DERLEME

10 SORUDA AİLE HEKİMLİĞİ-DOKTORLUĞU
YANLIŞLAR DEĞİL DOĞRULAR
YALANLAR DEĞİL GERÇEKLER

İlker BELEK, Bülent KILIÇ***

1- Dünyada aile hekimliğinin gelişmesi nasıl olmuştur ve diğer ülkelerdeki aile hekimliği uygulaması nasıldır?

Aile hekimliği uygulaması toplum hekimliği anlayışının henüz tam olarak gelişmediği dönemlerde 19. yüzyılın sonları, 20. yüzyılın başlarında genel bir hekimlik uygulaması olarak başlamış ve elinde çantasıyla köy ve kasabadaki hastalarını dolaşan bir hekim tipi olmuştur (nitekim Türkiye'de de uzun süre Anadolu'da görülen kasaba doktorları bu yapının bir uzantısı olarak görülmelidir). Tedavi edici hekimlik yaklaşımının temsilcisi ve ne aileyle ne de koruyucu hekimlikle ilgisi olan bu uygulama günümüz muayenehane hekimliğinin de temelini oluşturmuştur. Bu nedenle küreselleşme ile beraber tüm dünyada aile hekimliği adı altında yaygınlaştırılmaya çalışılan bu hekimliğin, toplumun tamamına ve kamu eliyle ücretsiz hizmet götürmeyi amaçlayan çağdaş halk sağlığı uygulamaları ile taban tabana zıt olduğu bilinmelidir.

19. yüzyılda sanayi devrimi döneminde çok ağır koşullar altında çalışmaya başlayan işçi sınıfının haklı isteklerini bastırabilmek için oluşturulan ilk sigorta uygulamaları (1883-Almanya) ve bununla bağlantılı olarak madenlerde, fabrikalarda çalıştırılan hekimler aile hekimi olarak adlandırılmasalar da günümüz aile hekimliğinin atalarından sayılabilir. Zamanla işçi sınıfındaki örgütlenmenin gelişmesi, sendikal hareket ve 1917 Ekim Devrimi, kapitalist ülkelerde muayene edici hekimliğinin gelişmesini hızlandırmıştır. Dolayısıyla aile hekimi daha çok Batı'lı ülkelerin varsıl ekonomik yapısına ve prim ödeyebilen toplumlarına özgü, genellikle baktığı hasta ve listesindeki kayıtlı kişi başına ücret alan bir hekim olmuştur. Bu nedenle örneğin hizmetin tamamen kamu eliyle verildiği SSCB'de ve diğer eski sosyalist ülkelerde topluma değil de salt aileye dayalı bir hekimlik uygulaması uzun süre hiç gündeme gelmemiştir. Bu ülkelerdeki genel hekimlik uygulamaları tamamen merkezi planlamaya ve tıp eğitimine bağlı olarak geliştirilmiş uygulamalardır **(Kaser, 1976)** ve günümüz aile hekimliği uygulamalarıyla bir benzerliği yoktur. Küba ise tüm dünya uygulamalarından ayrı bir yere konulmalıdır. Çünkü Küba aile hekimliğine 1980'li yıllarda tamamen teknik nedenlerle geçmiştir. Amaç yaşam süresi uzamış ve giderek yaşlanan nüfusun yaklaşık 250-500 kişilik topluluklarla sınırlandırılarak yakından izlenmesi ve giderek artan sevk oranlarının azaltılması olmuştur. Bu nedenle örneğin aile hekimi sevk ettiği hasta ile beraber hastaneye gitmek ve sonucunu takip etmek zorundadır. Küba'da amaç hekimi sadece poliklinik yapmaktan çıkarıp sınırları belli bir nüfusa sürekli ve belli bir coğrafik alanda hizmet götürür duruma getirmektir. Uygulamada rekabet yoktur, hekimler devlet tarafından atanmaktadır. Aile hekimlerinin çalışma alanları okulları, kreşleri ve fabrikaları da kapsamaktadır yani salt aile temelli bir izlem programı değildir **(Belek, 2002)**. Dolayısıyla aile hekimliğinin tarihsel gelişimi incelendiğinde bazı sosyalist ülkeler hariç hemen tüm ülkelerde sağlıktan daha fazla kar elde etmek için ortaya çıktığı ve gelişen işçi sınıfı hareketini bazı ödünlerle yavaşlatmak için geliştirildiği görülmektedir. 1980'lerden sonraki gelişim ise aşırı uzmanlaşmanın bir sonucu olarak genel hekimlik uygulamalarının da aile hekimliği adı

**Doç. Dr. Akdeniz Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.*
***Yrd. Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*

altında uzmanlaştırılması ve özelleştirilmesi yönünde olmuştur **(Romer, 1993)**. Bu nedenle aile hekimliği uzmanlığı kapitalist sistem tarafından yapay olarak oluşturulmuş bir uzmanlık dalı olarak nitelendirilmelidir.

Aile hekimliğinin ilk kez bu şekilde isimlendirilmesi ise 1948 yılında İngiltere'de NHS'nin (National Health Service) kurulması ve Aile Hekimliği Komitesinin oluşturulmasıyla olmuştur **(Loveridge, 1992)**. 1960'lı yıllardan başlayarak gelişen uzmanlık eğilimi sonucunda Avrupa'nın diğer ülkelerinde ve ABD'de de aile hekimliği veya genel pratisyenlik adı altında ayrı bir uzmanlık dalı haline getirilmiş ve çoğunlukla özel hekimliğin bir simgesi olarak kullanılmıştır. Nitekim aile hekimliğinin uluslar arası örgütü olan WONCA'nın yeni sitesinde de aile hekimliğinin kuruluş amacına uygun bir tanımlamayla aile hekimleri artık küresel (!) aile hekimleri olarak tarif edilmektedir **(WONCA, 2003)**.

İngiltere'deki uygulamada aile hekimleri evde veya muayenehanesinde hasta bakar ve uygulamalarını ya özel muayenehanesinde ya da kamudan (sağlık ocağından) kiraladığı bir odada yapar. Finansman genel vergilerle sağlanır ve aile hekimi her yıl kendine kayıtlı kişi sayısı kadar ücret alır. Sistem günümüzde özellikle koruyucu hizmetler ve sevklerle ilgili çok ciddi sorunlar yaşamaktadır. Bazı "kötü" tanı almış (örneğin kanserli) hastalar kendilerine bakacak aile hekimi dahi bulamamaktadır **(Aksakoğlu, 1995)**. İngiltere'de bir dönem kendi bütçesi olan aile hekimleri de yaratılmak istenmiş ancak başarılı olunamamıştır. Aile hekimliği uygulaması İngiltere'de hiçbir zaman bir ekip çalışmasına gidememiş, tedavi edici hekimlik üzerine kurulu yalnız bir hekim modeli olarak kalmıştır **(Baggott, 2000)**.

Almanya'da ise aile hekimliği sosyal sigorta ile bağlantılı olması nedeniyle aşırı ve gereksiz kullanıma açık, oldukça pahalı bir sistem yaratmıştır. Aile hekimleri koydukları tanı ve yaptıkları girişimlere karşılık belli puanlar toplayan ve bu puanların karşılığında para kazanabilen mekanik bir kitle haline gelmiştir. Hekimler her ay görülen hastalık sıklığına göre değişen puanlamalarla para kazanabilmektedir. Doğal olarak bazı hastalıklar veya hastalar puan olarak değersiz olduğunda aile hekimlerinin ilgisini çekmemektedir. Almanya'da ödemelerin verilen hizmet başına yapılması ve sistemin sigorta primleri ile finanse edilmesi sağlık harcamalarını gereksiz yere artırmaktadır **(Roemer, 1991)**.

Aile hekimliği ABD'de ise başlangıçta örgütlü olarak oluşturulmamış, sağlıkta amaçlanan kara dayalı karmaşa ortamında kendiliğinden yerini almıştır. Başlangıcı kovboylar dönemindeki kasaba hekimlerine ya da altın madenlerinde veya demir yolu inşaatlarında çalışan şirket hekimlerine dayanır **(Mc Kenzie2002)**. 2. Dünya Savaşı sonrası gelişen sosyal devlet döneminde ise hastane uzmanı ile bağlantılı ve sağlık sigortasından finanse edilir konumda, sözleşmeli olarak çalışmaya başlamıştır. Ne kadar hasta bakarsa o kadar para kazanır. ABD'de var olan karmaşık, pahalı ve eşitsizliklerle dolu sağlık sistemini doğuran ana yapı olmuştur. Günümüzde ABD'de aile hekimliği modeli aşırı uzmanlaşma ve hastaların sınırsız istekleri karşısında önemini kaybetmiştir **(Kovner, 1990)**.

Kanada uzun süredir sağlık sigortası ve aile hekimliğini bir arada götürürken artık tıkanmışlık yaşamakta, aile hekimleri tüm dünyada olduğu gibi sadece kendine başvuranlara bakan, poliklinik yoğunluklu bir uygulama olarak gerçekleşmektedir. Hastalar yoğunluk ve niteliksiz hizmet nedeniyle zorunlu kalmadıkça hekime gitmemeye çalışmakta, sık sık aile hekimlerini değiştirmeye çalışmaktadır **(Kargı, 2003)**.

Bulgaristan ise 1999'dan sonra Dünya Bankası'nın isteği ile girdiği aile hekimliği sisteminde tam bir çıkmaza saplanmış durumdadır. Artık Bulgarlar hastaları müşteri, aile hekimlerini ise şahıs tüccarı olarak isimlendirmektedir. Aşı oranları düşmüş, diş sağlığı hizmetleri ise sigorta teminat paketinden çıkartılmış durumdadır **(Kapaklı, 2003)**.

2- Türkiye'de aile hekimliği sistemiyle ilgili yasal süreç nasıl gelişti ?

Türkiye'de aile hekimliğinin bir uzmanlık dalı olarak örgütlenmesi 1980'li yılların ortalarına rastlar. 1993 yılından itibaren ise tıp fakültelerinin içinde ilgili ana bilim dallarının oluşturulmasına başlanmıştır **(Başak O, Güldal D 2002)**. O yıllarda yalnızca dil sınavı ile bu uzmanlık alanına uzmanlık öğrencisi alınmaya başlanmıştır. Dünyanın başka hiçbir ülkesinde görülmeyen bu uygulama halen sürmektedir.

Aile hekimliği sistemi, esasen birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenmesiyle ilişkili bir konudur. Böyle bakıldığında, yani birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi çerçevesinde ele alındığında, aile hekimliği konusunun, sağlıkta reform olarak isimlendirilen daha geniş kapsamlı bir projenin önemli bir bileşeni olarak 1990'ların başında gündeme getirildiği görülür. Dönemin Sağlık Bakanı Yıldırım Aktuna'dır. Sağlıkta reform çalışmalarının ana amacı Türkiye sağlık sistemini neoliberal tarzda yeniden yapılandırmaktır. Bu projenin halen geçerli olan üç bileşeni belirlenmiştir. Bunlar birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin ve sağlık finansman sisteminin yapısını değiştirmektir. Birinci basamakta sağlık ocaklarının yerine aile hekimliği sisteminin getirilmesi, ikinci basamakta hastanelerin özelleştirilmesi ve özerkleştirilmesi (işletmeleştirilmesi) ve finansman modeli olarak genel bütçe yerine genel sağlık sigortası sisteminin oluşturulması hedeflenmektedir. Ancak bu üçü birbirinden ayrı yapılar değildir. Aile hekimleri, özel ve özerk hastaneler genel sağlık sigortası kurumu ile imzalayacakları sözleşmelerle bir sistem bütünlüğü oluşturacaklar ve genel sağlık sigortası kurumu finansal bir mekanizmayla hizmet üreten bu kurumlar arasında rekabet yaratacaktır. Böylece reform çalışmalarının temel amacı sağlık sistemi içine piyasa ilişkilerini sokmak olarak ortaya çıkmaktadır **(Sağlık Bakanlığı 1992)**. Reform çalışmaları en başından beri Dünya Bankası destekli olarak yürütülmektedir. Nitekim bu süreç Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ile Banka arasında

imzalanan bir anlaşma sonrasında başlatılmıştır **(7 Ekim 1990 tarihli Resmi Gazete, No: 20658).** Reform sürecine mali kaygılar yön vermiştir. Şöyle de denilebilir: Türkiye sağlık sisteminde değişiklik hedefleyenlerin esas niyeti sağlıktaki kamu sorumluluğunu küçülterek sağlık sistemimizi piyasa ilişkilerine açmaktır. Böylece, bu yönelimden aile hekimliği modelinin etkilenmesi de kaçınılmaz olmaktadır.

Sağlık reformlarıyla ilgili olarak gerek aile hekimliği konusu, gerekse diğer başlıklar, 23-27 Mart 1992 tarihinde 1. Ulusal Sağlık Kongresi adıyla düzenlenen bir etkinlik çerçevesinde ilgili kamuoyunun gündemine getirilmiştir. Kongre katılımcıları, Temel Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubu içinde, Bakanlığın aile hekimliği projesini tartışmışlar ve Türkiye'nin birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi açısından uygun bir tercih olmadığı sonucuna ulaşarak, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasasının getirdiği sağlık ocakları modelinin sürdürülmesi gereği konusunda anlaşmışlardır. Bu sonuca varan çalışma grubunun içinde o dönemde değişik illerde sağlık müdürlüğü, müdür yardımcılığı gibi idari görevleri yürütmekte olanlar da vardır. Grubun yayımladığı sonuç raporuna muhalefet eden iki kişi olmuştur ve bunlardan birisi aile hekimliği uzmanları derneği adına katılan temsilcidir **(Sağlık Bakanlığı 1992a: 187-191).**

Kongredeki ilgili çalışma grubunun bu kararına karşın Sağlık Bakanlığı aile hekimliği tercihinden vazgeçmemiştir. Böylece Kongre dönemine kadar Bakanlık ile ilgili kurumlar arasındaki açık ilişki dönemi sona ermiş ve sonraki dönemde Bakanlık bütün çalışmalarını kendi içinde, diğer kurumların görüşlerini dikkate almadan sürdürmüştür. Bunun tek istisnası aile hekimleri uzmanlık derneği ile olan ilişkileridir. Bu nedenle aile hekimliği modelinin toplumsal uzlaşıya dayanmadığını, tam tersine aksi görüşlere karşın yukarıdan dayatıldığını belirlemek gerekir.

1992 ile 1996 arasındaki dönemde Bakanlık aile hekimliği sisteminin içeriğine son şeklini vermiş, gerekli yasa tasarılarını hazırlayarak Meclis'e göndermiştir.

Süreçle ilgili olarak eklenmesi gereken son gelişme aile hekimliği kavramının yanına aile doktorluğunu ekleyen Bakanlık uygulamasıdır. Bunda aile hekimliği sistemine geçmek açısından gereken aile hekimi sayısının yetersizliğinin belirleyici etkisi vardır. Aile hekimlerinin sayısı yetersiz olunca, geçiş dönemini dolduracak bir ara insan gücüne gereksinim duyulmuştur. Böylece aile hekimliği uzmanlarına göre daha kısa sürede (bir yıl gibi) ve belli konularda eğitilecek bir hekim insan gücü düşünülmüş ve bunun adına da aile doktoru denilmiştir. Hekim ile doktor kelime olarak aynı anlamı ifade etseler de, en başından beri saçmalıklarla karakterize olan (belki de en büyük saçmalık, klinik bir uzmanlık alanına dil sınavıyla araştırma görevlisi almaktır) bu alanda, farklı şeyleri ifade etmek üzere kullanılmalarında bir sakınca görülmemiştir.

