

Hekimlikte tam gün uygulaması

Dr. Sebahattin Işık

Toplumların sağlık talebinin ilk başlangıcından bu yana, tanı ve tedavi uygulamaları serbest tabiplik şeklinde var olagelmıştır. İnsanın en değerli varlığı olan sağlığını korumak ve yeniden kazanmak için tercih kullanması ve başvuracağı doktorunu seçebilmesi en doğal hakkıdır. Bu yüzden serbest hekimlik uygulamaları farklı düzeylerde de olsa her zaman devam etmiştir. Vatandaşların alım gücü ve sosyal sağlık hizmetlerinden yararlanabilme düzeyi, serbest tabiplik uygulamalarının yaygınlığı üzerinde belirleyici rol oynamaktadır. Yani serbest hekimlik uygulamalarının yaygınlığı, sağlık sisteminin kapsayıcılığı ile ters orantılı olmaktadır. Bu yüzden ki, bireylerin alım gücü kısıtlı olmasına rağmen, düşük gelir düzeyindeki ülkelerde serbest hekimlik uygulamaları daha yaygındır.

Bir yandan serbest hekimliği teşvik edici unsurlar, diğer yandan kısıtlı doktor sayısının zorunlu kıldığı daha fazla mesai ihtiyacı, birçok ülkede doktorların kamu hastanelerindeki görevlerinin yanı sıra serbest hekimlik icra edebilmelerine, yani ikili çalışma düzenine yol açmıştır. Yeteri kadar güçlü olamayan sağlık sistemlerinin açıkları adeta bu yolla örtülmeye çalışılmış ve doktorların kamuda düşük maaşlarla istihdam edilmesine imkân sağlanmıştır. Bu ikili çalışma düzeni, kamu kuruluşlarında düşük ücretle çalışmaya mecbur bırakılan doktorların adeta geçim yolu haline almıştır.

Aslında doktor sayısının çok kısıtlı olduğu durumlarda kamu görevi ile birlikte muayenehane hekimliğinin birlikte yürütülmesinin makul gibi görünen bir gerekçesi vardır. Böylece hekimin topluma hizmet ürettiği mesai süresi en fazla çıkarılmaya ve gittikçe artan sağlık hizmeti talebi karşılan-

maya çalışılmaktadır. Kısacası bu yolla hekimler adeta çift mesai yapmaya itilmektedir. Yani bu uygulama bir kısmi zamanlı çalışma düzeni değil, ikili çalışma düzenidir.

Tabiatı itibarıyla zor ve riskli bir mesleği üstlenmiş olan doktorların, yoğun ve stres dolu bir günün yorgunluğundan sonra mesaisine serbest muayenehanesinde devam etmesi kolay olmamaktadır. Tıp hizmeti fedakârlık, ciddi bir çalışma ve zihin yorgunluğu gerektirir. Bir hekimin bir yerde çalışması, sonra başka bir yere gitmesi, oradaki hastalarını görmesi, bütün bunların takip eden tedavi ve kontrol sorumluluğunu üstlenmesi mesaisini ciddi bir şekilde bölmektedir. Bu durumda tam verimlilik sağlanamamakta, hatta böyle bir çalışma düzeni hasta güvenliği açısından da risk oluşturmaktadır. Bu yüzden ki, muayenehane pratiğine devam eden doktorlarımız çoğu kez sözü edilen



ikili çalışma düzenini sürdürmede zorlanmakta ve uygulama çifte mesai uygulamasından daha ziyade, bölünmüş mesaiye dönüşmekle yüz yüze kalmaktadır. Böylece doktorlarımız kamudaki mesailerini aksatmaya zorlanmaktadır. Öyle ki, görev sorumluluğu son derce gelişmiş olan, aldıkları eğitim ve mesleğin doğası gereği fedakârlıktan kaçınmayan doktorlarımız mesaiyi aksatmamak için azami gayret gösterse bile, ayrı ayrı yerlerdeki hastaların sorumluluğunu üstlenmiş olarak adeta zihinsel bölünmüşlük yaşamaktadırlar. Bu doğal olarak doktorun görevine odaklanmasında sorunlara yol açmaktadır.

