

Sosyalizasyondan aile hekimliğine

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. 1996 yılında doçent, 2003'te profesör oldu. 2001-2002 yıllarında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü görevini yürüttü. 2006'da Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi olan Aydın, 2003 yılından beri yürüttüğü Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevinden Şubat 2010 itibarıyla istifa etti. Aydın İstanbul Medipol Üniversitesi'nin rektörlüğü görevini yürütmektedir.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında 224 sayılı Kanun, 27 Mayıs darbesi sonrasında oluşan Millet Meclisi tarafından bazı maddeleri eksik olarak, 1961 yılının son ayında kabul edildi. Böylece, 40 madde olarak Meclise sunulan tasarı, 35 maddelik bir kanun halini almış oldu. Bu kanunun gerekçe metni, o süreçteki zincirleme etkileşmeye işaret etmektedir: *"Sosyalleştirilmiş tababet en tam manasıyla, İngiltere ile Sovyet Rusya'ya tatbik edilmek olup bu memleketlerde birkaç bin nüfusa bir pratisyen tabip tahsis olunmakta; bunların tedavi edemedikleri vakalarda hastanelere gönderilmektedir. Tabipler kendi listelerine giren nüfus arasından*

hastalananlara, para almaksızın bakmaya mecburdurlar" (1, 2).

İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra Batı dünyasında birçok ülke sağlık hizmetlerini yaygın ve entegre bir şekilde örgütleme çabaları içinde olmasına rağmen, temel sağlık hizmetlerine erişimde en fazla kolaylık sağlayabilen İngiltere örneği oldu. 1946'da Milli Sağlık Sistemi (NHS) kanunu kabul edildi. Bu sistem, birçok değişiklikler ve güncellemelerle bugün hala yürürlüktedir. İngiltere Milli Sağlık Sisteminin birçok olumlu ve olumsuz yönleri ileri sürülebilirse de, önemli bir özelliğinin tedavi ile koruyucu destek arasındaki boşluğu tam olarak gidermemiş olmasıdır (3).

İngiltere'den farklı olarak sağlık sigortacılığı prensibine dayalı temel sağlık

hizmetleri organizasyonları İsveç, Fransa ve Almanya gibi ülkelerde oluşturulmaya başlandı (1959- 1981). Yine Kanada'da, kamu sağlık sigortası güvencesiyle hizmetlerine erişim ücretsiz hale getirildi (1962-1970).

Eski SSCB'de poliklinik ve dispanser hizmetlerine dayalı bir sistem geliştirildi. Sağlık Hizmetleri Halk Komiseri N. Semashko ve Kızıl Ordu Sağlık Kurulu Başkanı Z. Soloviev 1920'de Avrupa ülkelerini gezdiler ve İngiltere ile Almanya'daki uzmanlardan edindikleri sağlık hizmetleri organizasyonuna ilişkin görüşleri ülkelere taşıdılar. Bunu takiben temel sağlık hizmetlerine yaygın erişimi hedefleyen bir yapılanma başlatıldı (3).

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından Dünya Sağlık Örgütü Şartı'nın ilan





Bildiğiniz gibi Muş'ta başlayan sosyalizasyon uygulaması 80'li yıllara geldiğimizde 40 ilimize yayılabildi. 1984'te içinde İstanbul gibi büyük illerimizin olduğu diğer iller, emir komuta zinciri ile sosyalizasyon kapsamına giriverdi (!). On milyonu aşkın nüfusa sahip olan İstanbul'da 2003 yılına kadar, yani 20 yıl boyunca 200 civarında sağlık ocağı açılabilmiştir. Sosyalizasyona göre 5-10 bin kişiye bir sağlık ocağı düşecekti. Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulandığı son 7 yılda gösterilen üstün gayretlerle İstanbul'da sağlık ocağı sayısı 500'ü aşabilmiştir.

