

Fransa'da Aile Hekimliği Uygulaması ve Eğitimi: Türkiye Modelinin İncelenmesi

Family Medicine Practice and Training in France: Investigation of Turkey Model

Kifayet Baran Çeçem¹, Yusuf Üstü², Mehmet Uğurlu²

¹Kayseri Felahiye İlçe Devlet Hastanesi

²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara

Öz

Genel tıp hekimliği başta Avrupa ülkelerinde olmak üzere birçok dünya ülkesinde başarıyla uygulanmakta, koruyucu hekimliğin önemi ve maliyete etkisi giderek daha iyi anlaşılakta, yapılan reformlarla daha da yaygınlaştırılmaktadır. Aile hekimliğini ön plana çıkaran Fransa Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından en iyi sağlık sistemine sahip ülke olarak seçilmiştir.

Anahtar kelimeler: Fransa, aile hekimliği, sağlık politikası

Abstract

General medical practice is being successfully applied in quite a few countries around the world, starting with Europe. The significance of preventive medicine and the associated reduction of the costs are starting to be better realized and are becoming more common through new reforms. France, pushing family practice to the front, is recognized by World Health Organization (WHO) as the country carrying the best health care system in the world.

Key Words: France, family practice, medical policy

Yazışma Adresi / Correspondence:

Doç. Dr. Yusuf Üstü

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara

e-posta: dryustu@gmail.com

Geliş Tarihi: 09.02.2015

Kabul Tarihi: 01.03.2015

Giriş

Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık hizmetleri örgütlenmesinde merkezi konumdadır.^{1,2} Yapılan çalışmalar aile hekimliği uygulaması olan ülkelerde hem ekonomik hem de klinik başarı olarak daha etkin sağlık hizmeti verildiğini göstermektedir.¹⁻⁶ Tüm Dünya ülkelerinde aile hekimliğinin önemi giderek artmakta, aile hekimliğine atfedilen değer yükselmektedir. Bir asır boyunca tıp eğitimi önce branşlaşmaya daha sonraki gelişmeler doğrultusunda aile hekimliğine yönelerek değişikliğe uğramış ve sağlam bir zemine oturmuştur.¹⁻⁶ 2000'li yıllardan itibaren, "birinci basamak uzmanlık hekimliği" olarak aile hekimliği disiplininin sağlık sisteminde başrol oynadığı daha da iyi fark edilmiştir.¹⁻⁶ Sağlık hizmetlerini üst seviyeye taşıyan tüm ülkelerde, birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimleri ana görevi üstlenmektedir.¹⁻⁶ Aile hekimleri, koruyucu hekimlik uygulamaları yanında ayakta tanı ve tedavi işlemlerinin büyük çoğunluğunu da üstlenirler.¹⁻⁶

Fransa sağlık sistemi 2000 yılında, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından en iyi sağlık sistemi seçilmiştir. Fransa bir yandan halkının sağlığını en iyi düzeyde tutmak, öte yandan da sağlık maliyetini en aza düşürmeyi hedeflemektedir. Bu amaca ulaşmak için Fransa sağlık bakanlığı ve ulusal sağlık sigortası aile hekimliği disiplinine hak ettiği statü ve popülariteyi kazandırmaya çalışmaktadır. Ancak halen önemli sorunlarla baş etmek durumundadır.^{7,8}

Sağlık Göstergeleri

Fransa'nın nüfusu yaklaşık 66 milyondur. 20 yaş altı % 24,5, 20-64 yaş arası % 58,2, 65 yaş üstü ise % 17,3'dür.⁹⁻¹¹

Sağlık göstergeleri diğer ülkeler ile karşılaştırıldığında üst düzeydedir. Beklenen ortalama yaşam süresi 81 (Erkekler 78,2, kadınlar 84,9) yıldır. Doğurganlık konusunda Avrupa'nın en yüksek oranına sahiptirler. Kadın başına 2,01 çocuk düşmektedir. Anne ölüm hızı yüz binde 9,6, bebek ölüm hızı ise binde 3,5'dir. Ölüm nedenlerine bakıldığında ise kardiyovasküler hastalıklar, kanserler ve kazalar ilk sıralarda yer almaktadır.⁹⁻¹¹

Sağlık Giderlerinin Finansmanı

1945 sonrası ilk defa “sosyal sigorta sistemi” gündeme gelmiştir. Sağlık sistemi, vergilerle ve isteğe bağlı tamamlayıcı hastalık sigortaları ile desteklenen ulusal sosyal sigorta sistemi üzerine kuruludur.^{11,12}