Bakanlık aile hekimliği ile ilgili gelişme ve tartışmaların çok uzun zaman almış olmasına karar vermiş olmalı ki, birinci basamak sağlık kurumlarında pratisyen hekimleri aile doktorluğunu tercih etmek konusunda oldukça zorlayıcı davranmıştır. 2003 yılı Kasım ayı içinde, sağlık müdürlükleri pratisyen hekimlere tercih için bir, en fazla birkaç günlük bir süre tanımışlar, treni kaçırmamaları gerektiği gibi argümanlarla üzerlerinde psikolojik baskı oluşturmuşlardır. Anlaşılan Sağlık Bakanlığı aceleyle meseleyi bir biçimde sonlandırmak istemektedir. Bu tercihinde Aile Hekimliği Uzmanları Derneği'nin (TAHUD) yardımcı olduğu anlaşılmaktadır. Derneğin yayımladığı bir sonuç bildirgesinde böyle bir ara geçiş formülü açık biçimde önerilmektedir **(TAHUD, Aralık 2002).**

3- Genel sağlık sigortası (GSS) ile aile hekimliğinin ilişkisi nedir ve GSS nasıl bir sistemdir ?

GSS bir finansman modelidir. Sağlık hizmetlerinin finanse etmenin yollarından birisidir. Aile hekimliği ise birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumundaki modellerden birisidir. Dolayısıyla aile hekimliğinin finansmanında GSS tercih edilebilir. Ancak böyle bir zorunluluk yoktur. Örneğin İngiltere'de aile hekimlerinin ve aile hekimliği sisteminin finansmanı genel vergilerle oluşturulan genel bütçeden karşılanır. Aynen Türkiye'de sağlık ocaklarının genel bütçeden (döner sermaye katkı payları sayılmazsa) finanse edildiği gibi. Buna karşılık Almanya'da aile hekimlerinin gelirleri genel sağlık sigortası fonundan sağlanır. İsveç'te ise birinci basamakta hizmet veren sağlık merkezlerinin kaynakları merkezi bütçeden de desteklenen yerel vergilerden gelir. Anlaşıldığı gibi ne GSS finansman için, ne de aile hekimliği birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi açısından zorunlu ve tek seçenek durumunda değillerdir. Ancak, Türkiye'de her ikisi de sağlık reformu sürecinde hükümetlerin tercihi ve hatta tek seçenek olarak gündeme getirilmiştir.

GSS sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlamak üzere oluşturulmuş bir fondur. Bu fonu bireylerin ücretlerinden-gelirlerinden yapılan ve prim adı verilen kesintiler oluşturur. Pek çok ülkede fonun yönetimi yine bir kamu kurumunun elindedir. Yani GSS denilen fon bir kamu fonudur. Bu haliyle özel sigorta fonlarından farklıdır. GSS fonu başlangıçta bütün sağlık hizmeti gereksinimlerini karşılamak üzere oluşturulur. Buna karşılık pratikte, bireyler pek çok sağlık hizmeti için, hizmeti kullanırken, prim dışında, ödeme (katkı payı) yapmak zorunda kalırlar. Pek çok ülkede toplumun bütün bireyleri bu fona katılmak, prim ödemek zorunda tutulmuşlardır. Bazı ülkelerde bunun istisnaları vardır. Örneğin Hollanda'da belli bir düzeyin üzerinde geliri olanların GSS'ye üye olmak zorunlulukları yoktur. Böyle bireyler hastalandıklarında ceplerinden ödeme yaparak ya da özel sağlık sigortalarına üye olarak sağlık hizmeti gereksinimlerini zaten karşılayabilirler.

GSS tek amaçlı bir fondur. Fon yalnızca sağlık hizmeti üretmek ya da satın almak için kullanılır. Bu nedenle sağlık sigortası primi sağlık amaçlı özel bir vergi olarak da nitelenebilir. Oysa genel bütçe çok amaçlı bir fondur. Genel

bütçe sağlık, eğitim, sosyal güvenlik, sanayi, vb sektörlere tahsis edilir **(Belek İ 2001: 95-101, 300-306).**

Türkiye'deki sağlık reformu çalışmalarının en önemli bileşenlerinden birisi GSS'dir. GSS ile ilgili yasa taslağı hazırlanmıştır **(Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası Kurumu Kanunu Tasarı Taslağı, 2003).**

Türkiye'de GSS'nin kurulması açısından zorunlu adımlardan birisi mevcut sosyal güvenlik kurumlarının tek bir sosyal güvenlik sistemi çatısı altında birleştirilmesidir. GSS'nin kurulmasıyla birlikte, şu anda mevcut sosyal güvenlik kurumları içinde bulun(a)mayan birey ve aileler de sistem içine alınacaktır.

Bireylerin GSS'ye girebilmeleri için gelirlerinin belli bir oranında prim ödemeleri gerekecektir. Prime tabi gelir düzeyi İş Kanunu'nda belirlenmiş olan gelir aralığı kadar olacaktır. Bu gelir aralığının alt düzeyinden daha az gelire sahip olanların primi bütçeden karşılanacaktır. Gelir aralığının üst sınırından daha fazla gelire sahip olanların tümü ise sanki bu gelir aralığında gelire sahiplermiş gibi kabul edilecekler ve yine o gelir düzeyi için belirlenmiş bir prim oranına tabi tutulacaklardır. Yani GSS sisteminde zengin toplum kesimleri ile alt-orta gelirli toplum kesimleri aynı gelir düzeyine sahiplermiş gibi kabul edilmektedir. Önerilen GSS modelinin en önemli sorunlarından birisi budur.

Prim oranı İş Kanunu'nda belirlenmiş gelir düzeyinin %13'ü kadardır. Bu oranın yarısı işveren tarafından yatırılacak, kalan yarısı ise işçi ve memurların ücretlerinden kesilecektir. Kendi hesabına çalışanlar ise primin tümünü kendileri karşılayacaklardır. Ayrıca emeklilerin ücretlerinden %1'lik ek bir kesinti yapılarak sigorta fonuna yatırılacaktır. Böylece bu uygulama ile birlikte memur ve emeklilere prim adı altında ek bir doğrudan vergi getirileceği anlaşılmaktadır.

GSS'nin aile hekimliği ile ilişkisi ise aile hekimlerinin finansmanı noktasında kurulmaktadır. Bu sistem içinde GSS aile hekimlerini ve sağlık hizmeti üreten diğer aktörleri fonlayan bir kurum olarak işlev görecektir. Aile hekimleri GSS yönetimi ile sözleşme yapacaklar, yani GSS'nin sözleşmeli personeli olarak çalışacaklardır. Aile hekimlerinin üretmek zorunda oldukları hizmetin türü ve niteliği Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Müdürlükleri tarafından belirlenerek, denetlenecek, GSS ise bu nicelik ve nitelik garantisi üzerinden aile hekimleriyle sözleşme imzalayacaktır. Böylece sözleşmede belirtilen hizmetleri, belirtilen nicelik ve kalitede üretemeyen aile hekimlerinin sözleşmesi GSS fonunca tek taraflı olarak iptal edilebilecektir.

Sözleşme sisteminin aile hekimliği yapan hekimler arasında rekabet yaratacağı, rekabetin de hizmet kalitesini artıracağı varsayılmaktadır.

Genel olarak değerlendirildiğinde, sağlık hizmetlerinin finansman tekniği olarak GSS'nin, vergilerle oluşturulan genel bütçe sistemine göre daha az eşitlikçi ve verimli olduğu görülür. GSS'nin genel bütçeye göre daha az eşitlikçi olmasının nedeni, prim oranının gelir ne olursa olsun aynı olmasıdır. Sağlık ekonomisinde bu tür finansman mekanizmaları orta derecede eşitlikçi olarak nitelenir. Oysa arzu edilen ileri derecede eşitlikçi finansman teknikleridir. Bunun için ise gelirden yapılan kesintinin (vergi ya da prim olarak) gelirle artan oranlı olarak, gelir arttıkça, daha yüksek oranda kesinti yapılarak gerçekleştirilmesidir. Ancak böyle bir uygulama toplumdaki gelir dağılımını eşitleştirici bir etki gösterebilir. Gelir dağılımının eşitlenmesi ise gelir dağılımı eşitsizliklerinin yarattığı sağlık sorunlarının ortadan kaldırılması açısından zorunludur. Gelirle artan oranlı kesintinin, geliri eşitleştirici yönde yeniden dağıtıcı etkide bulunacağı kesindir. Oysa, kamu sigortası sistemlerinin hiçbirisinde prim miktarı gelirle artan oranlı olacak şekilde belirlenmez. Bu ancak vergi sistemi ile gerçekleştirilebilir.

Yukarıda da değinildiği gibi, sigorta sisteminin bir diğer sorunu genel bütçe sistemi kadar verimli olmamasıdır. Bunun nedeni sigorta sisteminin yapısal bir sorunu olan moral risk etkisidir. Moral risk, sigortalıların, belli bir amaç (sağlık hizmeti kullanmak) için prim ödemelerine bağlı olarak, sağlık hizmetini gereksiz yere kullanmak, piyasa koşullarında tüketmek eğiliminde olmalarıdır. Gereksiz kullanılan tedavi edici hizmetlerdir. Böylece moral risk etki sağlık harcamalarını da gereksiz yere artırır. Sigorta sisteminde belli bir sağlık hizmetiyle yani parayla elde edilen bir sağlık sonucunu, genel bütçede daha az harcamayla elde etmek olanaklıdır **(Eşitlik ve verimlilik tartışmaları için bkz. Kutzin J 1997: 17-26).**

O nedenle sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından önerilen model gelirle artan oranlı vergi sistemidir. Buna karşılık özellikle Türkiye gibi ülkelere Dünya Bankası ve IMF gibi uluslar arası finansman kuruluşlarının önerdiği sigorta modeli olmaktadır. Bunun nedeni ise bu ülkelerde genel bütçenin iç ve dış borç ödemek için kullanılmasıdır. Böylece bu ülkeler bütçeleri ile sağlık hizmetlerini finanse etmenin olanağının bulunmadığını belirterek, sağlık hizmeti isteyen vatandaşlarına ayrı bir vergiyle (prim) ayrı bir fona katkı yapmalarını (GSS) önermektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin finansmanı için sigorta sisteminin önerilmesi toplumsal kaynakların bölüşümüne dayanan siyasal bir sorunun dışa vurumudur. Halkların kendilerine yol, su, sağlık, vb olarak döneceği belirtilen vergilerin dışında (bu vergiler toplumun kaymak bir tabakasına borç ödemesi olarak aktarılıyorken) ek bir vergi ödemeyi kabul edip etmeyecekleri de sınıf mücadelesinin konusudur.

4- Türkiye'de aile hekimi-doktoru kimdir, ne iş yapar, çalışma koşulları nelerdir ?

Dünya Aile Hekimleri Örgütü'nün (WONCA) aile hekimiyle ilgili tanımını ülkemizde TAHUD ve Sağlık Bakanlığı da benimsemiştir. Buna göre, aile hekimi birinci basamakta görev yapan uzman hekimdir. Bireye ve ailesine kişi merkezli yaklaşım sergiler. Hastalıkların tanı ve tedavisinin yanı sıra sağlığın geliştirilmesinde de görev üstlenir, sağlık sorunlarını içinde bulunulan ortamın

koşullarıyla ele alır. Türkiye'de aile hekimi uzmanlarının sayısı birinci basamak sağlık hizmetlerini yürütmeye yeterli olmadığından, uzmanlık eğitimi dışında eğitimle sertifikalandırılmış geçiş aşaması hekim insan gücüne gereksinim vardır. İşte aile doktoru denilen kategori burada ortaya çıkmaktadır. Aile doktorları isteyen pratisyen hekimlerin daha kısa süreli bir eğitimle sertifikalandırılması ile yetiştirilecektir. Görevleri aile hekimlerininkiyle aynı olacaktır. Aile hekimliği uzmanlarının sayıları yeterli düzeye ulaştığında ise aile doktoru istihdamından vazgeçilecektir **(TAHUD, Aralık 2002).** Geçiş dönemi için aile doktoru ile aile hekimi aynı şeyi ifade etmektedir.

Sağlık Bakanlığı ve TAHUD'a ait dokümanlarda aile hekiminin görevi bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri (aşılama, aile planlaması, meme muayenesi gibi periyodik muayeneler, yaşlı sağlığı hizmetleri) ile ayaktan tedavi edici sağlık hizmetleri olarak belirtilmiştir. Bunun dışında hastanelerde tedavi edilen hastaların evde ve ayakta takibini yapmak, temel laboratuar hizmetlerini vermek, ilgili kayıt ve istatistik işlemlerini yürütmek, 24 saat ilk yardım ve acil müdahale hizmetlerini vermek de aile hekiminin görevleri arasındadır **(Sağlık Bakanlığı, Nisan 1997).**

Aile hekimliği sistemine geçilmesiyle birlikte kamuya ve çevreye yönelik sağlık hizmetleri aile hekimliği hizmetlerinden ayrılacaktır. Bu, şu anda sağlık ocakları tarafından verilmekte olan hizmet paketinin ikiye ayrılarak iki ayrı kuruma verileceğini göstermektedir.

Aile hekimlerinin hizmet süresi haftada yedi gün ve günde 24 saattir. Bu nedenle, aile hekimi bir bölgede tek başına çalışıyorsa orada ikamet etme zorunluluğu vardır. Aynı bölgede 2-5 aile hekimi olması durumunda gece hizmetini icapçılık ya da nöbetçilik tarzında düzenlemeleri olanaklı olacaktır.

Her aile hekimi yaklaşık 3000 kişilik bir nüfustan sorumlu olacaktır. Bireyler istedikleri aile hekimini seçmekte serbest olacaklardır. Bu durumda sistemin yapılanması bölge esasına göre değil, nüfus esasına göre olacaktır. Her ilin aile hekimi gereksinimi sağlık müdürlükleri tarafından ilan edilecek ve aile hekimleri boş kadrolara başvuracaklardır. Başlangıçta aile hekimi sayısı yeterli olmayacağı için sertifikalı pratisyen hekimlerin (aile doktoru) ve diğer dal uzmanlarının da aile hekimi olarak çalışmalarına olanak tanınacaktır. Bireyler altı ay önceden haber vermek koşuluyla aile hekimlerini değiştirebilecektir. Ancak seçilecek aile hekimi ikamet ettikleri yerin sağlık grup başkanlığı bölge sınırları içinde olacaktır.

Bireyler bağlı oldukları aile hekimine muayene olmadan ve aile hekiminin sevkini almadan hastaneye başvuramayacaktır. Doğrudan hastane başvurusu durumunda tedavi masraflarının %20'si cepten ödenecektir. Aile hekimi muayenesi sonunda hastasını sevk etmeye karar verdiğinde, kurum adı belirtmeden yalnızca ilgili dalı belirtecektir. Böylece hastaların özel kurumlardan yararlanmaları olanaklı olabilecektir. Acil durumlarda da aile hekiminin onayı olmadan hastaların hastaneye başvurmaları olanaklı olmayacaktır.

