daha oluşturuyorsunuz." eleştirileri altında başlanan pilot uygulama, "sarsıntıyı" bu yılın sonuna kadar tüm yurt çapında hissettirmeyi hedefliyor! Pilot çalışmanın başlamasının üzerinden 5 yıla yakın vakit geçmesine rağmen, hala belli hakları ve çalışma düzenini kanun güvencesine almayan çalışma üzerinde benzer spekülasyonlar, sesler cılızlaşsa da devam ediyor. Ancak Ankara ve özellikle de İstanbul geçişleri öncesi bu seslerin yükseleceği, geçiş döneminde yaşanması kaçınılmaz kısa süreli bazı aksaklıkların yine bu gerekçelerle seslendirileceği kesin.

Mevzuatçılık

Bu süreç içinde edinilen tecrübeler ışığında çalışma düzeninde pek çok ufak müdahaleler yapılırken Mayıs 2010'da çalışma yönetmeliğinde ilk köklü düzenleme yapılarak yeni uygulama yönetmeliği yayımlandı. Yeni yönetmelik konusunda pek çok eleştiriler yapılsa da benim çok temel bir eleştirim olacak. Bu yönetmelik, çalışana güvensizlik temelinde ve bürokratik tutuculuktan uzaklaşmamış, "nasıl yaparım da çalışanları disipline ederim" anlayışıyla yazılmış bir yönetmelik. Çalışanları korkutarak çalıştırma dönemi geçeli çok oldu. Sağlık Bakanlığı; hastanelerinde performans dayalı uygulama politikası ile çalışanlarını neredeyse yıllık izin kullanmaksızın çalışmaya teşvik ederken, aile sağlığı merkezlerinde tam tersi bir şekilde "şöyle olursa şöyle ceza alırsınız, sözleşmeniz fesh olunur, paranızı keserim" düşüncesinde ısrar etmekte.

Aslında bu durum, Sağlık Bakanlığı'nın yakın dönem politikaları mercek altına alınır, beklenmeyen bir yaklaşım değil. Özel sektörü disipline etmeye yönelik düzenlemeler, sağlık hizmetlerinin tamamen devlet hastaneleri eliyle yürütülmesi çabaları, ilaç konusundaki düzenlemeler altında finansal gerekçeler olsa da devletçi yaklaşımın ağırlığını hissettiriyor.

Aile hekimlerine devlet tarafından çalışmaları için verilen binaların çoğu özel sağlık kurumu standartlarının yakınından bile geçmezken oda büyüklükleri standartları gibi değiştirilmesi imkânsızca yakın düzenlemelerle aile hekimlerinin aldıkları ücretlerde kısıntı yapılması, teşvikten çok müebbet ceza gibi durmakta. İlçe ölçeğindeki yerlerde bu standartlarda bina bulmak imkânsızken şehir merkezlerinde ise bu standartlarda bir binanın kirasının karşılanması, verilen ücretler ışığında pek mümkün değil. Bu ise durumu çözümsüzlüğe iterek bulunulan yerin kalitesinin iyileştirilmesi çabası yerine, "daha az ücret alırım da bu işlerle uğraşmam." yaklaşımını doğuracak bir hal almış. Çünkü sistem teşvik yerine cezalandırma zihniyetini bırakamamış.

Sevk zinciri

Aile hekimliği uygulamasının yapıldığı ülkelerde ideal olarak sağlık sorunlarının en az yüzde 80'inin bu basamakta sonuca ulaştırılması hedeflenmektedir. Başarılı uygulama örneklerinin olduğu ülkelerde ise bu rakam yüzde 90'ı geçmektedir. Ülkemizde ise bu oran neredeyse tam tersi durumdaydı. Sağlık ocakları sadece aşı yapılan, "repete" yapılan (bu tabir de ülkemiz sağlık kültüründe rastlanılan, eldeki reçetenin bir başka doktor tarafından muhtelif sebeplerle yeniden aynen yazılmasını ifade eden tabirdir) merkezler olarak