Halen 3 farklı sosyal güvenlik kurumu mevcuttur:

1. Genel sağlık sigortası,
2. Tarım sektörü,
3. Serbest çalışanlar.^{11,12}

2000 yılında kabul edilen “Genel Sağlık Sigortası” ile toplumun %99,9'u sigorta kapsamına alınmıştır. Böylece, yasal ikamet hakkına sahip herkes ve belirli bir gelir düzeyinin altında kalan kişiler bile sigortadan faydalanabilmektedir. Bu sigorta hastaların muayene masraflarını, ilaç, bakım ve protez masraflarını, laboratuvar tetkiklerini, cerrahi girişimleri, hastane yatışları gibi harcamaları karşılamaktadır.^{11,12}

Uygulamada, genel olarak hasta önce ödemeyi yapar, sonra kısmen ya da tamamını geri ödeme şeklinde hastalık sigortasından alır. Buna “üçlü geri ödeme sistemi” denmektedir. Kronik hastalıklar gibi bazı özel durumlarda, sigorta hasta masraflarının tamamını direkt karşılamaktadır.^{11,12}

Genel organizasyon açısından, 1996 yılından bu yana her sene hükümet parlamentoya sosyal güvenliğin finansmanına yönelik bir kanun teklifi sunmaktadır. Bu şekilde ertesi yıla ait hastalık sigortası harcamalarının hedefleri belirlenmektedir. Sağlık bakanlığı düzenlemenin önemli bir kısmını üstlenmiştir. Ajanslar ve komiteler, hastalık sigortası kasaları birlikleri, mesleki birlikler ve sendikalar düzenlemede etkili olan diğer yapılanmalardır.^{11,12}

Fransa sağlık sistemi, gelirleri ve sağlık durumlarına bakmaksızın herkesi koruma altına almayı amaçlayan bir sağlık sistemidir. Fakat devlet kaliteli hizmet vermeye çalışırken yapılan harcamalarla gerekli finansman arasındaki dengeyi kurmakta zorlanmaktadır (2012 yılında, Ulusal sağlık sigortasının açığı 13 milyar Euro'yu aşmış durumdadır). Bu nedenle yeni arayışlar içindedir.^{11,12}

Tıp ve Tıpta Uzmanlık Eğitimi

Bugünkü sağlık sistemi birbiri ardına yapılan düzenlemelerle, bir asrı aşan sürede kurulmuştur. Tarihi gelişmeler açısından bahsedilmesi gereken önemli dönemler şunlardır:

- 1892 yılında ilk kez, hekimlik eğitimi alanlara “ulusal tıp doktorluğu diploması” verilmiştir. Bu tarihten itibaren, eğitim almış gerçek hekimler, eğitim almamış kaçak hekimlik yapanlar ile ayırt edilebilmiştir.^{8,10,12}
- 1950 yılına kadar tıp fakültesi mezunu olanlar, “serbest genel hekim” olarak özel muayenehanelerinde çalışmakta iken, bunların bir kısmı sonradan belli bir dal üzerine

uzmanlık sertifikası olarak “*serbest uzman hekim*” unvanı almıştır. 1950 yılından sonra ise uzmanlık eğitimi fakülteler tarafından verilmiştir.^{8,10,12}

- 1958 yılı “*eğitim ve araştırma hastanesi*” modelinin başlangıcıdır. Bu tarihten itibaren genel serbest hekimler ve hastane kariyerli ve prestiji daha yüksek uzmanlar ayrımı başlamıştır. Bu duruma karşı aile hekimlerine yönelik özel eğitim çalışmaları başlatılmış, “Fransa Genel Hekimler Derneği” ve “Genel Hekimlerin Terapötik Derneği” gibi dernekler kurulmuştur.^{8,10,12}
- Fransa’da toplam 45 tıp fakültesi mevcuttur. Bunların herhangi birine girebilmek için lise diploması yeterlidir (“*baccalauréat*” diploması). 1971 yılında tıp fakültelerine giren öğrenci sayısında çok belirgin artış olması ve bu artışın fakültelerin kapasitesini zorlamasına neden olduğu gerekçesi ile Fransa Sağlık Bakanlığı “*Numéris Clausus*” sisteminin uygulamasını başlatmıştır. (Bu “*kapalı-limit verici rakam*” tıp eğitiminin birinci yıl sınavı sonrası kabul edilecek toplam öğrenci sayısını belirlemekte ve 10 ila 15 yıl sonunda mezun olacak hekimlerin sayısını ve böylece Fransa’da çalışan tüm hekimlerin sayısını kontrol edebilmeyi hedeflemektedir).^{8,10,12}