edildiği yılla eş zamanlı olarak Türkiye'de de sağlık hizmetlerinin entegrasyonu ve yaygınlaştırılması çalışmalarının başladığını biliyoruz. Dönemin Sağlık Bakanı Behçet Uz tarafından hazırlanan Milli Sağlık Planı bu amaca yönelik önemli bir adımı oluşturmuştur. Her ne kadar bu plan yasal anlamda yürürlüğe konmasa da, sağlık merkezleri ile hizmetlerin yaygınlaştırılması yönünde seferberlik başlatılmıştır. Planda hakkaniyeti temin etmek amacıyla kendi içinde yeterli sağlık bölgeleri oluşturulması hedeflenmiştir. Bu dönemde başlatılan çalışmaların bir anlamda sosyalizasyona zemin hazırladığını söylemek çok iddialı olmayacaktır (4).

Bilindiği gibi Dünya Sağlık Örgütü'nün 1978 Alma Ata Bildirgesi, sağlık politikalarında önemli bir dönüm noktasıdır. Temel sağlık hizmetleri politikasında ülkelerin gündemine bir sağlık politikası olarak Alma Ata Bildirgesi'nden sonra oturmuştur. Bildirge, temel sağlık hizmetlerini neredeyse sağlıkla ilgili her şeyi kapsayacak tarzda ele almış, bir çok sektörün kapsamı ve koordinasyo-

nunu öngören geniş bir bakış açısı ortaya koymaya çalışmıştır (5). Önemli bir politikaya doğru yönlendirme yapmıştır. Fakat hızlı gelişen süreçte uygulanabilir ortak bir anlayış ortaya koymada yetersiz kalmıştır. Ancak çakılan bu kıvılcım, sağlık sistemlerini gösterilen hedefe doğru ilerleme arayışına itmiştir.

Bu süreçte, birinci basamak sağlık hizmetleri, genel pratisyenlik ve aile hekimliği gibi kavramlar gündeme oturmuş, bütün sağlık sistemlerinin bütüncül bir şekilde gözden geçirilmesinin yolu açılmıştır. Sağlık sistemleri klasik tanı ve tedavi anlayışının çok ötesinde koruyucu sağlık hizmeti, toplum hekimliği, sağlıkta yetkin olmak, sağlık davranışı, sağlık eğitimi, sağlık okur - yazarlığı, sağlık teşviki ya da sağlığın geliştirilmesi gibi kavramlarla sorgulanır olmuştur. Günümüze değin değişen dünya konjonktürüne bağlı olarak birinci basamak sağlık hizmetleri yeniden ele alınmaya başlanmış, Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) gibi örgütler kendi ilgi alanlarını netleştirmek için yeni tanımlamalar yapma ihtiyacı duymuşlardır (6,7).

Bildiğiniz gibi Muş'ta başlayan sosyalizasyon uygulaması 80'li yıllara geldiğimizde 40 ilimize yayılabildi. 1984'te içinde İstanbul gibi büyük illerimizin olduğu diğer iller, emir komuta zinciri ile sosyalizasyon kapsamına giriverdi (!) On milyonu aşkın nüfusa sahip olan İstanbul'da 2003 yılına kadar, yani 20 yıl boyunca 200 civarında sağlık ocağı açılabilmiştir. Sosyalizasyona göre 5-10 bin kişiye bir sağlık ocağı düşecekti. Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulandığı son 7 yılda gösterilen üstün gayretlerle İstanbul'da sağlık ocağı sayısı 500'ü aşabilmiştir.

Sosyalizasyonu kutsayarak onu geliştirecek her uygulamayı "dinler savaşı" haline getirmek ne kadar abes ise, ortaya konan yeni uygulamaların faziletini anlatmak için sosyalizasyon çabalarını hafife almak ve kötülemek de o derece abestir. Sosyalizasyon çerçevesindeki entegre sağlık örgütlenmesinin istenen başarıyı verememesinin analiz edilmesi ve bundan alınan dersle ileriye yönelik politikalar geliştirilmesi en doğal olanıdır. Başarı ya da başarısızlık iddiaları bir yana, değişen dünya şartları, toplumun değişen ihtiyaçları, algı ve beklenti düzeyleri; her politikanın zamanla revizyona tabi tutulmasını gerekli kılmaktadır. Yukarıda sözü edilen İngiltere sisteminin bugün hala yürürlükte olabilmemesi, süreç içinde birçok defa reformdan geçmesine bağlıdır. Sistemin katı devletçi kurumsal yapılardan, işletmeler (tröst) ve vakıflar (foundation) gibi daha esnek yapılara kaydığını görüyoruz.