Hataları ve sevapları ile bir uygulama değişikliği ile birinci basamak sağlık hizmetlerine can verilmiştir. Bu uygulamanın mükemmel olduğunu söylemek mümkün değildir, gelecekte daha iyisi bulunduğu değişikliklere gidilinceye kadar üzerinde pek çok düzeltme yapılacaktır. Önemli olan tutuculuğun tuzağına düşmemek veya mükemmeliyetin peşinde daha iyiyi göz ardı etmemektir.

algılandığı, teşhise yönelik tetkik imkânları çok sınırlı merkezler olduğu için, özellikle de şehirlerde hiç itibar görmeyen yerler durumundaydı. Öncelikle sağlık ocaklarının imkânlarının artırılması, daha sonra da aile hekimliği uygulamasına geçiş ile bu eğilim tersine doğru hareketlenmeye başlamıştır. Sağlık hizmetlerinin bu kullanım alışkanlığı yılların getirdiği bir kültür olup toplumdaki değişimin birden bire olması beklenmemelidir.

Ülkemizdeki hekim sayısının yetersiz olduğu, bir zamandır gündemde. Bu eksikliğin hiç bilinmedik şekilde aslında birinci basamakta daha ağır olduğu ise genellikle gözden kaçmaktadır. Klinik uzmanlarının eksikliği daha çok gündemdedir çünkü halkın sağlık kullanım talebi hastanelere yöneliktir ve buradaki eksiklik daha çok göze batmakta ve gündemde tutulmaktadır. Birinci basamaktaki hekim eksikliği aile hekimliği uygulaması ile gözle görülür, elle tutulur bir istatistik halini almıştır. Çünkü eskiden sağlık ocağı başına hekim sayısı konuşulurken şimdi nüfus başına hekim sayısı anlamlı hal almıştır.

Sevk zinciri yani insanların sağlık hizmeti almak için ilk önce birinci basamağa başvurmaları ve burada çözüm bulunamayan sorunları için hastanelere yönlendirilmeleri, aile hekimliği uygulamasının çok önemli ayaklarından biridir. 1961 tarihli 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanunun ruhu da bu amaca yöneliktir ancak tarihsel gelişim süreci içinde

çok çeşitli nedenlerden dolayı bu şekilde bir organizasyon oluşturulmamıştır. Bu süreç içinde kişiler hastanelere yani klinik branş uzmanlarına doğrudan başvurma alışkanlığı kazanmışlardır. Hizmet kullanımının zorla birinci basamağa yönlendirilmesi çabası ise halkta hem sağlık hizmetlerinden faydalanmasına sınırlama getirildiği algısını oluşturmuş, hem de sayı azlığı nedeniyle çağdaş hizmet gerekliliğinin üzerinde nüfustan sorumlu olan aile hekimliği uygulayıcılarının kapılarının önünde sevk talebiyle uzun kuyruklar oluşması ile sonuçlanmıştır.

Kişilerin sağlık konusundaki taleplerinde ilk olarak aile hekimlerine başvurusu alışkanlığı kısa sürede zorlama ile başlanılabilecek bir davranış değişikliği değildir. Hastaneye doğrudan başvuran kişilerin çeşitli yöntemlerle caydırılması ve ilk başvurunun aile hekimine yapılmasının teşvik edilmesi toplum içinde bu davranış değişikliğini zamanla oluşturacaktır. Ama toplumsal davranış değişikliklerinin oturmasının kısa zamanda olmayacağı da hatırdta tutulmalıdır. Bu bazen nesil değişmesini gerektiren bir süreç olabilir.

Ekip çalışması

Aile hekimliği uygulamasına geçişe getirilen önemli eleştirilerden bir tanesi de ekip anlayışı ile çalışmaya zarar verdiği hususundadır. Bu eleştiri de haksız bir eleştiridir. Sağlık ocağı düzeninde genellikle hekimler ve hemşireler, özellikle de ebeler genellikle birbirinden ayrı iki grup halinde çalışmaktaydı. Bir grup hekim ve bir grup hemşire ve ebe genellikle kendi işlerini yapmaktaydılar. Bu cümlelerde "genellikle" ifadesini kullanmak lazım, tabii ki bunun istisnaları da vardı. Ancak hekimler sıra ile poliklinik muayenesi yaparken, ebeler de kendi bölgelelerinde gebe-loğusa takibi ve bebek takibi ve aşılarını yürütmekteydiler. Hekimlerin ise bu konuya ilgisi genelde çok az olup, aylık istatistik formlarını imzalamaktan öteye gitmiyorlardı.