Eğitimin birinci yılı sağlıkla ilgili farklı meslek dallarını kapsamaktadır ve fakültele göre bunlar değişebilir: Genelde tıp, eczacılık, diş hekimliği, fizyoterapi ve ebelik bölümlerinden oluşan gruplar bulunur. Tüm öğrenciler, ilk sömestr sonunda aynı sınava katılır ve bir veya birden fazla meslek dalı seçmek zorundadırlar. Yıl sonunda ise her öğrenci tercih ettiği farklı dallar üzerine ikinci dönem sınavına katılır. Sonuçta tercih ve toplam puan değerlendirilmesi yapılır ve başarılı öğrenciler farklı dalların okullarına yönlendirirler. Bu öğrencilerin bir kısmı da tıp fakültesine devam etme hakkı kazanmaktadır.^{8,10,12}

Tıp bölümünü seçen öğrencinin iki yıl sınava katılma hakkı vardır. *Numéris clausus* uygulaması ile tıpta ortalama başarı oranı %15’tir.^{8,10,12}

- Tıp öğrencileri 6 yıl ortak eğitim aldıktan sonra (teorik ve değişik servislerde stajlarla pratik eğitim) “Ulusal Sıralama Sınavı” olarak adlandırılan sınavdan geçirirler. Her öğrencinin sadece iki sınav hakkı bulunmaktadır. Bu sınav sayesinde tıp öğrencisinin kazandığı puan ve kendi tercihi ile tüm Fransa Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde açılan kadrolarda hem uzmanlık dalını hem de ilerde çalışacağı il belirlenir. Uzman olduktan sonra atama sorunu veya zorunlu hizmet yoktur.^{8,10,12}

Aile Hekimliği

2000 yılından itibaren başta aile hekimleri olmak üzere Fransa’da doktorların sayısında ciddi düşüşler başlamış, yeni mezun olan hekim sayısı emekli olanları artık karşılayamaz duruma gelmiştir. Çözüm olarak Fransa Sağlık Bakanlığı önce *Numéris clausus* sayısını her yıl kademeli olarak artırmış, özellikle aile hekimlerinin sayısını artırabilmek için de önemli kararlar almıştır. 2004 yılında “Genel Hekimlere” “*Aile Hekimliği Uzmanı*” unvanı taşıma hakkı verilmiştir. 2005 yılında ise aile hekimi olmak isteyen öğrencilere uzmanlık eğitimine başlamadan önce “*ulusal sıralama sınavı*”na katılma zorunluluğu getirilmiştir. Bu uygulamanın hedefi uzman aile hekimlerin sayısını artırmak iken, 2012 yılına kadar aile hekimliğini tercih edenlerin sayısı son sıralarda yer almaktadır. Son üç sırada seçilen uzmanlık dalları psikiyatri, aile hekimliği ve toplum sağlığıdır. 2008 yılında sunulan bir uzmanlık tez çalışmasının sonuçlarına göre bu durumun 3 belirgin sebepleri gelir seviyesinin diğer uzmanlık dallarına göre düşük olması, rölatif prestij düşüklüğü ve bu dalın tıp öğrenciler tarafından daha az tanınmış (eğitim sırasında bu disiplinin özelliklerinin öğretilmemesi söz konusu) olmasıdır.^{8,10,12}

2012 yılında Fransa’da çalışan toplam doktor sayısı yaklaşık 217.000’dir. Bu sayının yaklaşık %50’sini (102.000) aile hekimliği uzmanları oluşturmaktadır. Yüz bin kişiye 157 aile hekimi düşmektedir.^{8,10,12}

Fransa'da, “*genel hekimler*” ve “*uzman hekimler*” ayrımı yapılırsa da aslında bu sadece bir terminoloji problemidir. Her disiplinin ortak 6 yıl eğitiminden sonra özel bir uzmanlık eğitimi, farklı tecrübe alanı ve görevleri vardır. “Pratisyen hekim”, yani uzmanlık eğitimi almamış bir hekim Fransa'da halen öğrenci statüsünde bulunmaktadır ve aile hekimi olarak çalışmamaktadır.^{8,10,12}