Sağlık sistemleri güçlendikçe ve finansal koruyuculuğun kapsamı genişledikçe, vatandaşların büyük kesimi cepten harcama yapmaksızın ya da sınırlı katkı payları ile hizmete erişebilecekleri kamu sağlık hizmetlerine yönelmekte, böylece muayenehanelere başvuran hasta sayısı azalmaktadır. Muayenehanelerdeki hasta sınırlılığı, kamuda verilen sağlık hizmetinin yükünün paylaşılması yerine, bazen bu uygulamayı kamusal hizmete erişim aracı haline getirmektedir. Kamu kurumundaki daraltılan mesainin sonucunda hastanın bilinçli veya durumsal olarak muayenehaneye yönlendirilmesi, sorumluluk sahibi doktorlarımız tarafından asla tevesül edilmeyen bir husus olmakla birlikte, bunun tamamen var olmadığını söyleyebilmek mümkün değildir. Bu gelişen nokta, doktor ya da hastanın doğrudan sorumluluk alanından çok, mevcut şartların doğal sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Doktorlar çalıştıkları hastaneden ulaşılabilir bir bölgede açtığı muayenehaneleri yoluyla sistemin ön gördüğü olumsuzluklarla yüz yüze gelmektedir. Bilhassa cerrahi daldaki bir hekimin, doktoruna güven duymak isteyen ve bir anlamda bu güveni satın almayı bir teminat olarak gören hasta baskısından uzak durabilmesi oldukça zordur. Yani bir anlamda ikili çalışma düzenine dayalı bir sistem kendi kendini olumsuz yöne itici mekanizmaları yine kendi içinde barındırmaktadır.

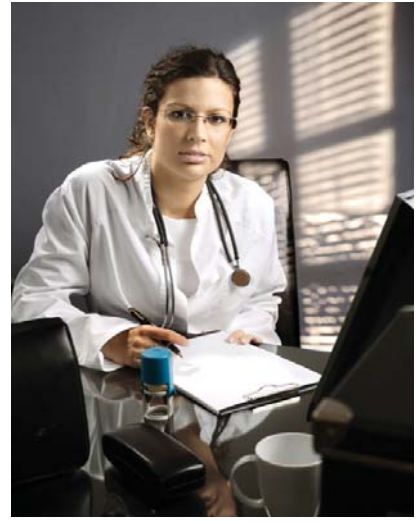
Bu noktada 'başarılı hekim' olmakla, sistem dışına itilme riski taşıyan 'ilkeli hekim' olma arasında tercihe zorlanan çok sayıda doktorumuz vardır. Bu iki uçtan hangisinin ağır basacağı, hekimin kendi davranışını içselleştirme ve bu davranışını rasyonalize edebilme yeteneği ile yakından ilişkilidir. Doktorlarımızın bu tür tercih zorlanmaları ile karşılaşmadıkları, mesai açısından ve zihinsel olarak bölünmüşlük yaşamadıkları, bütün emeklerini sarf ettikleri, zihinlerini odakladıkları, hasta memnuniyetini hedefledikleri bir tarzda hizmet sunabilmelerinin ortamı oluşturulmak zorundadır.

Üniversite hastanelerimizde öğretim üyelerinin özel muayenesi, serbest pratiğin kurum içine taşınmış halidir. 'Mesai dışı özel' adı altında yapılan düzenleme bir tür özel çalışma düzeninin kamuda sürdürülmesidir. Hastanın öğretim üyesine doğrudan ulaşması için katlanacağı bir katkı payı makul görülebilmekle birlikte, uygulama bununla sınırlı kalmamıştır. Öncelikle mesai dışı olan özel muayeneler zamanla mesai içine çekilmiştir. Bu uygulama ne yazık ki, birçok öğretim üyesini özel olmayan vakalara poliklinik ve yataklı tedavi hizmeti vermekten uzaklaştırmıştır. Hatta birçok hastanemizde poliklinik hizmetleri asistanlara terk edilmiştir. Bu durum üniversitelerin eğitim işlevini de olumsuz etkilemektedir. Bu yapısına rağmen, 'özel' tanımı içinde algılanan hasta hizmetinin karşılığı olarak hekime yansıma sınırlı kalmakta ve çalışan memnuniyetine beklenen katkıyı yapmamaktadır. Bu uygulama, bir yandan asistan eğitimini ve hasta bakım hizmetlerini olumsuz etkilerken, diğer yandan hizmet alanlarda ayrımcılığa yol açmakta, hizmet sunanlarda yeterli memnuniyet oluşturamamaktadır.

Yarı zamanlı ya da ikili çalışma düzeninin tüm sakıncaları bu çalışma biçimi için de geçerlidir. Hekimlik ve akademisyenlik gibi meslekler ontolojik olarak toplum çıkarına uygun davranmayı gerektirirken, bu tür uygulamalar hastalara hekim seçme özgürlüğü tanımak yerine başka bir seçenek bırakılmadan adeta bir dayatmaya dönüşebilmektedir.