Çalışma düzeni kolektif bir tarzda olduğundan görevlerin sorumlulukları askıda kalmakta, eksikliklerin sorumluları tespit edilememekteydi. Örneğin bir bölgede koruyucu hizmetlerin yetersiz seviyede kalması bütün bir ekibe mal edildiği için, müşterek sorumluluk müşterek dokunulmazlık halini alıyordu. Aile hekimliği uygulaması ile aile hekimi ile personeldeki ortak ifadesi ile aile sağlığı elemanı (aile sağlığı hemşiresi, ebesi, sağlık memuru) bir ekip haline getirilmekte ve kendilerine belli bir nüfus verilmektedir. Hizmet verecekleri nüfusun belli ve sabit olması, verilen sağlık hizmetinin ölçülebilir olması sonucunu da getirmektedir. Hiz-

metin iyi ve kaliteli olması ise iyi bir ekip çalışması olmadan mümkün değildir. Aslında aile hekimliği uygulaması ile hekim ve aile sağlığı elemanı bir ekip olarak çalışmaya başlamaktadırlar. Biri olmadan diğerinin yapacağı hizmetin eksik olması, ekip çalışmasının kanıtıdır.

Görevlendirmeler

Aile hekiminin prensip olarak tek sorumluluğu kendisine kayıtlı olan nüfusun sağlık hizmetlerini verme ve organize etme ile sınırlı olmalıdır. Ancak hekim sayısındaki sınırlılık eskiden sağlık ocağının üzerine angarya olarak eklenmiş pek çok görevin de ortada kalmasına neden oldu. Toplum Sağlığı Merkezlerinin görevleri arasında olan adli tabiplik hizmetleri, ilçe hastanelerinin acil nöbetleri, bazen ambulanslı hasta sevkleri gibi görevler de aile hekimlerine verilmeye başlandı. Bu ise günlük görevini yapan, bazıları da gezici sağlık hizmeti veren aile hekimlerinin çalışma prensiplerine son derece aykırı bir çalışma tarzı. Olağanüstü durumlar için mevzuatta izin verilmiş bir imkânın mutad olarak kullanılması yönetsel olarak da doğru bir yaklaşım olmamakta ve çalışanları huzursuz etmektedir.

Sağlık maliyetleri

Aile hekimliği uygulaması hakkında yapılan eleştirilerden biri de uygulamanın maliyetinin yüksekliği ve bu yüksekliğin sebebinin de personelin aldığı ücretlere bağlanması. Hâlbuki çağdaş aile hekimliği uygulamaları devletler tarafından maliyet etkililiği nedeniyle de tercih edilen uygulamadır. Aile hekimliği öncesinde kişiler sağlık hizmeti aldıklarında, aldıkları hizmet karşılığında sağlık güvencelerini temin eden kuruluşa fatura kesilir, sağlık güvencesi yoksa da kişilerin kendilerinden bu ücret talep edilirdi. Gelen para ise sistemin finansmanı ve personelin döner sermaye ek ödemelerinde kullanılırdı. Ülkemizde şu anda uygulanan aile hekimliği uygulamasında sistem üzerinden bireylerin finansmanı yerine, bireyler üzerinden hizmetlerin finansmanı yöntemine geçilmiştir. Aile hekimlerine verilen ücret paketinin içinde hizmet vermesi için gereken masraflar da dahildir. Eskiden sağlık sigorta sistemleri üzerinden karşılanan hizmet bedeli, şu anda Sağlık Bakanlığı bütçesi üzerinden hekimler yolu ile karşılanmaktadır.