Aile hekimliği sistemine geçişte sağlık müdürlükleri ilgili bölgeleri ve bu bölgeler için geçerli norm kadro sayılarını belirleyecektir. Sonra bu bölgelere aile hekimliği uzmanlarından başlamak üzere aile hekimliği atamaları başlayacaktır. Bunu takiben boş kalan yerler için sertifikalı pratisyen ya da diğer dal uzman hekimlerin (aile doktorlarının) atamaları yapılacaktır. Başvuru norm kadro sayısından fazla olursa kura sistemi uygulanacaktır. Kurada sağlık raporu, eş durumu, vb dikkate alınacaktır. Geçiş dönemi sonrasında ise sisteme yalnızca aile hekimliği uzmanlarıyla devam edilecektir.

Geçiş döneminde sisteme aile doktorları ile devam edilecektir. Aile doktorlarının eğitimi iki aşamalı olarak gerçekleştirilecektir. İlk aşama 10 günlüktür ve sistemin tanıtımına yöneliktir. Bu eğitimi tamamlayanlara döner sermayeden ek puan verilecektir. İkinci aşamayı tamamlayanların döner sermaye puanları bir kez daha artırılacaktır. İkinci aşamayı tamamlayanlara verilecek sertifikanın geçerliliği için aile hekimliği uygulamasına başlamaları zorunludur. Beş yıl süreyle uygulamaya devam etmeyenlerin resertifikasyonu şarttır. Birinci eğitim aşamasını tamamlayanlar aile hekimliği uygulamasına başlayabilecektir.

Bu sistemin yaklaşık 22 bin aile hekimine gerek duyduğu belirtilmektedir. Bu kadar hekimin birinci aşama eğitimi ise Ocak-Ağustos 2004 tarihleri arasındaki sekiz ayda tamamlanacaktır.

Aile hekimi mevcut sağlık ocaklarını ve AÇSAP merkezlerini kiralayarak hizmet verecektir. Eğer bu kurumların durumu uygun değilse özel polikliniklerde ya da kendi muayenehanesinde çalışacaktır. Aile hekimi özel bir mekanda hizmet verecekse alanı en az 60 metre kare olmak zorundadır. Eğer birden fazla aile hekimi tek bir mekanı kullanacaksa eklenen her aile hekimi için 20 metre kare daha alan ayrılacaktır. En çok beş aile hekimi birlikte çalışabilecektir. Grup pratiği Bakanlıkça desteklenmekte ve böyle merkezlere ultrasonografi yapma, röntgen çekme gibi olanaklar tanınacağı belirtilmektedir. Aile hekimliği merkezinde bireye yönelik koruyucu hizmetlerin ve tedavi hizmetlerinin sunulmasını olanaklı kılacak malzeme ve ekipman (buzdolabı, snellen eşeli, pansuman seti, jinekolojik muayene seti ve masası, bilgisayar, vb) bulunmak zorundadır. Bunları sağlamak aile hekiminin görevidir.

Tek hekimin bulunduğu aile hekimliği merkezlerinde en az bir yardımcı sağlık personeli, birden çok hekimin çalıştığı merkezlerde ise hekim başına en az bir yardımcı sağlık personeli istihdam edilecektir.

Kırsal bölgeye hizmet verecek aile hekimleri en yakın ilçede ikamet edecek ve kendisine bağlı köylere program çerçevesinde gezerek hizmet verecektir. Gezi işlerini kendi aracıyla yapacaktır. Her köy ve beldeye haftada en az bir kez gidilecektir.

Aile hekiminin haftalık çalışma süresi 40 saattir. Resmi tatil günlerinde diğer aile hekimleriyle koordinasyon

halinde hizmetin sürekliliğini sağlar. Ücretsiz izin kullanılamaz. Gebelik veya hastalık nedeniyle rapor alan aile hekimlerinin yerine sırada bekleyen hekim atanır. Rapor bitiminde işe başlamak için yeni bir başvuru yapılması gerekir. Çeşitli nedenlerle ataması yapılmayan aile hekiminin sertifikası geçersiz kabul edilir.

Yer değiştirme ancak aile hekiminin gitmek istediği il ve/veya bölgede bir kadro boşluğu olması durumunda olanaklı olabilir.

Üç ay süreyle kayıtlı hastası 1000'in altında olan, Bakanlık tarafından belirlenen hasta sevk oranlarına uymayan aile hekimlerinin sözleşmesi iptal edilir.

Aile hekimliği sistemine geçişle birlikte çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri (içme ve kullanma sularının denetimi, gıda maddelerinin, gayri sıhhi müesseselerin denetimi, esnaf denetimi, atıkların denetimi), halkın sağlık eğitimi, sosyal yardım hizmetleri, toplumsal araştırmalar, okulların, spor alanlarının, çocuk bahçelerinin denetimi, bulaşıcı hastalıklarla mücadele sağlık grup başkanlıklarına devredilecektir. Böylece şu anda sağlık ocaklarında entegre edilmiş olan hizmet ikiye parçalanmış olacaktır.

Sağlık ocakları ise ("sağlık ocağı adı yıprandığı için") sağlık merkezi olarak adlandırılacaktır. Sağlık merkezinde yatak olacak ve o bölgedeki aile hekimlerinin kendi hastalarını yatırarak tedavi ettikleri kurumlar olarak işlev görecektir. Sağlık merkezlerinde bundan başka, aşılama hizmetleri, laboratuar hizmetleri, ilk yardım ve acil bakım hizmetleri de verilecektir.

Aile hekimlerinin ücretlendirilmesinde karma bir model düşünülmektedir. Buna göre, ücretin üç bileşeni olacaktır: Sabit bir maaş + aile hekimine bağlı olan kişi sayısına göre kişi başı ücret + aile hekiminin hastasına yaptığı girişimler ve laboratuar tetkiklerinin her birisi için hizmet başına ödeme. Böylece kişi başı ve hizmet başı ücret bileşenlerinin hekimlerin motivasyonunu sağlayacağı varsayılmaktadır **(Yukarıdaki bilgiler için bkz. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2003; TAHUD, Aralık 2002).**

Kişi başı ödeme 1000 kişinin üzerinde nüfus kaydı yapmış olan aile hekimlerine Maliye Bakanlığı'nın belirlediği kişi başı ücret ile hekime bağlı kişi sayısının çarpımıyla hesaplanacak ve aylık olarak hekimin hesabına yatırılacaktır. Ancak, kişi başı ücretler kişinin yaşına göre belirlenmiş katsayılarla çarpılarak hesaplanacaktır. Örneğin 0-4 yaş arasındaki bireyler için Maliye Bakanlığı'nın belirlediği ücretin çarpılacağı katsayı 1.3, 15-64 yaşındakiler için 1.0 ve 65 yaş üzerindekiler için 2 olacaktır. Aile hekimlerinin sunduğu hizmet kalite araştırmalarıyla denetlenecektir.

Aşırı enflasyona bağlı olarak kişi başına belirlenen ücret miktarının aile hekiminin sunduğu hizmetin maliyetini karşılamaması durumunda, aile hekiminin maliyet düşürücü önlemleri alacağı varsayılmakta, bu da yetersiz olursa bireylere sunulan hizmet kapsamının daraltılacağı belirtilmektedir. Bireyler sözleşme kapsamı dışındaki hizmetlerden ancak fiyatını ödeyerek yararlanabilirler, sözleşme kapsamındaki hizmetler için ise belirtilen miktarlarda katkı payı öderler.

Aile hekimleri sigorta kurumunun istediği hasta memnuniyeti ve kalite araştırmalarını yürütmek ve sonuçlarını sigorta kurumuna bildirmekle yükümlüdür **(Bu bilgiler için bkz. Sağlık Bakanlığı, 2003a).**

5- Aile hekimliği sisteminin, sağlık hizmetlerinin organizasyonu bakımından taşıdığı sorunlar nelerdir ?

Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan bütün dokümanlarda aile hekimliği sisteminin, sağlık hizmetlerini yurt genelinde dengeli, etkin, verimli örgütlemede, hizmeti entegre, eşit, ulaşılabilir, sürekli, kademeli, katılımcı tarzda sunmada, ikinci basamaktaki hasta yığılmasını önlemede, sağlık sorunlarını çok yönlü olarak ele almada en etkili yöntem olduğu belirtilmektedir. Bunun da ötesinde, bütün dokümanlarda (buna TAHUD tarafından üretilmiş olanlar da dahil edilebilir) bütün bu ilkeler Türkiye topraklarına ilk kez aile hekimliği sistemi ve aile hekimcileri tarafından getiriliyormuş gibi bir üslup egemendir. Söz konusu bütün dokümanlar 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'u görmezden gelmektedir.

Bunun bilinçli bir tercih, çarpıtma olduğu açıktır. Çünkü sürekli, entegre, ekiple üretilen, gezici, nüfus-bölge tabanlı, parasız, eşit, herkesi kapsayan, ulaşılabilir, sevk sisteminin işletildiği, kademeli hizmet yapısı, Türkiye'de ilk kez, bundan yaklaşık 45 yıl önce Sosyalleştirme Yasası'nda belirlenmiş ve en azından eğitim araştırma bölgelerinde örnek denebilecek biçimde uygulanmıştır. Bu nedenle, Sosyalleştirme Yasası'ndaki ilkelerin önemli kısmını aynen kağıda geçirenlerin, Sosyalleştirme Yasası'nın başarısızlığından söz etmelerinin de, bunları kendileri keşfediyormuş havasına girmelerinin de ancak politik bir anlamı olabilir.

Öte yandan, birinci basamak sağlık hizmetlerinin organizasyonunu tartışanların, bu süreçte, kendilerine yukarıdaki ilkeler dışında bir yol gösterici bulmalarının da olanağı yoktur. Bu ilkeler önemli oranda birinci basamak sağlık hizmetlerinin nasıl örgütlenmesi gerektiğini gösterirler ve uluslar arası düzeyde de 1917 Sovyet Devrimi'nden sonra oluşturulmuş Sovyet sağlık sisteminden ve 1978 yılında yayımlanmış bulunan Temel Sağlık Hizmetleri Bildirgesi'nden beri kabul edilirler. Bütün bunlara göre, bireylerin sağlık sistemine ilk temas noktası olarak düşünülen birinci basamak en azından bu ilkelerle örgütlenmelidir.**(Öztek Z, 1986; Sol Meclis Sağlık Komisyonu, 2002; Tarimo E, Webster EG, 1994; WHO, 1996).**

Önerilen aile hekimliği sistemine daha yakından bakıldığında, söylem düzeyinde benimsenen örgütlenmeyle ilişkili ilkeler bakımından, sistemin genel yapısının yapısal sorunlar oluşturduğu anlaşılmaktadır. Bunlar kısaca şu şekilde sıralanabilir:

5-a- Aile doktorluğu kategorisinin en azından başlangıçta bugünkü durumdan herhangi bir farkı olmayacaktır: Çünkü 10 günlük aile hekimliği sisteminin genel yapısını tanıtan kurs sonrasında pratisyen hekimlere aile hekimliği yapabilme hakkı verilecektir. O halde ilk aşamada hedeflenen şey mevcut sistemin insan gücünden kaynaklanan sorunlarını çözmek değil alelacele başka bir şeye (örneğin sigorta sistemine) geçiş yapmak ve isim değişikliği üzerinden toplum ve hekimlerin gözünde bir şeyler yapılıyormuş izlenimini yaratmaktır.

5-b- İkinci aşama olarak önerilen bir yıllık eğitim de insan gücü niteliğini artırmak bakımından yetersiz kalacaktır: Bir yıllık eğitimin uzaktan eğitim tekniğiyle ve mevcut aile hekimliği uzmanlarınca gerçekleştirileceği anlaşılmaktadır. Oysa eğitici olarak düşünülen aile hekimleri, kendi uzmanlık eğitimlerini birinci basamakta değil ikinci ve üçüncü basamakta tamamlamışlardır. O nedenle birinci basamağın uzmanlık hizmetini vermeleri öngörülen aile doktorlarının eğitimiyle görevlendirilmeleri tam bir saçmalıktır. Üstelik kendileri saha araştırması, epidemiyoloji, vb konularda eğitim almamış aile hekimlerinin, hasta memnuniyeti, kalite araştırmaları yapmaları beklenen aile doktorlarına bu konularda nasıl eğitim verecekleri de tamamen belirsizdir.

5-c- Aile hekimliğinin entegre hizmet anlayışına göre örgütlendiği belirtilmekle birlikte, sistem sosyalleştirme yasasında kurulan entegrasyonu parçalamaktadır: Sosyalleştirme Yasası'nda, sağlık ocaklarına çevreye ve bireye yönelik koruyucu hizmetlerle birlikte ayaktan tedavi edici hizmetleri entegre yürütme görevi verilmişti. Aile hekimliği ise çevreye yönelik sağlık hizmetlerini, sağlık eğitimi hizmetlerini, bulaşıcı hastalıkların kontrolü, gıda denetimi, okulların, işyerlerinin denetimi hizmetlerini, toplum beslenmesi hizmetlerini, sağlığı etkileyen olumsuz davranışlarla mücadeleyi sağlık grup başkanlıklarına vermektedir. Bu tercih ne şekilde savunulursa savunulsun entegrasyonu daralttığı, parçaladığı son derece açıktır.

Oysa sağlık yine resmi dokümanlarda belirtildiği gibi toplumsal koşullardan, kültürel değerlerden etkilenen ve sosyal iyilik halini de içeren "tam" iyilik durumudur. O nedenle sağlık sorunlarıyla mücadele, sağlığın geliştirilmesi çalışmaları bütün bunların, belli bir nüfusa, bölgeye hizmet veren ekip tarafından çok yönlü biçimde ele alınmasını gerektirir. Sağlığın geliştirilmesi ve korunması açısından sağlık ekibinin, toplumsal sorunları toplumun içinde, toplumla birlikte, toplum kalkınması perspektifiyle ele alması gerekir. Aile hekimliği sistemi bu perspektife sahip değildir. Uzun yıllardır bu işin başarılamamış olması, toplumun içinde çalışacak sağlık insan gücünün yetiştirilmemiş olması az önce özetlenen bu perspektiften vazgeçmenin gerekçesi olamaz.

Bu saptamaya çevreye yönelik sağlık hizmetlerinin bir üst basamağa bırakıldığı ve aile hekimlerinin bu basamakla koordinasyonlu çalışmalarının sağlanacağı gerekçesiyle karşı çıkılabilir. Ancak, belli bir nüfusa 24 saat hizmet verenlerin sağlığın korunup, geliştirilmesi için gerekli toplumsal aktörler olarak ve diğer sektörlerle birlikte işlev görebilecekleri kesindir. Öte yandan önerilen aile hekimliği sisteminde sağlık örgütünün toplumsal kalkınmadaki rolünden hiç söz edilmemektedir. Aile hekimliği sistemi bu haliyle salt bireye odaklanmış bir yapıya sahiptir. Sağlığın geliştirilmesi açısından işlevsel olamayacağı ortadadır. İngiltere'deki aile hekimliği sisteminin yapısı, bu nokta itibariyle, Türkiye'de önerilene benzese bile, bütün Batılı ülkeler temel sağlık hizmetlerini uygulamadaki yetersizleri nedeniyle tam da bu bağlamda eleştirilmektedir. Hatta Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 21. yüzyıla ilişkin önerilerinde, birinci basamak hekimi olarak aile hekimi kavramını kullandığı yerlerde bile hekimin ve sağlık kurumunun çevresel koşulların düzeltilmesinde rol üstlenmesi gereğini belirtmektedir (**Tarimo E, Webster EG, 1994; WHO, 1998: 75-78**).