Fransa'da, aile hekimliği uzmanlığı süresi 3 yıldır. Teorik dersler ve 6 ay süreyle 6 farklı servislerde rotasyon (dahiliye, acil servis, genel cerrahi, pediatri, kadın doğum hastalıkları ve 2 ayrı aile hekiminin muayenehanesinde staj) bulunmaktadır.^{8,10,12}

Aile hekimliği uzmanlığı eğitimi tamamlandıktan sonra, uzmanlık diploması verilmektedir ve tez sunumu ile “*doktor*” unvanı taşıma hakkı kazanılmaktadır. Tabipler odasına kayıt işlemleri ve devlet sosyal sigortası ile bağlantı kurulduktan sonra yeni mezun olan uzman hekim özel muayenehane açarak çalışmaya hazır olmaktadır.^{8,10,12}

Fransa'da uzman aile hekimlerinin farklı şekilde çalışma seçenekleri vardır:

1. Genellikle, özel muayenehane açarak, “*serbest aile hekimi*” olarak (tek başına veya grup halinde) görevini yapabilmektedir.
2. *Sağlık evlerinde*, belirli maaş karşılığında çalışabilmektedir.
3. Yan dal uzmanlığı eğitimi aldıktan sonra “*serbest yan dal uzmanı*” olabilmektedir (Spor hekimi, homeopati ve akupunktur hekimi, beslenme hekimi, huzur evlerinde hekimlik vs.).
4. Bunların dışında devlet hastanelerinde yan dal uzmanlığı (Sigara bıraktırma, geriatri vs.) yapabilir.
5. Ulusal sağlık güvence sigortası veya özel güvence sigortalarının danışman hekimi olarak ta çalışabilmektedirler.^{8,10,12}

Aile hekiminin ortalama hasta sayısı, bulunduğu yere göre 1000 ila 1500 arasındadır. Haftada ortalama 55 saat çalışmaktadır, günde ortalama 25-30 hasta görmektedir ve her birine ortalama 15-20 dakika ayırabilmektedir. Ücretlerini yapılan işleme göre almaktadırlar (*hizmet başı ödeme*). Muayene ücreti 23€'dir. (Yıllık ortalama hesap yapıldığında, aylık geliri yaklaşık 4000€ ile Avrupalı meslektaşlarına göre daha az kazanmaktadırlar).^{8,10,12}

Hasta dosyasını tutmak ve güncellenmesini sağlamak yine aile hekiminin görevidir. Toplum sağlığı ve toplum korunmasından sorumludur: Aşıların takibi, her yıl riskli hastalara grip aşısının yaptırılması, risk gruplarında bulunan kişilerin her iki yılda bir meme ve kolon kanser taramaları vs. (ulusal sağlık sigortası bu uygulamaların kontrolünü sağlamaktadır).^{8,10,12}

Aile hekimliği uzmanı deneyimi ve becerisi olan tüm alanlarla ilgili tetkikleri isteyebilmektedir. Hastası ile ilgili tüm sonuçlar, muayene ve çeşitli tıbbi girişimlerin raporları kendisine mutlaka iletilir (kendi yönlendirmemiş olsa dahi). Tüm ilaçlara başlatma ve reçete sonlandırma yetkisine sahiptir (en fazla 6 ay geçerli raporlu reçeteler yazabilmektedir).^{8,10,12}

Hastası ile ilgili birçok rapor çeşitlerinin verilmesi ile yükümlüdür:

- **İstirahat raporları:** Aile hekimleri istirahat raporu verebilmektedir. Ancak uzun süreli (6 ay ve üstü) istirahat raporları verildiği durumlara sağlık sigortasının danışman hekimleri itiraz edebilmektedir. Bu durumda aile hekimi detaylı bir rapor hazırlayarak hastasının savunmasını yapmak zorundadır.^{8,10,12}
- **İşe başlama ve çalışabilir raporları:** İş yeri hekimlerinin görevidir. Her şirketin görevlendirdiği iş yeri hekimi işçinin sağlığını değerlendirir.^{8,10,12}