Bu, Sağlık Bakanlığı'nın harcamalarında doğal olarak artışa yol açmıştır ancak bu hizmet bedelinin Sosyal Güvenlik Kurumu'na yansıtılmadığını unutmamak gerekir. Aile hekimliğinin zamanla kapı tutuculuğu görevinin

yerleşmesi ile de pahalı olan hastane hizmetlerinin kullanımının azalması aslında tasarruf getirecektir. Kaba bir hesapla hastaneye başvuran her 10 kişiden ikisinin sorununun birinci basamakta halledilmesi, sistem içine harcanan parada tasarrufu sağlayacaktır. Bu miktarın daha da yükselmesi sağlık hizmetlerine harcanan parada kümülatif bir azalma sağlarken, yıllardır eleştiri konusu olan birinci basamağa yeterli oranda kaynak ayrılmaması sorusuna da cevabı kendi içinde oluşacaktır. Ayrıca başvuran kişilerin sağlık güvencesi olup olmadığına bakılmaksızın hizmet verilmesi de sosyal devlet olma gerekliliğinin önemli şartlarından birisini yerine getirmiştir.

Hekim yeterliliği

Hekim sayısının yeterli olmadığı konusunda halen tam bir mutabakat sağlanmasa da, daha tartışmalı bir konu aile hekimliği hizmetinin hangi yeterlilikteki hekimler tarafından verileceği konusudur. Avrupa ülkelerinde aile hekimliği hizmeti tıp fakültesi mezuniyeti sonrası asgari iki yıl ek eğitim almış hekimler tarafından verilmektedir, bu durum Avrupa Birliği direktiflerinin getirdiği bir mecburiyettir. Ancak geçiş dönemi tanımlanması şartı ile tıp fakültesi sonrası ek eğitim almamış hekimlerin de görev yapmasına izin vermektedir. Ülkelerin kültürüne göre birinci basamakta görev alan uzmanlaşmış hekimlere aile hekimliği veya genel pratisyen adı verilmektedir. Çok çekişmelere yol açmış bu isim kargaşası aslında beyhudedir. Ülkemizde birinci basamak uzmanlığının adı uzun yıllar önce aile hekimliği olarak tespit edilmiş ve bu uzmanlık dalında 2000'e yakın uzman yetişmiş durumdadır. Ancak ülkemiz için gerekli olduğu hesaplanan birinci basamak hekiminin onda birine ancak tekabül eden bu sayı kısa sürede hizmetin tamamının uzmanlar eliyle verilmesini sağlayamayacaktır. Sayının yeterli seviyeye ulaşması yıllar alacağından, uygulamanın başlangıcında uzmanlık eğitimi almamış hekimlerin de uygulamada yer alması kaçınılmaz bir yaklaşım olacaktır. Bu geçiş döneminde çeşitli destekleyici eğitim faaliyetleri ile kalitenin artırılması da Sağlık Bakanlığı'nın hedefleri içinde yer almıştır. Geçiş süresinin tamamlanması ile uygulamaya giriş ancak aile hekimliği alanında uzmanlık eğitimi almış olmakla mümkün olacaktır.

Örgütlenme

İllerde aile hekimlerinin görev yapması ve benzer sorunlarla karşılaşmaları, bu sorunları aşmak için birbirleriyle yardımlaşmaları kaçınılmaz bir şekilde örgütlenmeyi de beraberinde getirmiştir. İllerde Aile Hekimleri Dernekleri hızla kurulmuş, daha sonraları da bu der-

nekler federasyon çatısı altında birleşmişlerdir. Türk Tabipler Birliği'nin güvencesinde bir meslek örgütü olmaya devam ederken, hekimlerin bu örgüte çok çeşitli nedenlerle uzak oldukları bir zamandır çok tartışılan konu. Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu ise kısa zaman içinde Türk Tabipler Birliği'ni üye olarak geçecek gibi gözükmektedir. Bu ilerleme hızıyla eğer büyük bir yanlış yapmazlarsa gelecekte kuvvetli bir sivil toplum örgütü olacağı ve pek çok konuda sözü dinlenir bir örgüt olacağı bugünden öngörülebilir.