Türkiye aile hekimliği sistemi, bu haliyle, 20. yüzyılın başlarında kurulmuş bulunan Avrupa aile hekimliği sistemlerine benzese de, DSÖ'nün belirlediği geniş ve ilerici perspektiften uzak, arkaik bir örgütlenme biçimidir.

5-d- Türkiye aile hekimliği sistemi bölge ve/veya nüfus temelli değildir, bu nedenle bu sistem içinde sağlık hizmetini ve toplum sağlığını izlemek bakımından hiçbir epidemiyolojik değerlendirme gerçekleştirilemez: Aile hekimliği sistemi içinde bireylere "hekim seçme özgürlüğü" tanınmaktadır. Bunun anlamı, bir ilçe sınırları içinde (büyük şehirlerdeki merkez ilçeler de dahil) yaşayanların yine aynı sınırlar içinde çalışan aile hekimlerinden istediklerini tercih edebilecekleridir. Bu durumda bir ailenin fertleri, ayrı ayrı, örneğin yaklaşık 500 bin nüfusu olan Ankara'nın Çankaya ilçesi sınırları içindeki yaklaşık 160 aile hekiminden herhangi birisine kaydolabilecektir. Aile hekimliğiyle ilgili dokümanlarda sistemin nüfus temelli olduğu belirtilse de, az önceki örnekten de anlaşılacağı gibi, burada hizmet götürülen, toplumsal yaşamda belli bir karşılığı olan (örneğin belli bir yerde yaşayan, çalışan) belli bir nüfus yoktur.

Hal böyle olunca aile hekimine bağlı bireylerin tanımladığı topluluk için sağlığı etkileyen, bozan faktörleri de dikkate alan sağlık planlaması yapmak olanağı da kalmamaktadır. Örneğin bugünkü sağlık ocağı-sosyalleştirme sisteminde ya da üretim temelli örgütlenmiş sağlık sistemlerinde (işyeri sağlık birimlerinde) en sık bebek ölümüne neden olan hastalık olarak ishal saptandığında, ishalin çözümü için gerekli çevresel, toplumsal önlemler, sağlık personelinin içinde bulunduğu çok sektörlü bir ekiple ve toplum katılımı da sağlanarak alınabilir. Sağlık personeli bölge halkını ishal etkenleri hakkında eğitir, gönüllülerin toplumun diğer bireylerini eğitmeleri ve ishale neden olan çevresel etkenlerin yok edilmesi için (sağlıklı su, kanalizasyon, vb) bölge düzeyinde harekete geçirilmeleri olanaklı olur. Oysa tanımlanan aile hekimliği sisteminde aile hekimine bağlı bireyler ayrı mahallelerden, semtlerden gelebildikleri için böyle bir toplumsal kimliğe sahip değillerdir ve bu bireyleri bir araya getirerek kolektif toplumsal hareketlere

yöneltmek olanağı da bulunmaz. Aile hekimliği sisteminde ishalin çözümü için aile hekiminin bireysel önlemleri önermek dışında yapabileceği bir şey yoktur.

Aile hekimliği sisteminde tanımlanmış nüfus olmadığı için, aile hekiminin kendisine bağlı grup için örneğin bebek ölüm hızını, kaba ölüm hızını, demir eksikliği anemisi sıklığını, vb hesaplamasının da anlamı bulunmaz. Bu hesaplamalar yapılabilir. Ancak hiç birisi matematiksel niceliklerden öte bir şey ifade etmez. Çünkü hesaplamalar için paydaya konulan nüfus büyüklüğünün (aile hekimine bağlı grubun) toplumsal bir anlamı yoktur, bu grup epidemiyolojik anlamda hiçbir şey göstermez. Bu nedenle aile hekimliği sisteminde verilen hizmetin etkinliğini değerlendirmek, toplumsal sağlık düzeyindeki değişimi izlemek, hizmetin verildiği ölçek için olanaklı olmaz. Bu hesaplamalar ancak bir grup aile hekiminin çalıştığı ilçe ölçeği (sağlık grup başkanlığı düzeyi) için bir anlam ifade eder. Ancak bu durumda da sorunların hangi aile hekiminden kaynaklandığını saptamak olanaklı olmaz.

5-e- Bir önceki maddede saptanan ölçek sorunu nedeniyle aile hekimlerinin ve aile hekimliği sisteminin performansını değerlendirmede kullanılabilecek tek ölçüt olarak hasta memnuniyeti araştırmaları önerilebilmektedir: Oysa hasta memnuniyeti sağlık hizmetlerini değerlendirmek açısından son derece yetersiz bir ölçüttür. Bunun nedeni, çoğu kez (bütün ülkelerde, ama Türkiye gibilerinde daha belirgin olmak üzere) hastaları memnun eden uygulamalarla, sağlığı geliştirmek ve doğru tıbbi uygulamalar açısından yapılması gerekenler arasında ciddi mesafenin bulunmasıdır. Yani hastayı memnun edenle yapılması gereken çoğu kez aynı şey değildir.

Üstelik hasta memnuniyeti (doğruyu ifade etse bile) sağlık hizmetinin niteliğini değerlendirmeye yetmeyecek denli dar bir kavramdır. Adı üzerinde hastaya, hizmet kullanmak için gelene odaklıdır. Sağlık hizmeti ise tıbbi bakım hizmetinin ötesinde bir içeriğe sahiptir. Hasta memnuniyetini araştırma görevinin bir piyasa aktörü olarak görülen, baktığı hasta ve kendisine bağladığı birey sayısıyla ilişkili olarak gelir sağlayan aile hekimine verilmiş olması da tam bir acı komedidir. Hasta kaybetmek istemeyen hekimden, o hekime bağlı bireyler çok memnun olsalar bile bu ne ifade edebilir ?

5-f- Türkiye aile hekimliği sistemi sağlık hizmetine erişim bakımından tamamen eşitsiz bir yapıya sahiptir: Bir sağlık sisteminin eşitlikçi karakter göstermesi için herkesin bir sağlık kurumuna, aile hekimine bağlanması yetmez. Sistemin finansman boyutunun da eşitlikçi olması, bunun için de herkesin hizmet kullanım anında para ödeme zorunluluğunu-durumunu ortadan kaldıran bir sosyal güvenlik sistemine bağlanması gerekir.

Bugün itibariyle nüfusumuzun yaklaşık %30'unun sağlık güvencesi yoktur ve bu durum bu grubun hizmet kullanmasını olumsuz yönde etkilemektedir. Öte yandan, gerek aile hekimliği, gerekse genel sağlık sigortası ile ilgili yasal düzenlemelerde sigortalılardan hizmeti kullanırken katkı payı alınacağının belirtilmesi, sistemin eşitsizlikçi karakterini belirginleştiren bir başka unsurdur.

5-g- Aile hekimliği sisteminde sağlık insan gücü hesaplamaları, yanlış verilerden hareketle, yanlış yapılmıştır: Bakanlık Türkiye'de bireylerin yıllık hekime başvuru ortalamasını 2.4 olarak kabul ederek, kendisine 3000 kişiyi bağlamış bir aile hekiminin günlük ortalama hasta yükünün (yıllık fiilen çalışılan iş günü sayısını 240 alarak) 30 olduğunu hesaplamaktadır. 2.4 sayısı 1992 yılında Bakanlık tarafından yaptırılmış hizmet kullanım araştırmasının verisidir. Oysa yine aynı Bakanlığın henüz yayımlanmamış ve 2000 yılında gerçekleştirmiş olduğu son araştırmasında kişi başı yıllık hekime başvuru ortalaması 4'ün üzerindedir. Buna göre hesap düzeltildiğinde günlük beklenen hasta sayısı 50 olur.

Günlük hasta sayısı 30 olsa bile, hasta başına ortalama 15 dakika muayene zamanı öngörüsüyle (bir hastaya birinci basamakta daha az zaman ayrıldığında gereksiz tetkik istendiği ve reçete yazıldığı bilinmektedir) aile hekiminin hasta muayene ve tedavisi için ayırdığı zaman günlük 7.5 saat olmaktadır. O halde aile hekimliği sistemini önerenler hekimin bütün gününü (yanlış hesabı doğru kabul etsek bile) hasta muayene ve tedavisiyle geçirmesini öngörmektedir. Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin ne zaman sunulacağı, denetiminin ne zaman yapılacağı ise belirsizdir. Günlük beklenen hasta sayısı 50 kabul edilirse tıbbi bakım için gerekli süre günlük 12.5 saat olur.

Belki tersten giderek hekim başına bağlanması gereken nüfusu hesaplamak daha doğrusudur. Eğer bir hekimin günde 5 saat tıbbi bakımla ilgilenmesini kalan 2.5-3 saatinde kendi eğitimini, personelinin denetimini gerçekleştirmesini bekliyorsak, (saatte 4 hasta hesabıyla) günlük hasta yükünün en fazla 20 olmasına izin vermeliyiz. Bunun için ise bağlı nüfusun en fazla 1200 olması gerekir.

Aynı hesap hatası yardımcı sağlık personeli için de geçerlidir. Dokümanlarda her aile hekiminin en az bir yardımcı sağlık personeli çalıştıracağı belirtilmektedir. Tek bir personelin hem laboratuar hizmetlerine, hem aşı, ana çocuk sağlığı, aile planlaması hizmetlerine nasıl yetişeceği noktası üzerinde ise hiç durulmamıştır. Oysa 3000 kişilik nüfus içinde (Türkiye'nin yaş yapısı geçerli kabul edilirse) ortalama 25-30 gebe, 55 bebek, 275 12-60 ay çocuk, 600 doğurgan kadın bulunur. Yalnızca bu nüfusa sunulacak ana çocuk sağlığı hizmetlerini dikkate alırsak, örneğin bir ebenin günde toplam 9 adet izlem (sıralanan nüfus grupları için) yapması gerekir. Bu büyüklükteki nüfus için günlük aşı uygulama sayısı ise yaklaşık 5, eğer etkin aile planlaması yöntemi kullanan kadınların oranını ortalama %36'dan bir senede %40'a çıkarmayı hedeflersek takılması gereken RİA sayısı 10 günde 1, bugün iyi denilebilecek düzeyde laboratuar hizmeti sunan sağlık ocaklarındaki tetkik ortalaması dikkate alınırsa (toplam poliklinik sayısının en az %30'u) günde yapılması gereken tetkik sayısı 15-20 olur. Tek bir yardımcı sağlık

personelinin (üstelik her hasta muayenesinde hekimin yanında bir hemşirenin hazır bulunması da istenmektedir), ana çocuk sağlığı hizmetlerini gezerek değil, kurumda randevulu vermesi durumunda bile bu işlere nasıl yetişeceği de ayrı bir sorundur.

Şüphesiz personel gereksinimini hesaplamanın en doğru yolu iş analizi üzerinden yapılacak olanıdır. İş analizi için öncelikle iş tanımı, iş yükü, birim iş için gereken süre bilinmelidir. Sağlık Bakanlığı bunların hiç birisini yapmamıştır. Yapmasına da gerek yoktur. çünkü nasıl olsa personel kadro sayısı Maliye Bakanlığı (daha doğrusu (IMF) tarafından belirlenmekte ve buna da Bakanlığın itiraz hakkı bulunmamaktadır.

Aile hekimliği sistemini önerenlerin hekim ve hekim dışı personel sayılarını hesaplarken bu verileri dikkate almadıkları ortadadır. Ya insan gücü hesaplamayı bilmedikleri, ya da az sayıdaki personele aşırı iş yaptırmayı planladıkları, yani sağlık insan gücünü yalnızca bir maliyet unsuru olarak gördükleri için. İkisi de birbirinden vahimdir. "Mevcut sağlık sistemi içinde hekimlerin hiç emek harcamadan (özellikle sağlık ocaklarında) maaşlarını aldıkları gözden kaçırılmamalıdır. Buna karşın aile hekimliği uzmanlarından oldukça yoğun ancak gerçekte yapılması gereken bir görev beklenmektedir." diyen bir Sağlık Bakanlığı'nın **(2003: 52)** belli ki sağlık ocaklarında yapılanlardan, yapılması gerekenlerden, işi planlamaktan, denetlemekten haberi-niyeti bile yoktur. Anlaşıldığı kadarıyla amaç bir an önce kamu kurumlarını elden çıkarmak ve parayı hem "motivasyon"un hem de "denetim"in tek aracı durumuna getirmektir. Sağlık ocakları, iş ahlakı, hekimlik, zihniyet satılıktır. Egemen mantık hekimlerin ancak para için çalışabileceklerini varsaymakta, daha kötüsü bu tipte hekim yaratmayı hedeflemektedir. Sağlık ocağı hekimlerinin motivasyonsuzluğunu yaratan ülke ve sağlık sistemi sorunları görmezden gelinmekte, pratisyen hekimlere tembel ve ahlaksız muamelesi yapılmaktadır. Bir Bakanlık kendisine, kendi geçmişine, ülkesine, ülkesinin insanlarına hakaret etmektedir.

5-h- Aile hekimliği sisteminde, öngörülen ayaktan tedavi hizmetleri ile bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin yeterli biçimde sunulması olanaksızdır: Bu saptamamız yukarıdaki yanlış insan gücü hesabıyla ilişkilidir. Hekim açısından günde 7.5 saat poliklinik hizmetleri dışında herhangi bir iş yapmaya zaman kalmamaktadır. Öte yandan toplumun talep ettiği hizmet türü de tedavi edici hizmetlerdir. Aile hekimliğinin finansmanla ilgili yapısında hekimlerin sundukları laboratuar ve tedavi edici hizmetlere göre hizmet başına ücretlendirileceğinin belirtilmiş olması da bu etkenlere eklendiğinde aile hekimlerinin bireye yönelik koruyucu hizmetleri bile sunmakta yetersiz kalacakları anlaşılır.

Nitekim son yayımlanan bir makale (ki aile hekimlerince yapılan bir saha araştırmasının sonuçlarını aktarmaktadır) ABD'de de aile hekimlerinin (bağlı nüfusları 2500'dür) bireye yönelik koruyucu hizmetleri son derece yetersiz biçimde yerine getirebildiklerini saptamakta, nedenlerini ise şöyle sıralamaktadır: a) ABD'de aile hekimlerinden beklenen bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri için gerekli günlük zaman 7.4 saattir. Hizmet listesinin daha önemli görülen işlere sınırlanması durumunda bile süre 2.2 saat olmaktadır. Aile hekimleri poliklinik hizmetlerinden bu kadar zaman ayıramamaktadır. b) Aile hekimlerinin yanlarında çalışan personel sayısı sorumluluklarını paylaşmalarına yetmemektedir. O nedenle araştırmacılar bir çözüm yolu olarak kimi hizmetleri ev ziyaretleri yaparak verecek personel istihdamını ve birinci basamakta ekip çalışmasını önermektedir (aynen bizim sağlık ocakları sistemimizde olduğu gibi). c) ABD'de de aile hekimlerinin gelirlerinin bir kısmı hizmet başı ödemelerden gelmektedir ve bireye yönelik koruyucu hizmetlerin önemli kısmı geri ödemeye konu hizmet listesi içinde yer almamaktadır. Bu durum hekimleri tedavi edici hizmetlere yönlendirmektedir **(Kimberly SH ve diğ. 2003).**

Bütün bu nedenlerle Türkiye aile hekimliği sisteminin belirlenen görevleri bile yerine getiremeyeceği açıktır. Yapılması gereken şey öncelikle hekimden beklenen hizmetler çerçevesinde insan gücü hesaplaması yapmaktır. İnsan gücü hesaplaması, birinci basamakta bir ekip istihdamının, hekime bağlı nüfusun azaltılmasının, dolayısıyla daha fazla sayıda hekime istihdam alanı açılmasının zorunluluğunu gösterecektir. Aksi tercihler sunulan hizmetin içeriğinin daraltılması ve hekimlerin yalnızca tedaviye yönelmeleri sonucunu verecektir. Bu kaçış bile tedavi edici hizmet açığını kapatmaya yetmeyecektir. Bunun da ötesinde aile hekimlerinin ücretlendirilmesinde hizmet başı ödeme sisteminden vazgeçilmesi gerekir.