Hekimlerin bir yandan kamu hizmeti sunarken, diğer yandan sundukları bu hizmet ile tam olarak ilişkisiz hale gelmesi mümkün olmayan ticari faaliyette bulunma ayrıcalığı olarak tanımlayabileceğimiz yarı zamanlı ya da ikili çalışma düzeninin sağlık ortamına etkisinin sağlıklı olmadığı açıktır. Bu çalışma düzeni kamu ve kamu hastanesi aleyhine çıkar çatışması yaratmaktadır. Ayrıca ikili çalışma serbestisi, kamuda tam zamanlı çalışan hekimleri de olumsuz etkilemekte ve bu hizmetin niteliği ve niceliğine yansımaktadır.

Türkiye'den başka Latin Amerika ve Doğu Avrupa ülkelerinde kontrolsüz bir şekilde serbest olan ikili çalışma düzeni, bir anlamda sınırlı kaynak kullanmaya zorlanan sağlık sistemlerinin kendilerini koruma refleksi olarak yerleşmiştir. Düşük gelirli ülkelerde adeta doktorların sistemde tutulabilmesinin aracı olarak kullanılmaktadır. Hekimlere taşıdıkları sorumlulukla kıyaslanabilir ve meslek onuruna yakışır bir özlük hakkının temin edilememesi durumunda ikili çalışma düzeninin yasaklanması, hekimlerin kamudan özel sektöre geçmelerine ve çalışma koşulları daha iyi olan diğer ülkelere göçlerine yol açabilmek-



tedir. Maaşların düşük olduğu ülkelerde hastalardan yasal olmayan para sistemini artırma riski taşımaktadır.

Güçlenen kamu sağlık sistemlerinde ise sistemin kontrol altına alınması hem mümkün olmakta hem de gerekli hale gelmektedir. Sağlık ekonomisi yönetimine göre gücü ve yeterliliği artmış kamu sağlık sistemlerinde ikili çalışma düzeninin ortadan kaldırılması, sistemin gücünü daha da artıran etkin bir sağlık politikasıdır. Bu yüzdendir ki, orta ve yüksek gelir gurubunda yer alan ülkelerde ya kamu kuruluşları içinde sınırlı özel hizmete izin verilmekte veya kamuyla birlikte özel sektörde kazanılabilecek ücretler sınırlandırılmakta ya da ikili çalışmaya hiç izin verilmemektedir. Batı Avrupa ve İskandinav ülkelerinde bu uygulamaların farklı örneklerini görmek mümkündür.

Orta gelir grubunda olan ülkemiz, gelişen ekonomisi ve gittikçe güçlenen sağlık sistemi ile kamu sağlık sistemini daha kontrollü hale getirmek, etkin sağlık politikaları ile kamusal hizmetleri daha da güçlendirmek zorundadır. Bu durumda hangi koşulda olursa olsun bu ikili sistemi ortadan kaldıran bir düzenleme yararlı olacaktır. Ancak tam gün uygulamasının sağlık çalışanlarının tamamını kapsaması ve özlük haklarında kapsamlı bir iyileşme sağlanması ile başarılı olacağı bilinmektedir.

Hekimlerin kendilerini toplumdan ayrı tanımlamaya teşvik edecek, kendi çıkarlarını toplumun çıkarından farklılaştırmaya zorlayacak, onları ortak mekânizmaların dışında tutarak, kendi çıkarının gereklerini kollama zorunda bırakan politikalar, hekimlerimizi topluma yabancılaştırma riski taşımaktadır. Bu, hekimlik mesleğinin itibarı açısından istenmeyen bir durumdur. Kamu yararı ile birey yararı arasındaki çıkar çatışmasına fırsat verilmemeli, kamusal kaynaklarla oluşturulmuş olan gerek hekimlik gerek akademik pozisyonların kamu yararına hizmet eder hale getirilmesi güvence altına alınmalıdır.

Hastalar arası ayrımcılığı ortadan kaldıracak, çalışanları hizmet üretmeye teşvik edecek bir sistem kurmak zorundayız. Bunun için mesai içi ve dışı ayrımı yapmaksızın bütün hastaların 'özel' olacağı ve hekimin de hastalara olan ilgisinin geri yansımaları göreceği bir düzenleme hedeflenmelidir.