Önemli olan yapısal örgütlenmeyi ana amaca hizmet eder halde tutmaktır. Amacı ihmal edip, organizasyonu ya da kurumsal yapıları vazgeçilmez unsurlar gibi görmek, değişen zamana karşı kürek çekmek gibidir. Bu süreçte temel sağlık hizmetlerinin ve "herkese sağlık" hedefinin esasını bir tarafa bırakıp entegre yapılanmada genel pratisyen-aile hekimi, ebe, hemşire-aile sağlığı elemanı, sağlık ocağı- aile sağlığı merkezi ikilemelerine odaklanmanın anlamsız bir enerji israfından ibaret olduğunu düşünüyorum. Ana hedefe yönelik her uygulama saygı görmeyi hak etmektedir. Sosyalizasyon ve aile hekimliğinin birbirlerinin karşısı olan sistemler gibi sunulmasını, bunun neredeyse ideolojik bir çatışmaya alet edilmesini, toplum sağlığı bilinci çerçevesinde açıklamak zordur.

Aslında bu konuya en veciz ifadelerle ışık tutan sözler rahmetli Nusret Fişek'e aittir: "Kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri ile ayakta ve evde hasta tedavisi hizmetleri bir arada (entegre olarak) yürütülmelidir. (...) Entegre örgütlenme modelinin en basiti çağdaş aile hekimliğidir. Çağdaş aile hekimi, ailedeki çocukların periyodik muayenelerini ve aşılarını yapar. Annelere çocuk bakımı öğretir. Yaşlıların -varsa gebelelerin- periyodik muayenelerini yapar ve gereken önerilerde bulunur. Aile bireylerine sağlık, ev hijyeni ve kişisel hijyen konularında eğitim verir. Evde hastalanan varsa onları tedavi eder veya gerekirse bir uzmana veya hastaneye gönderir. Bu biçim örgütlenmenin az gelişmiş ülkeler için daha gerçekçi bir modeli, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde öngörülen ekip hizmetleridir." (8). Görülüyor ki, 1960'lara göre daha gelişmiş bir ülkede yaşayan toplumun beklentileri doğrultusunda atılacak adımlar, aynı amaca yönelik olarak daha ileriye gitmekten ibarettir. Toplumumuzun bugün geldiği düzeyi görmek ve politikalarımızı gözden geçirmek zorundayız.

Bu arada, sosyalizasyonu savunma içgüdüğü ile davranırken onu yeterince anlama uğraşı vermediğimizi düşünüyorum. İzninizle 224 sayılı kanun ile kanunun gerekçe metninden bazı alıntılarla bu düşüncemi açmak istiyorum (1).

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun Tasarısı'nın "sigorta aidatı ödenmesine" ve "vasıtalı ve vasıtasız vergilere" ilişkin maddeleri ne yazık ki yasalaştırılmamış ve kanunun uygulanabilir bütünlüğü zarara görmüştür (1). Aynı kanunun sözleşmeli personel istihdamını (1 - 3 yıllığına mukavele imzalamaya) öngören 24. Maddesi, ilk yıllardan sonra uygulanamamıştır. Sistemin adeta sibopu olabilecek olan ve 27. ve 32. maddelerde yer alan "ü-

ret mukabili muayene ve tedavi" gözü ardı edilmiştir. Uzman hekimlerin serbest muayenehane açabilmeleri ve kamunun imkânlarını bu muayenehanelere arka bahçe haline getirmeyi teşvik eden organizasyonlar ve yine vatan-daş nezdinde pratisyen hekimin önemini düşürecek yönlendirilmiş haberler sosyalizasyonun önemini ve etkisini gittikçe zayıflatmıştır (9).