5-i- Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin nerede-nasıl verileceği belirsizdir: Bugünkü sağlık ocağı sistemi içinde ana çocuk sağlığı hizmetleri kentlerde bile gezici olarak verilmektedir. Bu tercih toplumumuzun koruyucu hizmetlere yönelik talebinin bulunmamasından kaynaklanmaktadır. Aile hekimliği sisteminde ise bu nokta düşünülmemiştir.

5-k- Aile hekimliğiyle sağlık sisteminde dağınıklık yaratılmaktadır: En azından başlangıç aşamasında bir yanda sağlık ocakları, bir yanda aile hekimleri, bir tarafta kendi muayenehanesinde çalışan aile hekimleri, diğer tarafta sağlık ocaklarını, AÇS merkezlerini kiralayarak bu mekanlarda hizmet veren aile hekimleri... Bu tam anlamıyla bir karmaşadır ve bu yapı hizmetin standardını bozacaktır. Öte yandan kırsal kesimde aile hekimliği yapısının bu bölgelerin sorunlarını karşılamaktan tamamen uzak kalacağı da ortadadır. Çünkü kırsal yerleşim nüfusun dağınık yaşadığı bir özelliğe sahiptir. Çevre sağlığı hizmetlerini sunmak üzere sağlık kurumundan başka bir kurum (örneğin kentlerde bulunan belediyeler) yoktur. Bu durumda kırsal kesimde yalnızca bireye yönelik koruyucu hizmetlerle ayaktan tedavi edici hizmetleri sunacak bir aile hekimliği sistemi önemli hizmet açıklarına neden olacaktır. O nedenle bu bölgelerde sağlık ocağı

yapısının korunması beklenmelidir. Bir de bu durum dağınıklığı artıracaktır.

Dağınıklığı tanımlayan bir başka unsur eskiden Sağlık Bakanlığı çatısı altında tek elden birinci basamak sağlık hizmeti üreten sağlık ocakları yapısının yaklaşık 25 bin aile hekimine parçalanmasıdır. Aile hekimliği sistemiyle birinci basamak 25 bin ayrı işletmeye bölünmektedir. Parçalanma, bir yandan önemli eşgüdüm, standardizasyon, yönetim sorunları yaratacak, öte yandan ise yönetim maliyetlerinin artışına neden olacaktır. Özellikle yönetimle ilgili sorunların bugünkü sistemde de bulunduğu belirtilebilir. Bu doğru olsa bile tek elden yönetilen sistemlerde bu tür sorunlar genellikle kaynak yokluğundan ve yöneticilikten anlamayan kişilerin yönetici olarak atanmasından kaynaklanır. Oysa parçalanan sistemler yapısal olarak iyi yönetilemez bir özellik sergilerler ve bu sorunu iyi yöneticilerle aşmak da olanaklı değildir. O nedenle parçalı sistemlerde, iş başına ödeme, rekabet gibi mali unsurlar denetim öğeleri olarak kullanılırlar. Mali unsurlar ise etik sorunlara, hizmeti üretenin maniple ettiği harcama artışlarına neden olurlar.

5-I- Aile hekimliği sistemi sağlıktaki özelleştirmeyi desteklemektedir: Aile hekimleri hastalarını sevk ederken yalnızca uzmanlık dalının adını yazacaklar ve hastaları istedikleri kurumunu seçebilecektir. Böylece aile hekimliği sistemi özel sistemle bağlantı içine sokulmakta ve özel sağlık kurumları kamu sosyal güvenlik kurumlarının şemsiyesi altına sokulmaktadır. Birkaç ay önce başlatılmış olan bu uygulama aile hekimliği sistemi içinde de güvenceye alınmaktadır.

6- Aile hekimliği sisteminin sağlık hizmetlerinin finansman boyutu ve verimlilik üzerindeki etkileri neler olabilir ?

Bugün sağlık sistemleri üzerinde yürütülen tartışmaların önemli kısmı finansmanla ilgilidir. Önemli amaçlardan birisi az harcamayla olabildiğince iyi, yüksek sağlık sonucuna ulaşabilmektir. Bu son nokta sağlık sisteminin verimliliği olarak tanımlanır. Aile hekimliği sisteminin bu bağlamdaki etkileri şöyle olacaktır:

6-a- Aile hekimliği sistemi kamu entegre modelinden kamu sözleşmesi modeline geçişi öngörmektedir. Bu gelişme sağlık harcamalarında gereksiz artışa neden olacaktır: Kamu entegre modelinde sistem kamusal niteliklidir ve sağlık hizmetini üreten ve finanse eden kurum aynı kamu kurumudur. Özel sektör varsa da kamu ile bağlantısı sınırlıdır ve/veya yapısal değildir. Yani parası olup, isteyenler özel sağlık kurumlarını kullanırlar. Ancak son yıllarda hemen bütün ülkelerde özel sağlık kurumları kamusal fonlarla desteklenmeye başlanmıştır. Türkiye'de 2003 ortalarında özel sağlık kurumlarına başvuran kamu görevlilerinin masraflarının genel bütçeden karşılanmaya başlanması bu tür bir gelişmenin örneğidir.

Buna karşılık kamu sözleşmesi modelinde sistemin hizmeti üreten ve finanse eden bölmeleri birbirinden ayrılır. Finanse eden kamusal bir fondur. Fon genel bütçe ya da kamu sigorta sistemi olabilir. Kamusal fon vatandaşlardan topladığı vergi ve/veya primlerle, hizmeti, ödeme yapan bireyler adına çok çeşitli hizmet üreticisi kurumlardan satın alır. Hizmet üreticileri özel ya da kamusal nitelikli olabilir. Buradaki önemli nokta bütün hizmet üreticilerinin kendi başlarına işletme olarak çalışmalarıdır. Aile hekimliği sistemi birinci basamak için böyle bir yapı yaratmaktadır. Aile hekimleri bir yandan sağlık müdürlükleri, bir yandan da sigorta fonu ile teker teker sözleşme imzalayacaklar ve kendilerine bağladıkları bireylere sundukları hizmetin karşılığını sigortadan geri alacaklardır. Bu yapı içinde iki unsurun hekimleri kaliteli hizmet sunmaya yönelteceği ve aralarında rekabet sağlayacağı varsayılır: Hastalara hekim seçme özgürlüğünün tanınması ve hekim gelirlerinin en azından bir kısmının kişi başı ödeme yöntemine dayandırılması. Her ikisinin de hekimlerin hastalarına yönelik davranışlarına ve verdikleri hizmetin kalitesine dikkat etmelerine yaracağı belirtilir.

Oysa, kamu sözleşmesi modelinde ortaya çıkan asıl sonuç sistemin çok parçalı duruma getirilmesine bağlı olarak yönetim ve tıbbi bakım masraflarının (gereksiz şekilde) artışıdır. Yönetim masraflarının artışının nedeni eskiden tek bir makro yapı içinde yönetilen sistemin artık on binlerce parçadan oluşan işletmeye parçalanmasıdır. Tıbbi masrafların artışının nedeni ise, eskiden daha büyük ölçekli tek bir kurumun olanaklarından yararlanarak sunulan aynı hizmet için, artık daha küçük birimlere aynı tıbbi malzemenin konulması zorunluluğudur. Örneğin 30 bin kişiye hizmet veren sağlık ocaklarında tek bir tıbbi sekreter, laboratuar teknisyeni, hemşire, buzdolabı, sterilizatör, jinekolojik muayene masası yeterliyken, aile hekimliği sisteminde her üç bin kişi için bunların her birisi ayrı ayrı gerekli olacaktır. Yani hem tıbbi bakımın, hem de yönetim işlevlerinin maliyeti yükselecektir. Aynı olumsuz gelişmeler İngiltere'de 1990'ların başında hastane sisteminin parçalanması ve hastanelerin işletme haline getirilmesiyle yaşanmıştır. Bu nedenle ABD'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda HMO (Health Maintanance Organization) türü, finansman ve üretim bileşenlerinin entegre edildiği yapılara yönelim görülmektedir. İşverenler entegre yapıların sunduğu aynı hizmet daha ucuz olduğu için HMO'larla anlaşmaktadır **(Schauffler HH ve diğ. 2000).**

Kamu sözleşmesi modelinde aynı hizmet daha pahalıya sunulduğu için bu sistem kamu entegre modeline göre daha az verimlidir **(Bu konudaki tartışmalar için bkz. WHO, 1993; OECD 1995).**

6-b- Hekim ücretlendirme yöntemi olarak önerilen hizmet başı ödeme gereksiz hizmet üretimine, harcamaların gereksiz artışına ve verimlilikte azalmaya ek katkılar koyacaktır: Hekim ödeme yöntemlerinin her birisinin kendine özel dezavantajları vardır. Bunların bir kısmı başka uygulamalarla ortadan kaldırılabilir ya da hafifletilebilir. Hizmet başı ödemenin olumsuz etkisi hekimlerin sigorta fonundan elde ettikleri geliri artırmak için hastalığın gerektirmediği laboratuar tetkiklerini

yapmaları (ki buna arzın uyardığı talep denmektedir), hatta yapmadıkları tetkikleri yapmış gibi göstermeleridir. Laboratuar tetkiklerin her birisinin endikasyona göre değerlendirilmesiyle bu istismarın belli oranlarda önüne geçilebilse de, böyle bir denetimin yapılması son derece zordur. Öte yandan belki de daha önemli nokta hizmet başı ödeme sisteminin yapısal olarak böyle bir sorunu üretiyor olmasıdır **(Ödeme sistemlerinin etkileri için bkz. Belek İ 2001: 107-113).**

Yukarıdaki nedenle hizmet başı ödeme sistemini kullanan ülkelerin sağlık harcaması gereksiz biçimde, kişi başı ödeme sistemini ya da ücretle ödeme sistemini kullanan ülkelere göre daha yüksektir. Bu da verimliliği azaltan bir etki göstermektedir. Yapılan ekonometrik analizlere göre sağlık harcamalarında en fazla artış olan yüksek gelirli ülkeler hizmet başı ödeme sistemini kullanan ülkelerdir. Bu ülkelerde sağlık harcamalarının ulusal gelirdeki payı yılda %14 artarken, ulusal gelirin yıllık artış hızı %17'dir. Buna karşılık kişi başı ya da ücretle ödemeyi tercih etmiş ülkelerde ulusal gelir yıllık %14 artarken, sağlık harcamalarında artış olmamaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından en olumsuz seçenek hekimlerin sözleşmeli istihdam edildiği ve hizmet başına ödemeyle ücretlendirildiği seçenektir. Bu grup ülkelerin sağlık göstergeleri diğerleri ile aynı iken (sağlık çıktısı aynı), sağlık harcamaları (gereksiz biçimde) daha fazladır **(Carr-Hill RA, 1994).**

6-c- Aile hekimliği sisteminin verimliliğini azaltan bir diğer etken bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine bile yeterli zaman ayrılamayacak olmasıdır: İnsan gücü konusu ile ilgili değerlendirmelerimiz aile hekimlerinin, 3000 kişiye, bırakınız bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini, ayaktan tedavi edici hizmetlerini bile yeterli derecede sunamayacaklarını göstermişti. Yalnızca bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini ve ayaktan tedavi hizmetlerini sunmak için bile dar alanda geniş bir ekip istihdam etmek (örneğin 3000 kişi için en az 2-3 hekim, 4-5 ebe, hemşire, 1 tıbbi sekreter, 1 hizmetli) gerekir. Bu ise bizi, en azından, elimizde bulunan sosyalleştirme yasasının çerçevesini savunmaya yöneltir.

Bu noktada, aile hekimliği sistemini önerenlerin temel kaygılarından birisinin birinci basamakta istihdam edilen personel sayısını sınırlamak olduğu düşünülebilir. Bu kanıyı destekleyen bir diğer nokta aile hekiminin yanında çalışacak yardımcı sağlık personelinin ücretlendirilmesinin kimin tarafından yapılacağının belirsiz bırakılmış olmasıdır. Eğer bu sorumluluk aile hekiminin kendisine verilecekse (yani yardımcı personeli, aile hekimi kendi geliriyle istihdam edecekse), hekimin, doğal olarak, olabildiğince az sayıda personel çalıştırmak isteyeceği ortadadır. İşte bu durum da bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini engelleyen bir unsur olacaktır.

Aile hekimliğinin koruyucu sağlık hizmetlerindeki yetersizliği açısından saptadığımız bir diğer sorun, hekim ödemelerinin tedavi edici hizmetlerle bağlantılı biçimde hizmet başına gerçekleştirilecek olmasıydı. Koruyucu sağlık hizmetlerinin gerekli düzeyde sunulamaması bireylerin sağlığını olumsuz etkileyecek, bu sağlık sonuçlarını kötüleştirecek, böylece sistemin verimliliği genel olarak düşecektir. Verimlilik azalmasını, bir de, sağlıkları korunmadığı için kötüleşen bireylerin ekonomik kapasitelerindeki azalmaya bağlı olarak gelişecek ekonomik kayıplar belirleyecektir.

7- Aile hekimliği sistemi hekimleri, onların özlük haklarını,çalışma koşullarını nasıl etkileyecektir ?

7-a- Aile hekimliği hekimler açısından iş güvencesizliği ve işsizlik demektir: Aile hekimliğinin barındırdığı şu unsurlar hekimler açısından iş güvencesizliği yaratmaktadır: a) 3000 kişiye bir aile hekimi hesabıyla Türkiye için birinci basamakta gereken hekim sayısı 22 bin kadardır. Bugün var olan pratisyen hekim sayısı ise 60 bin civarındadır ve tıp fakültelerimizden her yıl 5000 hekim mezun olmaktadır. Bakanlık yıllık aile hekimi gereksinimini 450 olarak belirlemiştir. Neresinden bakılırsa bakılsın bu veriler geçen birkaç yıldır başlamış bulunan açık işsizlik gerçeğinin artarak süreceğini göstermektedir. b) Aile hekimi sözleşmeli hekimdir ve sözleşmesinin tek taraflı olarak sağlık müdürlüklerince iptal edilmesi söz konusudur. Buna karşı hekimin ne tür hak arama mekanizmalarına sahip olduğu belirlenmemiştir. c) Hastalık ya da gebelik nedeniyle izin alan hekimin sözleşmesinin yenilenmesi durumu tamamen sağlık müdürlüklerinin yetkisine bırakılmıştır. Dokümanlarda, hastalık, gebelik sonrasında hekimin işini kaybetme riski tanımlanmıştır. d) 3 ay süreyle 1000 kişiden az nüfusu bağlayabilen hekimlerin çalışmalarına izin verilmeyecektir. Bu durum, özellikle, yakın bölgelerde aile hekimliği, dahiliye ve çocuk uzmanlarının aile hekimi olarak çalıştığı pratisyen aile doktorları açısından bir sorun oluşturabilir. Çünkü bu bölgelerde vatandaş tercihini örneğin dahiliyeci aile hekimine kaydolmak şeklinde kullanabilir.