- **Spor raporları:** Profesyonel sporcular dışında diğer tüm spor aktiviteleri için aile hekimi tarafından sağlık raporu verilir. Hekim kendi deneyimine bağlı olarak ya kendi muayenesi sonrası ya da bir kardiyolog muayenesi sonrası raporu hazırlar. Gerekliyorsa spor hekimliği yan dalı olan meslektaşına yönlendirir. Bu raporlar 1 yıl geçerlidir.^{8,10,12}
- **Diğer rapor çeşitleri:** Hasta nakil hizmeti veren firmalar için hastaların sevk raporu, kronik/ağır hastaların masraflarının %100'nün karşılanması için hastalara dosyasının hazırlanması, yaşlı hastaların özel huzur evlerine kabul edilmeleri için dosyasının hazırlanması vb. aile hekimlerince düzenlenir. Haftanın en az yarım günü, bu tür "rapor yazı işlemleri" için ayrılmaktadır. Bu zaman alıcı zor hizmetler karşılığında ücret ödenmemesi, aile hekimlerinin başlıca şikayet nedenlerindedir.^{8,10,12}

Aile Hekimliği Reformu (2004 yılı), aile hekimlerinin hastalarına, topluma ve ulusal sağlık sigortasına karşı görevlerini resmileştirmiştir. Bu reformun amacı sağlık hizmetlerinin daha etkili, uygun ve güvenceli olmasını sağlamaktır ve sağlık alanında harcamaları kontrol edebilmektedir. Aile hekimleri de bu reformun dayandığı en önemli aktörleridir.¹³

Aile hekimliği reformu ile bir sevk zinciri oluşturmak amaçlanmıştır. Uygulamada 16 yaş üstü kişiler istediği hekimi kendi aile hekimi olarak seçmek durumundadır (yazılı sözleşme). Kişinin hekimini değiştirme hakkı vardır. Hekimin de kişiyi kabul etme veya etmeme seçeneği vardır. Bu seçim bölgesel bazlı olmayıp serbesttir. Aile hekimini seçme işlemini yapmamış kişiler veya seçtiği halde başka bir hekime başvurular daha az geri ödeme almaktadır. Aile hekimi, hastasını sadece gerek gördüğü durumlarda uygun diğer bir uzmana veya hastaneye sevk edebilmektedir. Sevk mektubu, telefon görüşmesi veya e-mail vasıtası ile hastasını sevk ederek daha kısa bir sürede ve uygun şartlarda hastasının diğer uzmanlar tarafından bakılmasını sağlar. Hasta aile hekiminden habersiz başka bir uzman hekimle görüşmek istediğinde genelde randevusu daha geç verilir ve geri ödeme oranı azalır.^{8,10,12}

Baş Edilmesi Gereken Zorluklar

Fransa sağlık sistemi hala dünyanın en iyi sağlık sistemleri arasında yerini korumasına rağmen ciddi finansman sorunları ile baş etmek zorundadır.

Ulusal sağlık sigortasının açığını kapatabilmek için arayışlar sürmektedir:

1. Primlerin artırılması,
2. Kronik hastalıkların tedavilerinin karşılanmasında yeni yöntemler,
3. Vergilerde artırımlar,
4. Bazı grup ilaçların geri ödemededen kaldırılması ve pahalı ilaçların geri ödemelerinin azaltılması gibi önlemler gündemdedir.⁸⁻¹²

Ayrıca etkili ve aynı zamanda daha az masraflı bir sağlık sistemi oluşturmak için hastaların daha etkin takipleri ve gereksiz harcamalarının azaltılması hedeflenmektedir. Bu amaçla internet ortamında hasta dosyasının paylaşımı gündemdedir.⁸⁻¹²

Fransa'da, Paris ve güney bölgelerinde hekim sayısı fazla iken, kuzey bölgelerin hekim eksikliği vardır. Ayrıca kentsel ve kırsal bölgeler arası dengesizlik mevcuttur. Bu güne kadar etkili ve kalıcı çözüm bulunamamıştır. İsteğe bağlı ve parasal yardım karşılığında tıp öğrencileri ile sözleşmeler, yeni mezun olanları kırsal bölgelere yerleşmeleri için maddi destek ve vergilerinin azaltılması gibi uygulamaların etkisi çok az olmuştur. Kentsel ve kırsal bölgeler arası hekim dengesizliğine çözüm olarak bazı bölge hastanelerinde yabancı hekimler sözleşmeli olarak çalıştırmaktadır. Bu hekimlerin %30'dan fazlası düşük statü ve düşük maaş karşılığında kuzey Afrika ve Doğu Avrupa'dan gelmektedir.⁸⁻¹²