Sosyalizasyon herkese "ücretsiz" sağlık hizmeti demek değildir. Kanunun 2. Maddesi, "Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi, vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile amme sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına iştirak suretiyle eşit şekilde faydalanmalarınıdır." diyor. Yani primden ve masrafın bir kısmına iştiraktan bahsediyor. Beşinci madde, eğer sağlık personeli veya müesseseyi seçme hakkını kullanacaksa, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde yaşayanların ücretini şahsen ödemelerini şart koşmaktadır. Kanunun 14. Maddesi paralı durumları saymaktadır. Buna göre, bölge dışından gelenlere ve mesai saati dışında sağlık hizmeti ücretli verilmektedir. Madde 32, sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinde ücretli olarak muayene ve tedaviye tabi şahıslardan alınacak ücretlerin miktarının Maliye ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlıkları tarafından müştereken tespit ve ilan olunacağını duyurmaktadır. Sosyalizasyon kapsamındaki doktorların tam gün esasına göre çalışması öngörülmektedir. Kanunun 4. Maddesi serbest meslek icra hakkını sadece kamudan maaş almayan hekimlere tanımaktadır.

Kanunda tanımlanan ekip ile Aile Hekimliği Kanununda öngörülen ekip tanımları aynıdır. Kanunun 10. Maddesi, bir sağlık ocağının hizmetinin en az bir hekim ve yeter sayıda yardımcı sağlık personelinin teşekkül eden bir ekip tarafından yürütüleceğinden bahseder. Aile hekimliği kanunu ise doktorla birlikte çalışacak aile sağlığı elemanlarını geniş kapsamda tanımlayıp sayısal bir sınırlama getirmez. Buna rağmen imkânlar ölçüsünde her sağlık evine bir ebe, her sağlık ocağına bir doktor bile verilemediği nasıl gerçekse, bugün her aile sağlığı birimine sadece bir hemşire verilebilmesi ya da diğer bir ifadeyle birden fazla verilememesi de o derece gerçektir. Daha sonraları alt mevzuatla belirlenen sağlık ocağının diğer elemanlarını da Toplum Sağlığı Merkezleri ile karşılaştırabilirsiniz.

Sosyalizasyon, uygulanabilirliğini sağlamak için sözleşmeli çalışmayı öngörmektedir. Kanunun 24. Maddesi bunu hüküm altına almıştır. Ayrıca 17.9.1963'te Sözleş-

meli Çalışma Yönetmeliği yayımlanmıştır.

Sosyalizasyonda sağlık ocağı doktorunun o günün şartlarında tanımlanan iş yükü, gücünün üstüne çıkmıştır. Tasarınının 38. kanununun 33. Maddesi doktorların işini tanımlamaktadır. Her ne kadar maddenin gerekçe metninde "Bu madde hükmüne göre Hükümet ve belediye tabipleri sağlık ocaklarında ve sağlık merkezlerinde şimdiki nazarın daha az yüklü ve daha çok faal olarak vazife görebileceklerdir." dense de genel gerekçe kısmında Nizamnameye atfı yapılarak sağlık ocağına devredilen hükümet tabipliği görevlerinin 104 çeşit olduğundan bahsedilmektedir. Şu ifadeler de kanunun gerekçe metninden: "Bir kimsenin sadece bir veya iki yardımcı ile büyük ve umumiyetle dağınık bir nüfus kitlesinin yaşamakta olduğu bir bölgede bu kadar çok hizmeti nasıl başarabileceği, ne kadar düşünülse caizdir." Bilindiği gibi, aile hekimliği uygulamasında görevler sadeleştirilmiş, kategorize edilmiş hatta kurumlar arasında paylaştırılmıştır.

Sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti ucuz değildir. Gerekçe metni bunu şu sözlerle ifade etmektedir: "Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin maliyeti her memlekette olduğu gibi yurdumuzda da yüksektir. Bu masrafı tamamıyla bütçeye yüklemenin pratik olamayacağı da aşikârdır."