Ek hekimlikler

Bu tabiri muhtemelen ilk defa duyuyorsunuz, çünkü anlatmak istediğim şeyi bir başlık altında ifade etmeye çalışırken aklıma gelen bir ifade oldu. Hekimlerin bir ana iş yerinde çalışırken, başta işyeri hekimliği ve muayenehane hekimliği şeklinde ek gelir elde etmek için yaptıkları ek işler de aile hekimliği uygulaması ile boşluğa düştü. Aile hekimlerinin başka bir ek iş yapması yasak olduğundan özellikle pratisyen hekimler tarafından yapılan işyeri hekimliklerinde boşluklar doğdu. Bu ise işyeri hekimliğinin de biraz aslına dönmesine yardımcı oldu. İşyeri hekimliği ile ilgili mevzuata bakarsanız bunun aslında iş ve işyeri sağlığı ile ilgili, koruyucu hizmetlerin ağırlıkta olduğu bir hizmet olduğu görülür. Halbuki bu hizmet işverenler tarafından çalışanın işyerinden ayrılmadan tedavi hizmeti alabileceği bir kapsamda değerlendirilmektedir. Aile hekimliği uygulamasının başlaması ile işyeri hekimleri de ağırlıkla bu işi yapan hekimler tarafından yapılmaya başlandığı için bu hizmet de daha uzmanca verilmeye başlandı. Çalışanın bir de aile hekimi olduğundan sağlığının bir başka hekim tarafından da takip edilmesi umulur ki gelecekte çalışan sağlığını geliştirici bir kazanç sağlayacaktır.

Uzun vadeli politikalar

Sağlık Bakanlığı aile hekimliği ile birinci basamak sağlık hizmetlerine ağırlık veriyor gibi görünse de yılların getirdiği hastanecilik yaklaşımını içinden atamamaktadır. Aile hekimliği üzerinde büyük söylemler üreten Bakanlığın, hastanelere başvuru sayısını azaltma hedefiyle dev sağlık kampüsleri içinde büyük ölçekli hastaneler kurma hedefi birbiriyle çelişen hedefler olarak görünmektedir.

Personel rejimi açısından ise aile hekimliği uzmanlık eğitimi için kontenjanların artırılmaması geçiş dönemi hakkında umutları zedeliyor. Aile hekimliği uzmanlığının cazibesinin gün geçtikçe azalması, ihtisas süresinde kaçırılan fırsatların telafisindeki zayıflıklar, gelecekte uygulamaya geçişte uzman

olma şartının erteleneceği endişesini doğurmaktadır. Bu nedenle orta ve uzun vadeli personel politikasının iyi belirlenmesi, diğer politikaların da bu hedeflerle uyumlu şekilde revize edilmesi için zaman daralmaktadır.

Aile hekimi ile çalışacak personelin de birinci basamağa yönelik olarak eğitilmesi de önem taşımaktadır. Hastane hemşireliği odaklı eğitimin, sahaya da odaklanması ve saha çalışma becerileri güçlendirilmiş ebe, hemşire ve sağlık memurlarının da yetiştirilmesi, hekimlere sağlanan ücret avantajının bu personele de yansıtılması birinci basamakta çalışmayı cazip hale getirecektir.

Sonsöz

Her bir başlığı için uzun tartışmalar yapılabilecek bu yazıda sınırlı yerde yazılabilecekler elimin erdiğince bu kadar. Birçok yazılı, sözlü ve görüntülü basın ortamında söylenenler ve tartışılanlar bunun kat kat fazlası. Bu derginin içinde diğer yazarların da katkıları ile aile hekimliği uygulaması çok boyutlu olarak tartışılmaktadır. Hataları ve sevapları ile bir uygulama değişikliği ile birinci basamak sağlık hizmetlerine can verilmiştir. Bu uygulamanın mükemmel olduğunu söylemek mümkün değildir, gelecekte daha iyisi bulunduğu değişikliklere gidilinceye kadar üzerinde pek çok düzeltme yapılacaktır. Önemli olan tutuculuğun tuzağına düşmemek veya mükemmeliyetin peşinde daha iyiyi göz ardı etmemektir.