7-b- Aile hekimliği sağlık emekçileri açısından örgütsüzlüktür: Aile hekimliği sisteminde iş koşullarını, ücretleri, sözleşme koşullarını belirlemek ve sözleşmenin uzatılıp uzatılmayacağına karar vermek tamamen resmi makamların ve sigorta kurumunun yetkisindedir. Bu konuların hiç birisi için meslek örgütlerinin, sendikaların sözü bile edilmemekte, sağlık emekçilerinin örgütleri yok sayılmaktadır. Oysa Avrupa'da aile hekimliği sisteminin uygulandığı ülkelerde ücretlerin ve iş koşullarının belirlenmesinde hekim birlikleri ve sendikaların belirleyici işlevi vardır. Örneğin İngiltere'de İngiliz Hekimler Birliği sendika gibi toplu pazarlık yapar. Almanya'da iki tane hekim birliği vardır. Birisi sürekli eğitim ve etik sorunlarla ilgilenirken, diğeri sendikal bir pozisyonda bulunur. Türkiye'de aile hekimliği sisteminin tanımladığı örgütsüzlük, adeta, sağlık emekçilerinin iş güvencesizliğinin alt yapısını oluşturmak üzere düşünülmüştür. Son 20 yıldır bütün emekçilere yönelik olarak sürdürülen hak gaspı operasyonu hekimleri de kapsayacak biçimde bu yasayla genişletilmektedir.

7-c- Aile hekimliği sisteminde ücretler tamamen belirsizdir: Aile hekimliği sistemine girerek sözleşmeli

çalışmak isteyecek hekimlere diğerlerine göre daha yüksek ücret verileceği belirtilse de bu konuda somut hiçbir şey söylenmemektedir. Başlangıçta sözleşmeli aile hekimlerine yüksek bir ücret verilebilse bile, sendikanın, meslek örgütünün devreden çıkarıldığı bir ortamda sözleşmeli ücret düzeylerinin kısa vadede düşürüleceği, sözleşmeli personelin işine son verileceği de öngörülebilir. Nitekim böyle bir durum daha önceki yıllarda KİT'lerde sözleşmeli statüye geçirilen teknik personelin başına gelmişti. Yüksek denilen ücretin hekim emeğinin gerçek karşılığı olup olmayacağı belirsizdir. Öte yandan, aile hekimi olarak çalışmak istemeyen ve sağlık grup başkanlıkları gibi idari birimlerde ve çevre sağlığı birimlerinde istihdam edilecekleri anlaşılan hekimlere, aile hekimlerine göre niçin daha düşük ücret verileceğini anlamak da olanaklı değildir. Bakanlık aile hekimi olmayan birinci basamak hekimlerine ikinci sınıf personel muamelesi yapmaktadır. Oysa idari hizmetler, çevre sağlığı hizmetleri, vb de en azından tıbbi bakım hizmeti kadar önemlidir.

7-d- Aile hekimliği sistemi hekim emeğini ve ücreti, sınırlanması gereken maliyet unsuru olarak görmektedir: Bunun anlamı duruma göre hekimin geliriyle oynanacak olmasıdır. Bakanlık yüksek enflasyon dönemlerinde ya da kişi başı ödemenin verilen hizmetin maliyetini karşılamaya yetmediği durumlarda, aile hekiminin maliyet kısıcı önlemler alacağını ve/veya hastalardan ek katkı payı alınacağını belirtmektedir. Hekimin maliyet sınırlamaya yönlendirilmesi ücretinin azaltılması demektir. Aynı zamanda verdiği hizmetin kalitesinin azaltılması anlamına da gelir. Kısacası hem hekimin, hem de hastaların haklarını kısıtlayan bir uygulamadır.

7-e- Aile hekimliği sistemi içinde aile hekimleri işletmeci durumuna getirilmektedir: Bu sistem aslında, aile hekimlerinden işletmecilik yapmalarını istemektedir. Sunduğu hizmetin faturasını düzenleme, yardımcı personel alma, aile hekimliği biriminin iç donanımı sağlama, maliyet sınırlayıcı önlemler alma, bunların sonuçlarını izleme gibi işletmecilik işleri aile hekiminin görevleri arasındadır. Aile hekimi bütün bu yük karşısında ve piyasadaki rekabet koşullarında tek başınadır. Üstelik yasa taslaklarında aile hekiminin çalışacağı birimin (bir sağlık ocağınınki kadar olan) malzemelerini, aletlerini nasıl, hangi parayla sağlayacağı da tanımlanmamış ve bu sorumluluk da tek başına hekimin üzerine bırakılmıştır. Bu işletmenin yöneticisinin gelirini artırmak için hizmet kalitesini düşürmeye ya da hemşiresinin ücretini azaltmaya yönelmemesi için hiçbir neden yoktur.

7-f- Aile hekimliği sistemi hekimler arasında ücret eşitsizliği yaratacaktır: Ücret düzeyleri bir taban ücretin üzerine hekimin kendisine bağladığı birey sayısıyla (kişi başı ödeme) ve yaptığı poliklinik ve laboratuar tetkik sayısıyla (hizmet başı) ilişkili olduğuna göre, bu ücret yapısının, değişik sosyoekonomik özellikteki bölgelerde çalışan hekimler arasında ciddi ücret eşitsizlikleri yaratması kaçınılmaz olacaktır. Bir kent içindeki mahallelerin bile nüfus yapısı, kültürel özellikleri birbirinden farklıdır. Bir gecekondu mahallesinde genç nüfus fazla iken, kent merkezinde yaşlılar çoğunluktadır. Bu aile hekiminin düzeltemeyeceği bir farklılıktır. Oysa, kişi başı ücretin belirlenmesinde çocukların ücrete yansıyacak katsayısı 1.3, yaşlılarınki ise 2 olarak belirlenmektedir. Dolayısıyla tamamen hekimin tutum ve davranışları dışında beliren nüfus özelliği (hekimler aynı sayıda nüfusu kendilerine bağlamış olsalar da) hekim ücreti üzerinde ileri derecede belirleyici olabilecektir. Kırsal kesimde ve gecekondularda halkın sağlık hizmetlerini kullanma alışkanlığı (sosyal güvenceye sahip olup olmamadan bağımsız olarak) daha azdır. Bu nedenle bu tür bölgelerde hekimin yapacağı poliklinik sayısı da az olacak ve bu durum da yine hekimin tutum ve davranışları dışında ücret farklılıklarına neden olacaktır.

7-g- Sözleşme sistemi, ücret belirleme yöntemi ve nüfus yapısı farklılıkları aile hekimlerini hasta kapma, poliklinik ve laboratuar hizmetlerini artırma, hizmet kalitesini düşürme ve sonuçta da etik, mesleki değerleri çiğneme yönünde davranışlara yönelten nesnel bir zemin oluşturmaktadır: Tanımlanan yapının aile hekimlerini kendilerine bağlı bireylerin her istediklerini yapmaya, çok para kazanmak için bireyleri polikliniğe çekmeye yönelik davranış ve uygulamalar geliştirmeye, gereksiz laboratuar tetkikleri istemeye yönelteceği açıktır. Nitekim İngiltere ve Almanya'da hekim davranışları arasında bu tür farklılıkların bulunduğu belirtilmektedir. Almanya'da aile hekimleri sigorta kurumuyla sözleşmeli bir ilişki içindedirler ve ücretleri hizmet başına yapılır. İngiltere'de ise aile hekimleri sağlık bakanlığının ücretli çalışanları durumundadırlar, kişi başına ücret alırlar. Araştırmalar Almanya'da aile hekimlerinin hastalarına daha sık ve uzun süreli rapor verdiklerini, reçete başına daha çok ilaç yazdıklarını, hastaların tetkik isteklerini (BT gibi) daha çok dinleme eğiliminde olduklarını göstermektedir. Çünkü bütün dünyada ilaç, tetkik ve rapor yazımı, hastaları en fazla oranda memnun eden uygulamalardandır.

8- Aile hekimliği sisteminde ortaya çıkan toplum katılımı anlayışı nasıl değerlendirilebilir?

Türkiye'ye aile hekimliği sistemini önerenlerin toplum katılımının anlamından haberleri yoktur. Aile hekimliği sistemini önerenlerin toplum katılımından anladıkları sağlık bilincinin yükseltilmesi ve bireylerin aile hekimlerinin görevleri konusunda bilgilendirilmeleridir. Bunlar toplum katılımını sağlama stratejileri olmakla birlikte toplum katılımının kendisiyle ilişkisiz eğitim uygulamalarıdır.

Toplum katılımının en basit tanımı, bireylerin, toplumların sağlık ve sağlık hizmeti ile ilgili süreçlere, hizmetlerin planlanmasından, yürütülmesine ve değerlendirilmesine kadar katılımını, belirleyici olabilmesini ifade eder **(Oacley P, 1989)**. Eğitim bu süreci kolaylaştıran bir etkinlik olarak devreye girer.

Bu nedenle aile hekimliği sisteminde söz konusu edilen şey marjinal katılım olarak tanımlanan ve katılımın en dar biçimini ifade eden katılım türü bile değildir. Çünkü sağlık

hizmetlerine marjinal toplum katılımı, belirlenmiş bir sağlık programının, iş planının bir kısmına toplumun dahil edilmesi anlamına gelir. Sağlıkta kalıcı ve kapsayıcı toplum katılımını sağlamak için ise, toplumsal sağlık sorunlarını, bu sorunların nedenlerini saptayıp, çözüm önerileri geliştirecek, çözümün peşinde koşacak ve öncelikle gönüllülerden oluşacak, ancak kesinlikle süreç içinde seçim aracılığıyla diğerlerini kapsamayı da hedefleyecek gruplar oluşturmak gerekir. Anlaşılacağı gibi toplum katılımı, yalnızca toplumun sağlık bilincinin geliştirilmesiyle sağlanabilecek bir gelişme değildir. Daha önemlisi politik bilinçlenmeyi hedefler ve kendisi zaten politik bir olaydır. Amaç, sağlığı etkileyen etkenleri bütünlük içinde kavrayarak ortadan kaldırmaktır ve toplumun politik bilincinin geliştirilerek böyle bir hedef için hareketlendirilebilmesi sağlığı bozan etkenlerin ortadan kaldırılması sürecinin belki de en önemli işidir.

Ancak Türkiye'ye aile hekimliği sistemini önerenlerden böyle bir perspektif beklemenin boş olduğu da ortadadır. Çünkü Türkiye sağlık reformu çalışmaları en başından beri sağlığı piyasaya açmak hedefi üzerinden yürümektedir ve bu amaca ulaşmak için toplumun katılımını değil, tam tersine politikaya, sağlığa yabancılaşmasını sağlamak gerekmektedir. Tanımların içeriğini boşaltmak ise bu operasyonun en önemli stratejilerinden birisi olarak işlev görmektedir.

9- Dünya ve Türkiye'deki ekonomik, sosyal, politik gelişmeler çerçevesinde değerlendirildiğinde aile hekimliği sisteminin anlamı nedir ?

Aile hekimliği sistemi tek başına ele alınarak anlamlı şekilde değerlendirilemez. Sağlık sistemlerindeki reform çalışmalarının önemli bileşenlerinden birisidir. Sağlık reformları ise bütün dünyada ekonominin ve devletin yeniden yapılandırılması denilen daha kapsamlı ve kesinlikle sınıfsal anlam ve etkileri olan bir sürecin parçasıdır.

Dünya kapitalist sistemi 1970'lerin ortalarından beri ciddi bir ekonomik kriz yaşıyor. Ekonomik kriz sosyal ve politik boyutlarda da sorunlar yaratıyor, var olan toplumsal dengelerin sarsılmasına neden oluyor.

Ekonomik kriz kar oranlarının düşmesine bağlıdır. Bilindiği gibi kapitalist ekonomilerde, üretimi, kendi emek güçlerini, patrona ait üretim araçları ve hammaddeleri kullanarak değiştiren işçiler, işçi sınıfı gerçekleştirir. Dolayısıyla toplumsal ürün esasen işçilerin, emekçilerin emeklerinin bir ürünüdür. Bugün patrona ait olan üretim araçları da daha önceki üretim döngülerinde yine aynı mekanizmayla, işçilerin emek gücüyle üretilmiş, ancak kimi ekonomik ve siyasal zor mekanizmalarıyla patron tarafından el konulmuş maddi birikimdir. Bu anlamda, işçi ve emekçilerin ürünü olmayan herhangi bir toplumsal zenginlik yoktur.

Her tür toplumsal ürün işçilerin emek güçlerinin ürünü olmakla birlikte paylaşımı sınıfsal ve eşitsiz karakter taşır: Bir kısmına kar adıyla kapitalist sınıf el koyar, kalanı ise ücret olarak işçilere bırakılır. Kapitalist sınıf el koyduğunun bir kısmıyla üretim araçlarına yatırım yapar. Kapitalist sistemin temel mantığı kar maksimizasyonu, yani ücretlerin toplam toplumsal ürün içindeki payının minimizasyonudur.

Karın toplumsal ürün içindeki ortalama oranının azaldığı dönemler kapitalist sınıf açısından kriz olarak ortaya çıkar. Bu dönemlerde kapitalistler ücretleri baskılayarak, sosyal hakları kısıtlayarak kar oranını artırmaya çalışırlar. Yani, krizi, kapitalistler karlarının azalması, işçiler ise zaten yetersiz olan ücretlerinin daha da azalması olarak yaşarlar.

1970'lerin ortalarından beri yaşananlar yukarıda özetlenen soyut kavramların somutlanması anlamına gelmektedir. Kar oranlarındaki düşme kapitalist sınıfın toplumsal zenginliğin bölüşümünde daha haris, cimri, taraflı davranmasına neden olmaktadır. Sosyal devlet döneminde oluşmuş olan sınıfsal dengelerin sarsılmasının, sosyal güvenlik sistemlerinin dağıtılmasının nedeni budur.

Sağlık sistemlerindeki gelişmeler bağlamında değerlendirildiğinde, bu son kriz döneminde yapılmak istenenler ve yaşananlar üç ana başlıkta özetlenebilir:

a) Devlet küçültülmekte, devletin bütün kurumlarının yapısı dağıtılmakta, devletin ve kurumlarının işlevleri ilgili alanlarda standart belirlemek olarak sınırlanmaktadır.

b) Devletin küçültülmesiyle birlikte, geleneksel olarak devletin etkinlik alanı içindeki bütün ekonomik sektörler (sağlık, eğitim, sosyal güvenlik, ağır sanayi, alt yapı yatırımları gibi) özel sektöre bırakılmakta, bu alanların tümünde özel sermaye yatırım, üretim yapmakya özendirilmektedir. Bu özelleştirme olarak bilinen süreçtir. Özelleştirme bununla da kalmamakta küçültülen devletin elindeki kaynaklar (ki artık "kıt" olarak değerlendirilmektedir) bu alanlara giren özel sermaye sahiplerine teşvik olarak aktarılmaktadır. Böylece kapitalist sınıf için yeni kar alanları yaratılmakta, bu da en azından kar oranlarındaki düşmeyi frenleyecek bir etki yaratmaktadır. Özelleştirmenin işçi ve emekçiler açısından etkileri ise işten çıkarılma, ücretlerin düşürülmesi, çalışma sürelerinin uzatılması, düzensizleştirilmesi, emeklilik hakkının sınırlanması, çalışma yaşının uzatılması olmaktadır. Özelleştirme yalnızca kapitalist sınıfın işine yarayan bir stratejidir.

c) Bütün kamu personelinin sözleşmeli statüye geçirilmesi ve iş güvencesinin ortadan kaldırılması planlanmaktadır. Bilindiği gibi Türkiye'de bu süreç kamu yönetimi reformu yasası aracığıyla geliştirilmektedir. Kriz içindeki kapitalist sınıf kar oranlarını artırmanın yollarından birisi olarak iş garantisini ortadan kaldırmayı tercih etmektedir. Çünkü işsizlik riski, işçi ve emekçileri, önerilen her sömürü mekanizmasını kabul etmeye zorlayan bir araçtır.