Sosyalizasyon Kanunu tasarısının TBMM'de kanunlaşmayan maddeleri, sosyalizasyonun uygulanabilir olması için modeller önermekte ve Genel Sağlık Sigortası'nı getirmek istemektedir. İster-seniz kanunun gerekçe metnini birlikte okuyalım: "Tababetin sosyalleştirilmesinden maksat; modern tıbbi hizmetleri, geliri veya ödeme kabiliyeti ne olursa olsun her vatandaşa ücret almadan sağlamak demektir. Bu da ya sağlık personelinin bütün masrafları devletçe görülmek ve kendilerine keza devletçe maaş verilmek suretiyle veyahut mecburi hastalık sigortası kurup halkı buna kaydetmekle olur... Sosyalleştirmenin gerektirdiği masraflar, yabancı memleketlerde nüfus veya aile başına alınan vergilerle veya mecburi sigorta primleri ile karşılanmaktadır... Sivil halk 33. Maddede görüldüğü üzere sigorta aidatı ödeyecektir. (...) Şu halde sivil nüfusun sosyalleştirilmiş sağlık hizmetine sigorta aidatı ödemeleri en doğru ve faydalı bir tedbir teşkil edecektir."

Bu arada sosyalizasyonla birlikte SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devredilmiş olduğunu da belirtelim (Madde 30). Ne yazık ki bu hükmün uygulanması için 45 yıl boyunca Sağlıkta Dönüşüm Programı beklemek zorunda kalınmıştır!

Sağlık ocakları ağı ile sağlanmaya çalışılan entegre birinci basamak, sağlık örgütlenmesi için günün şartlarında önemli bir görevi yerine getirme uğraşı vermiş ve bugünlere gelinmiştir. Son yıllarda ülkemizdeki değişim, halkın beklentileri ve gelişen dünyanın anlayışı doğrultusunda aile hekimliği uygulaması çerçevesinde bu entegre hizmet ağı yeniden organize edilmektedir. Sağlık ocaklarında yürütülen hiç bir hizmet, aile hekimliği uygulaması ile ihmal edilmemiştir. Anne çocuk sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik uygulamalar daha fazla geliştirilmiş, Aile Hekimliği Bilgi Sistemi ile tüm nüfus dijital kayıt altına alınmıştır. Anne ve bebek takipleri, aşılamalar daha iyi izlenir, kontrol edilir ve denetlenir hale gelmiştir. Aile hekimliği uygulamasının getirdiği nüfus tabanlı, tercihe dayalı model doktor-hemşire ile çocukların, annelerin, yaşlıların, kısacası bütün aile bireylerinin iletişimde farklılık oluşturmuş, zorunlu sevk zinciri uygulanmasına rağmen birinci basamak hizmetlere ilgiyi artırmıştır. Sağlık ocaklarında verilen hizmetin önüne geçen onlarca formu raporlama işleri basitleştirilmiş, güncellenmiş ve günü gününe dijital ortamda takip edilebilir hale gelmiştir.

Evrim devam ediyor...

Kaynaklar

- 1) 24 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. Genel Gerekçe Metni, TBMM Arşivi, 1961
- 2) Aydın S: Alma Ata'dan günümüze temel sağlık hareketi. In. Akdağ R. (editör): Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmeti. Sf. 24-45, Sağlık Bakanlığı, Ankara 2008
- 3) Shamanov T. Sh: Almaty, Turning Point of World Health Care. Almaty 2008
- 4) Demirel H: 1946-1960 Arası Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Planlama, Medipolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı Yayınları, 2008
- 5) Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September, 1978
- 6) Primary Care in the Driver's Seat: Saltman R.B, Rico A, Boerma W. (editors). European Observatory on Health Systems and Policies, 2005
- 7) WONCA Europe 2002, The European definition of general practice/family medicine. Türkçe Çeviri ED: Başak O. Haziran 2003. Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayını
- 8) Fişek N.: Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Yayınları, Ankara, 1985
- 9) Aydın S: Aile Hekimliği: Sağlık sisteminde merkezi role talip olmak. Aile Hekimliği Dergisi. Cilt 1 sayı 3, 2007