Kısacası kriz ortamında toplumsal dengeleri bozacak, eşitsizlikleri artıracak, sömürüyü derinleştirecek, sınıfsal çelişkileri derinleştirecek mekanizmalar, kapitalist sınıf

tarafından zorunlu olarak gündeme sokulmaktadır. Bu operasyonun taşeronluğunu ise bizzat devletin kendisi üstlenmektedir.

Süreci sağlık sistemleri özelinde biraz daha incelterek değerlendirebiliriz: Sağlık sistemlerinin en önemli özelliği de özelleştirme ve özel sağlık sermayesinin devlet kaynaklarıyla teşvik edilmesidir. Ancak bunun ötesinde sağlık sisteminde, iç piyasa olarak tanımlanan, yine özelleştirmeyle ilişkili olsa da, ayrı bir süreç daha işlemektedir. İç piyasalaştırmanın gereği olarak, sosyal devlet döneminde kamunun elinde entegre edilmiş bulunan, tek elden yönetilen sağlık sistemleri parçalanmaktadır. Parçalamanın ilk aşaması sistemin finansman ve üretim boyutlarının birbirinden ayrılmasıdır. İkinci aşamada ise bu kez hizmet üretim bileşeni binlerce parçaya ayrılmakta ve her bir parça bir işletme haline getirilmektedir. İç piyasa yapısı içinde eskiden devlet hastanesi durumundaki hastaneler hastane işletmelerine, eskiden sağlık bakanlıklarının yönettiği birinci basamak sağlık sistemleri ise binlerce aktörden oluşan aile hekimlerine bölünmektedir. İşletme hastanelerin ve aile hekimlerinin dışında, özel hastaneler, poliklinikler, muayenehaneler de iç piyasanın diğer aktörleri olarak işlev görmektedir.

İç piyasada sözleşmeli çalışma en önemli mali güdüleyicilerden birisidir. Sigorta fonunun hastaneler ve aile hekimleriyle sözleşme yenilememe yönündeki tehdidi, birinci ve ikinci basamaktaki kurumları hasta kapma, fiyat düşürme, hizmet kalitesini fiyata göre ayarlama gibi davranışlara yöneltmektedir. Bütün bunlar özellikle hastane personeli ve aile hekimleri üzerinde ciddi bir ücret baskısı oluşturmakta, sağlık emekçileri gelir kaybetmemek kaygısıyla daha uzun, düzensiz çalışmak, kendilerine verilen ücrete razı olmak, hastayı kırmamak için her istediğini yapmak gibi davranışlara yönelmektedir. İç piyasa denilen sistemin amaçladıkları da zaten bunlardır. Çünkü bu sistem özel bir sistemdir ve en önemli kaygısı bütün maliyetlerin (bu arada emek maliyetinin) baskılanmasıdır. Türkiye gibi orta ve düşük gelirli kapitalist ülkelerde ve eski sosyalist ülkelerde sağlık reformlarının en önemli bileşenlerinin özelleştirme, işletmeleştirme, aile hekimliği ve genel sağlık sigortası olmasının anlamı da budur.

Şimdi sağlık sistemi özelindeki bu genel değerlendirmeleri Türkiye sağlık sisteminin verileriyle tamamlayabiliriz:

a) Türkiye'de 1982 ile 2002 döneminde özel sağlık sektörüne teşvik olarak aktarılan kaynak miktarı 7.5 milyar dolardır. Sağlık Bakanlığının 2004 yılı bütçe ödeneği ise 3 milyar dolar kadardır. Devletin kıt olduğu belirtilen kaynakları içinden 7.5 milyar doları özel sektöre aktarılmıştır. Bugün Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastane sayısı kadar özel hastane vardır. devlet memurlarının özel sağlık kuruluşlarından yararlanmalarına olanak tanıyan son düzenlemeler özel hastane ve poliklinik sayılarının katlanmasına neden olacaktır. İstanbul gibi büyük illerdeki özel poliklinik sayısı sağlık ocağı sayısından çok daha fazladır. Bütün bunlar devletçe sağlanan teşviklerle, devletin sağlık hizmetinden elini çekmesiyle oluşturulmuştur. SSK kaynakları ile özel sektörden satın alınan sağlık hizmetlerine aktarılan kaynak toplamı ise SSK kaynaklarının % 30'unu geçmiştir.

b) Bütçe yeterli gelmiyor gerekçesiyle genel sağlık sigortası ayrı bir vergi olarak uygulamaya sokulmaktadır.

c) Kamu hastanelerimizin işletme haline getirilmesiyle ilgili yasa tasarısı hazırlanmıştır. Eğer böyle olursa devlet hastanelerinin başına bölge eşrafının temsilcilerini de içeren yönetim kurulları atanacak, bu kurullar da hangi personelin işine son verileceğine, kimlerin sözleşmeli ve iş güvencesiz olarak işe alınacağına karar verecektir.

d) Diğer sektörleri de ilgilendiren kamu yönetimi reformu yasası çıkarılmadan sağlık teşkilatı içinde sözleşmeli personel ve hekim istihdamını öngören yasa çıkarılmıştır, sözleşmeli personel atamaları çok kısa süre içinde gerçekleştirilecektir. Yasaya göre sözleşmeli sağlık personelinin hastalık ve yıllık izin hakları sınırlanmıştır, mazeret izni kaldırılmıştır, çalışma süresi "ihtiyaç olduğu sürece" şeklinde tanımlanmıştır, sendika üyeliği yasaklanmıştır, tayinlerde eş durumu hakkı yok edilmiştir, vb. Bütün bunların karşısında avantaj olarak sıralanan tek şey yüksek ücret olmaktadır. Ücretin ne kadar olacağı ise tamamen belirsizdir. Üstelik örgütsüz bir ortamda ücreti tek taraflı olarak belirleyenin belirlediği ücrete itiraz hakkının bulunmadığı göz önüne alınırsa, bu avantajın ne kadar ve ne süre bir avantaj olarak kalabileceği de büyük bir sorundur.

e) Türkiye sağlık sistemindeki özelleştirmeci, piyasacı, deregüle edici dönüşümün son halkası olarak şimdi aile hekimliği devreye sokulmaktadır.

f) Son kamu yönetimi reformu düzenlemeleriyle personel ücretlendirmesinde performansa göre ücretlendirme getirilmekte, toplam ücret içinde bugün maaş olarak bilinen sabit kısmın payı azaltılmakta ve performans değerlendirme yetkisi de kurum amirine bırakılmaktadır. Yönetim yapısının bu denli gericileştiği bir ortamda bu uygulamanın personeli ıslah etmek amacıyla kullanılacağı açıktır.

Anlaşıldığı gibi, Türkiye'de aile hekimliği çok geniş kapsamlı bir operasyonun önemli bir halkasıdır. Bu operasyonun temel amacı işçi ve emekçi sınıfların bütün katmanlarının ekonomik ve sosyal haklarını kısıtlamak, var olan örgütlülüklerini dağıtmak, toplu görüşmenin aktörleri olan sendikaları yok etmek, çalışanları sözleşme sürecinde devasa fon yönetimleri karşısında tek başlarına bırakmak, ücretleri tek taraflı olarak belirlemek, iş güvencesini ortadan kaldırmak, çalışma sürelerini uzatmak, düzensizleştirmek, işsizlik riskini canlı olarak yaşayan sağlık emekçilerini kendilerine verilene razı olmaya mecbur etmektir.

Yapılmak istenen kamunun küçültülmesi, kamunun özel sektörü besleyen bir ara dişli konumuna getirilmesi, işçi ve emekçiler üzerindeki mali, politik baskıların

artırılmasıdır. Kapitalistlerin elde ettiği karı mutlak ve görece olarak artırmanın başka yolu yoktur çünkü. Bu sömürü mekanizmasının Avrupa Birliği süreci ile entegre biçimde işlediğine de dikkat etmek gerekir.

Bu koşullarda emekçilerin yapabileceği tek şey toplumsal bölüşümden ellerine geçen payı bırakmamak, artırmak için örgütlü mücadele etmek ve kendi boyunlarına geçirilmeye çalışılan bu kurt kapanını reddetmektir. Sınıf mücadelesi bu şekilde geliştirilemediği taktirde eldeki bütün hakların kaybedileceği kesindir. Böyle bir ortamda sağlık emekçilerinin "Sağlık Bakanlığı bu işleri beceremiyor, sağlık ocakları çalışmıyor, hekimler sağlık ocaklarında yatıyor, aldıkları para bile çok, çalışanla çalışmayan ayrılsın, performansa göre ücret verilsin" şeklindeki, yukarıda anlamı özetlenen operasyonu destekleyici tavırlarının kendi kuyularını kazmak anlamına geldiği açıktır. Unutulmamalıdır ki, Türkiye'de devletin son 20 yıldır sağlık, eğitim hizmetlerini verimli ve kaliteli biçimde sunmak gibi bir derdi hiç olmadı. Bunun en açık kanıtı sağlık ve eğitim emekçilerine reva görülen açlık ve sefalet ücretleridir. Karnını bile doyuramayacak insanlardan kaliteli hizmet üretmelerini beklemek boşunadır. Devlet yöneticileri de bunu bildikleri için açıkça "benim memurum işini bilir" diyebilmiş ve kendi memurlarına kamunun altını oyacak yolu göstermiştir. Türkiye'de devlet yönetimi son 20 yıldır açıkça kendisini çökertecek bir strateji izlemiş, iş tamamlanınca da toplumun karşısına "devlet bu işleri beceremiyor, özelleştirelim, kamu personeli boşuna para alıyor" yüzsüzlüğüyle çıkılmıştır. Sağlık emekçilerinin öncelikle bunun farkında olması, devlet gibi bir devleti talep etmeleri gerekir.

10- Her şeyin olumsuz geliştiği bu liberal gericilik döneminde biz nasıl bir sağlık sistemi istemeliyiz ? Ya da birinci basamak sağlık hizmetlerinin eşit, verimli biçimde örgütlenmesini sağlayacak ilkeler nelerdir ?

Bu yazıda şimdiye kadar Türkiye aile hekimliği modelinin sorunları üzerinde duruldu. Bu bölümde ise kısaca birinci basamak sağlık hizmetlerinin bilimsel örgütlenme ilkeleri özetlenecektir:

10-a- Hizmetin örgütlenmesi bakımından:

Kamucu hizmet: Sağlık hizmetleri kamu tarafından planlanmalı, sunulmalı ve denetlenmelidir. Mevcut özel sağlık kurumları kamulaştırılmalıdır. Kamucu hizmet para ilişkisini ortadan kaldıracağı için eşitlikçidir. Kar amaçlı çalışan özel sağlık sisteminin kamulaştırılması gereksiz harcamaları ortadan kaldıracağı için verimli bir tercih olacaktır.

Entegre hizmet: Birinci basamak sağlık hizmeti çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini, toplum kalkınması çalışmalarını da içerecek bir bütünsellik içinde sunulmalıdır. Sağlığı etkilen faktörlerin genişliği ve sosyoekonomik kapsamı düşünüldüğünde sağlığın geliştirilmesinin, ancak bu kapsamdaki bir entegrasyonla sağlanabileceği açıktır. Birinci basamak hekiminin içinde çalıştığı toplumdaki en önemli görevlerinden birisi toplum kalkınmasında organizasyon görevini üstlenmesidir.

Nüfusa orantılı hizmet: Birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde nüfus büyüklüğü esas alınmalıdır. Toplumumuzun kişi başı yıllık hekim kullanma ortalamasının 4 civarında olduğu dikkate alınır ve hekimin (kabaca) yarım gününü poliklinik hizmetleri, kalan yarım gününü de çevreye ve bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile değerlendireceği düşünülürse, ortalama 900-1000 kişiye bir hekim istihdam edilecek şekilde planlama yapılmalıdır. Ancak belirlenen 900-1000 kişilik nüfus büyüklüğü coğrafi bir zemin üzerinde ve/veya işyeri ölçeğinde tanımlanmalıdır. Yani belli bir mekanda, işyerinde yaşayan-çalışanlar o bölgede istihdam edilen ekibe bağlı olmalıdır. Bu yaklaşım mevcut işçi sağlığı örgütlenmesinin de değiştirilmesini gerektirir. 50'den az işçili işyerleri de bir sağlık kurumuna bağlı olmalıdır.

Ekip hizmeti: Sunulacak sağlık hizmetinin entegre karakteri birinci basamakta geniş bir ekibin istihdam edilmesini gerektirir. Bu ekibin içinde hekim dışında, ebe, hemşire, halk sağlığı hemşiresi, çevre sağlığı teknisyeni, sağlık memuru, sosyal çalışmacı, psikolog, fizyoterapist, çocuk gelişimcisi, hizmetli, laboratuar teknisyeni, şoför, tıbbi sekreter bulunmalıdır.

Hizmet mahalle ve işyeri ölçeğinde örgütlenmelidir: Ekibin belli büyüklükteki nüfusa yönelik olarak üreteceği entegre hizmetin örgütleneceği mekan mahalle ve işyeri ölçeği olabilir. Bu durumda, sağlık ocaklarının mahallelere yönelik hizmet üretimi açısından halen geçerliliğini koruduğu ortadadır. İşyerlerinde ise ortalama 500 kişilik işçi grubu için bir işyeri sağlık birimi düşünülebilir. Daha az sayıda işçi çalıştıran işyerleri birleştirilerek ortak işyeri sağlık birimine bağlanırlar. Böylece hiçbir işyeri ve mahalle açıkta kalmaz. Bugün Sağlık ve Çalışma Bakanlıkları çatıları altında parçalanmış olan birinci basamak sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı çatısı altında birleştirilmiş olur. İşyeri sağlık birimlerinin denetimini de sağlık grup başkanlıkları ve sağlık müdürlükleri yapar.

Sevk sistemi: Mahalle ve işyerlerindeki sağlık ocaklarına ve işyeri sağlık birimlerine bağlı nüfus herhangi bir sağlık hizmetinden yararlanmak istediğinde öncelikle birinci basamağa başvurur. Burada gerek duyulursa hastanelere sevk edilir. Sevk zorunluluğu hastanelerdeki yığılmaları önler, sağlık sisteminin verimliliğini artırır.

Gezici hizmet: Bireye ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri gezici olarak evlerde verilir. Bunun nedeni toplumun bu hizmetlere olan talebinin yetersizliğidir. Ayrıca hastanelerden taburcu olanların evde bakımı, sağlık sorunları nedeniyle birinci basamağa gelemeyecek olanlara sunulacak hizmetler, yaşlıların bakımı da gezici olarak gerçekleştirilir. Böylece hem eşitlik, hem de verimlilik artar.

Sürekli eğitim: Bütün sağlık personelinin sürekli eğitiminden Sağlık Bakanlığı sorumludur. Sürekli eğitim

bireyin kendi tercihlerine ve kendi kaynaklarına bırakılamaz, kamusal bir sorumluluktur. Bunun karşılığında bütün sağlık personeli periyodik olarak ölçme ve değerlendirmeye tabi tutulur. Bunun iki bileşeni vardır: Belli sürede belli saat pratik ve teorik ders alma zorunluluğu ve düzenli aralıklarla yapılacak sınavlarda başarılı olma zorunluluğu. Bu zorunlulukları yerine getiremeyenlere meslek hakkının geçici süre iptal edilmesine kadar uzanacak yaptırımlar uygulanır.

Adil bir atama sistemi: Türkiye'nin bölgeleri arasındaki önemli sosyoekonomik eşitsizlikler ve bu eşitsizliklerin yakın ve orta dönemde varlıklarını koruyacak olmaları bütün sağlık personelinin periyodik olarak değişik bölgelerin, değişik gelişmişlik düzeyindeki il ve ilçelerinde hizmet vermelerini zorunlu kılmaktadır. Çakılı kadro uygulaması eşitsizlikler nedeniyle adil bir tercih değildir.

10-b- Hizmetin finansmanı bakımından:

Genel bütçeden finansman: Genel bütçe sistemi sigorta sistemine göre daha eşitlikçi ve verimli olduğu için tercih edilmelidir. Genel bütçenin oluşturulmasında gelirle artan oranlı vergi sistemi uygulanmalıdır. Böylece geliri fazla olandan daha fazla oranda vergi alınmalıdır. Artan oranlı vergi sistemi gelir dağılımını düzeltici etki gösterecek, bu da gelir dağılımı bozukluğundan kaynaklanan sağlık sorunlarını azaltacaktır.

Emeğin niteliğini ve niceliğini, çalışma koşullarını dikkate alan ücretlendirme: Sağlık emekçilerinin gelirleri ücret esasına dayandırılmalıdır. Bilindiği gibi ücret belli bir çalışma süresi için yapılan ödemeyi ifade eder. Bu süre içinde emekçilerin, mesleki formasyonlarına göre belirlenen nitelikte ve eşit miktarda emek gücü harcadıkları varsayılır. Yani, bu varsayıma göre, örneğin hekim ile ebenin emek güçlerinin niteliği birbirinden farklı, ancak bütün pratisyen hekimlerin niteliği birbirine benzerdir ve bütün pratisyenlerin belli bir çalışma süresi içinde (8 saat) aynı miktarda emek gücü harcadıkları kabul edilir. Bu, bütün personelin sürekli eğitiminin kamu tarafından zorunlu tutularak gerçekleştirildiği koşullarda genel olarak doğrudur. Ancak çalışma koşullarının farklılığı (örneğin kırsal, kentsel bölgelerde, mahallede ya da işyerinde çalışıyor olmak) emek nitelik ve niceliğini etkileyecek dışsal faktörler olarak devreye girer. Bu nedenle bu koşullar ücret belirlemenin parametreleri olarak ele alınmak durumundadır. Ücret sisteminin, koruyucu sağlık hizmetlerinde ortaya konulan emek nitelik ve niceliği dikkate alınarak, performans ücretiyle desteklenmesi düşünülebilir. Performansın birey düzeyinde değil, ekip düzeyinde belirlenmesi çalışma ortamındaki uyumu ve hizmetin verimliliğini artıracaktır.

10-c- Sağlık insan gücü bakımından:

Topluma dayalı ve aktif eğitim: Sağlık personelinin eğitim sisteminde radikal bir değişikliğe gereksinim vardır. Bugünkü meslek eğitimi çok önemli oranda hastane temellidir. Oysa, eğitimin toplum içinde gerçekleştirilmesi gerekir. Fabrikalar, tarlalar, bütün işyerleri, okullar, kreşler, yaşlı bakım evleri, yurtlar, mahalleler, kısacası sağlık hizmetinin üretildiği ve vatandaşlarımızın gündelik yaşamlarını geçirdikleri her yer meslek eğitiminin zemini olarak kullanılmalıdır. Sağlık mesleklerindeki öğrenciler bu mekanlardaki yaşam koşullarının değiştirilmesi çalışmalarına ve üretime aktif olarak katılmalıdır.

İş güvencesi: Sağlık hizmeti kamusal sorumluluktur. Kamu adına bu sorumluluğu sağlık emekçileri üstlenmiştir. Her sağlık emekçisi iş garantisine sahiptir. Sözleşmeli çalışma kabul edilemez. Eşitlikçi yönde değişen toplumsal koşulların, sağlık sisteminin kamucu yöndeki değişiminin ve emekçilere sunulan iş garantisinin ve bunlarla birlikte getirilen kendini geliştirme (sürekli eğitim) zorunluluğunun, sağlık emekçilerinde, iş güvencesi hakkının yanında toplumsal sorumluluk duygusunun öne çıkmasına yarayacağı söylenebilir. Bütün bu koşullar sağlık emekçilerinin performansını artıracak en önemli unsurlardır. Performans geliştirmede mali tehditler değil, toplumsal adalet, eşitlik ortamı ve iş güvencesi önemli stratejiler olarak kullanılır. Tam tersine, mali tehditlerin, çalışma ortamındaki güveni ortadan kaldıracağı, sağlık personelini etik olmayan davranışlara yönelteceği (hasta kaybetmemek için gereksiz ilaçları reçete etmek gibi) bilinir.

Örgütlenme hakkı: Her sağlık emekçisi kendi meslek örgütünün ve iş kolu sendikasının doğal üyesi kabul edilir. Meslek örgütleri ve sendikalar mesleki ve etik kodların denetiminde, ücretlerin belirlenmesinde taraf olarak çalışırlar. Ücretler hükümetle sendikalar arasındaki toplu sözleşmelerle belirlenir. Sağlık emekçilerinin iş bırakma hakkı olmalıdır.

10-d- Toplum katılımı bakımından:

Toplum katılımı sağlık sisteminin eşitliğini ve verimliliğini artıracak en önemli unsurlardan birisidir. Çünkü ancak toplum katılımıyla toplumun sağlık gereksinimleri doğru ve zamanında saptanabilir. Ancak toplum katılımı sağlık hizmetlerinde belirlenen stratejilerin zamanında ve tam olarak gerçekleştirilmesini sağlayabilir.

Toplum katılımı, toplumun, kendisine sağlık hizmeti sunan kurumun hizmet verdiği ölçekten, yani mahalle ve işyerlerinden başlamak üzere, her düzeyde, sağlık hizmetinin planlanması, üretilmesi ve değerlendirilmesi süreçlerinde belirleyici olmasını ifade eder.
Toplum katılımı seçilmiş delegelerden oluşan sağlık meclisleri aracılığıyla gerçekleştirilir. Sağlık meclisleri mahalle ve işyerlerinden başlamak üzere her düzeyde (ilçe, il, bölge, ulusal ölçek) oluşturulur. İsteyen her vatandaş meclis seçimlerine aday olabilir. Sağlık meclisleri yerel yönetim seçimleri ile birlikte belirlenebilir. Böylece, sağlık meclisleri yerel yönetim meclislerinin bir bileşeni olarak da çalışabilir.

Sağlık meclislerine, seçilmiş vatandaşların dışında o yerellikteki genel ve sağlık iş kolu sendikalarının, meslek örgütlerinin ve sağlık yönetim yapısının temsilcileri de katılır.

Meclisler o yerellikteki sağlık hizmetlerinin ve özel sağlık programlarının planlanmasından, değerlendirilmesinden ve denetlenmesinden sorumludur. Sağlık müdürleri ile sağlık grup başkanlarını il ve ilçe sağlık meclisleri atar, gerek gördüğünde görevden alabilir.

Sağlık meclisleri sağlıkla ilgili her tür olayı, etkeni gündemlerine alarak ilgili sağlık programlarının planlanmasını gerçekleştirirler. Böylece o yerellikteki çevre kirliliği, istihdam sorunları, ekonomik sorunlar sağlıkla ilgileri çerçevesinde sağlık meclisinin gündemini oluşturur. Sağlık meclislerinin en önemli işlevlerinden birisi de amatör sağlıkçıların yetiştirilmesi, böylece toplumun sağlık amaçlı seferberliğinin sağlanmasıdır. Bu seferberlik toplumun sağlık bilincini geliştireceği gibi, koruyucu sağlık programlarının daha kısa süre içinde ve daha yaygın olarak gerçekleştirilmesini de sağlayacaktır (örneğin aşılama programları gönüllü lise ve üniversite öğrencileri tarafından yapılabilir, gebe kadınlara beslenme eğitimi yine doğurgan kadınlarca organize edilebilir, vb).

Bölge sağlık örgütü her yıl sonunda sağlık meclisine çalışma raporu sunar. Çalışma raporu bölge sağlık yöneticilerinin görevlerini sürdürüp sürdürmeyecekleri konusunda verilecek karar için zemin oluşturur.

Görüldüğü gibi yukarıda özetlenen ilkeler bütünü önemli oranda sosyalizasyon sisteminin ilkeleriyle uyumludur. Bu ilkeleri yaşama geçirebilmek için var olan sağlık sistemi alt yapımızın kullanılabilmesi gibi bir olanak da vardır. O nedenle bizim yaklaşımımız verimli ve eşitlikçi olmasının yanı sıra gerçekçidir de. Var olan 6000 sağlık ocağımızın ve 11000 sağlık evimizin koşullarını geliştirerek büyük gelişmeler sağlanabilir. Önerdiğimiz ilkelerin bir kısmı ise sosyalleştirmenin aşılmasını gerektirmektedir. İşyerlerinin ulusal sağlık sistemimiz içine alınması, işyerlerinde nüfusa orantılı hizmet, atama sistemi için önerilen değişiklikler, sağlık emekçilerine örgütlenme ve grev hakkının tanınması, sağlık meclisleri yapısı, tamamen kamusal hizmet, özel sektörün derhal kamulaştırılması, hizmetin tamamen genel bütçeden finanse edilmesi, her tür katkı payının sonlandırılması, hizmet içi eğitimin zorunluluğu bu gelişmeyi sağlayacak önerilerdendir.

Türkiye kapitalizminin bugünkü yapısı gözetildiğinde bu önerilerin gerçekleştirilmesinin zor olduğu belirtilebilir. Gerçekten de örneğin kamucu sağlık hizmeti, adil atama sistemi, örgütlenme ve grev hakkı, vb öneriler bugünkü kriz ortamında hükümetlerin, hükümetlerin arkasındaki uluslar arası güçlerin kabul edebileceği cinsten değildir. Ancak meseleye böyle bakıldığında kabul edilebilir olanın, bugünkü hükümetin önerdiklerinden başkası olmadığı da anlaşılmaktadır. Yani kabul edilebilir olan eşitlikçi, verimli ve sağlık emekçilerinin haklarını gözeten değildir. O halde bu noktada sağlık emekçilerinin ve Türkiye halklarının neyi istedikleri konusunda bir karar vermeleri gerekir: Kabul edilebilir sömürü mü, yoksa eşit, adil, örgütlü, yeni, Sol olan mı ? Boyun eğme mi, yeni için mücadele mi ? Pısırıklık mı, entelektüel canlılık mı ?

KAYNAKLAR

Aksakoğlu, G (1995) İngiltere sağlık sistemi. Toplum ve Hekim, 9(64-65).

Baggott, R (2000) Public Health, Policy and Politics. Mc Millan Press Ltd, London.

Başak O, Güldal D (2002) Ülkemiz sağlık sisteminin birinci basamağında aile hekimliği uygulamasının yaygınlaştırılması ve birinci basamakta çalışan pratisyen hekimlerin yeniden eğitimi programı. Eğitim Programı Geliştirme Sempozyumu Bildirisi, 31 Mayıs-1 Haziran 2002, İzmir.

Belek İ (2001) Sosyal devletin çöküşü ve sağlığın ekonomi politiği. Sorun Yayınları, İstanbul.

Belek İ (2002) Küba'da sağlık, sosyalizmin başarısı. Nazım Kültürevi Kitaplığı, Sol Meclis Yayınları, İstanbul.

Carr-Hill RA (1994) Efficiency and equity implications of the health care reform. Social Science and Medicine, 39(9): 1189-1201.

Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası Kurumu Kanunu Tasarı Taslağı, 2003.

Kapaklı, E (2003) Hekimlere şahıs tüccarı deniyor. Tıp Dünyası, sayı 110, 15 Eylül 2003.

Kargı, S (2003) Aile hekimliği:Kanada örneği. Cumhuriyet Bilim Teknik, sayı:872, 6.12.2003.

Kaser M (1976) Health care in the Soviet Union and Eastern Europe. Croom Helm Ltd, London.

Kimberly SH, Yarnall MD, Pollak KI, Qstbye T, Krause KM, Michener JL (2003) Primary care: is there enough time for prevention ? American Journal of Public Health, 93(4): 635-641.

Kovner, AR (1990) Health care delivery in the USA. Springer Publishing Company, NY, USA.

Kutzin J (1997) Experience with organizational and financing reform of the health sector. WHO.

Loveridge, R et all (1992) Continuity and crisis in the NHS. Open University Press, Buckingham.

Mc Kenzie, JF et all (2002) An introduction to community health. 4th ed. Jones and Bartlett Publishers, ON, Canada.

Oacley P (1989) Community involvement in health development WHO, Geneva.

OECD (1995) The future of health care. Paris.

Öztek Z (1986) Temel sağlık hizmetleri. HÜTF Yayını, Ankara.

Resmi Gazete (7 Ekim 1990) No: 20658.

Roemer, MI (1991) National health systems of the World. Volume 1: The countries. Oxford University Press, NY, USA.

Roemer, MI (1993) National health systems of the World. Volume 2: The issues. Oxford University Press, NY, USA.

Sağlık Bakanlığı (1992) Türkiye sağlık reformu, sağlıkta mega proje. Ankara.

Sağlık Bakanlığı (1992a) Çalışma grupları raporları. Ankara.

Sağlık Bakanlığı (Nisan 1997) Birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimliği kanunu tasarı taslağı ve gerekçeleri. Ankara.

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2003) Birinci basamakta yeni dönem. Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2003a) Aile hekimliği hizmet sunum sözleşmesi örneği (Sağlık İl Müdürlüğü ile Sigorta Kurumları arasında). Ankara.

Schauffler HH, McMenamin S, Zawacki H, Lewitt L, Lundy J (2000) Health care trends and indicators in California and the US. Kaiser Family Foundation.

Sol Meclis Sağlık Komisyonu (2002) Sosyalist Türkiye'de sağlık. Nazım Kültürevi Kitaplığı, Ankara.

TAHUD (21-22 Aralık 2002) Çalıştay sonuç bildirgesi. Ankara.

Tarimo E, Webster EG (1994) Primary health care concepts, and challenges in a cahingin world: Alma Ata revisited. WHO, Geneva.

WHO (1993) Evaluation of recent changes in the financing of health services. Geneva.

WHO (1996) The Ljubliana charter on reforming health care.

WHO (1998) Health 21, 21 targets for the 21st century. Regional Committee for Europe, Copenhagen.

WONCA (2003) http:// www.globalfamilydoctor.com (erişilme tarihi:14.07.2003)