Fransa'da aile hekimliği uzmanlığının sağlık sistemindeki önemi artarken tıp öğrencileri ve bilhassa genç uzman aile hekimleri bu disiplinin çalışma şartlarından memnun değildirler. Fransız ulusal tabipler odasının 2011'de yaptığı araştırma sonucuna göre aile hekimliği asistanları gelir seviyesinin yükseltilmesini ve dolayısı ile yaşam kalitelerinin daha iyi olmasını talep etmektedirler. Fransa'da halen 10 bine yakın aile hekimliği uzmanı, bürosunu açmış başka aile hekimlerinin "asistanı" olarak çalışmayı tercih etmektedir. Tatil dönemleri veya haftanın belirli günleri, bu genç hekimler diğerlerinin yerine anlaşmalı olarak çalışmaktadırlar. Serbest olarak kendi muayenehanesinde çalışmak vergi vb. çeşitli masraflar, muhasebe tutma ve her türlü yönetim sorunları ve bunların yanı sıra mesai saatlerinin uzunluğu yeni nesil hekimlere çekici gelmemektedir.⁸⁻¹²

Aile hekimlerin performanslarını motive etmek için ek gelir kaynağı (2012 hekimler sendikaları-sağlık sigortası sözleşmesi sayesinde) sağlanmıştır.⁸⁻¹²

Tartışma

Türkiye'de uygulanan aile hekimliği modeline benzer bir uygulamanın Fransa'da uygulanan "serbest aile hekimliği modelinin" yerine geçmesi değerlendirilmektedir. Bu model bazı pilot illerde uygulanmış ve olumlu tepki alınmıştır. Etkili bir çözüm olabilmesi için hekim sayısının yeterince yüksek tutulması (yani *Numérus Clausus* sayısının dikkatli şekilde belirlenmesi gerekmektedir) ve bu şekilde hastaya ayrılacak zamanın korunmaya devam etmesi gerektiği konusu tartışılmaktadır.

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinde değişim süreci halen devam etmektedir. Fransa'da çalışan toplam doktor sayısının yaklaşık %50'sini aile hekimliği uzmanları oluşturmaktadır (102.000). Yani diğer gelişmiş ülkelerde de olduğu gibi, Fransa'da da aile hekimlerinin diğer dal uzmanlarına oranı %50 dolayındadır. Hatta bu oranı daha da yukarılara çekmek için çaba sarf etmektedirler. Ülkemizde ise toplam doktor sayısının yaklaşık % 20'sini (22.000) aile hekimleri oluşturmaktadır. Bunun da (22.000) sadece % 5'i aile hekimliği uzmanıdır. Yine benzer şekilde Fransa'da bir aile hekimi başına düşen nüfus 1000-1500 iken ülkemizde bu sayı ortalama 3600 kişidir. Dolayısı ile Fransa'da günlük muayene edilen kişi sayısı 25-30 iken ülkemizdeki sayı bu rakamın iki katını aşmaktadır.

Yapılan çalışmalar branş uzman sayısının artması ile sağlık göstergelerinin olumsuz etkilendiğini, diğer taraftan birinci basamak hekimlerinin sayısının artmasının ise mortalite oranlarını düşürdüğünü göstermektedir.¹⁴ Ülkemizde aile hekimi sayısındaki azlık nedeniyle esasen birinci basamakta verilmesi gereken sağlık hizmetleri, fiilen diğer branş uzmanları tarafından verilmeye çalışılmaktadır. Hâlbuki toplumda seyrek görülen hastalıklar konusunda eğitim almış uzmanlar tarafından verilen hizmet, genellikle daha fazla tetkik anlamına gelmektedir.^{5,14} Bu ise ölüme kadar uzanan, yan etkileri artıran bir kısır döngüye yol açmaktadır. Branş uzmanlarının kendi alanları dışında hizmet vermesinin pnömoni, akut miyokard infarktüsü, konjestif kalp yetmezliği ve üst gastrointestinal kanama kaynaklı mortalitelerin artmasına sebep olduğu bildirilmektedir.⁵ Yani belirli bir alanda çalışmak için yüksek maliyetli ve kapsamlı bir eğitim almış olmalarına rağmen genel hekimlik gibi başka bir alanda çalışmakta olan hekimler, sağlığı olumsuz etkilemektedirler.^{5,14}

Sonuç olarak aile hekimliğinde çalışan hekim sayısının hızla artırılması gereği ortadadır. Aile hekimliğinde çalışacak/çalışan hekimlerin özendirilmesi için tedbirler alınması, geçmişte sağlık ocağı sisteminde yapılan hataların (ek işler ile işlevsiz hale getirilmesi ve koruyucu hekimlik hizmetlerinin verilemez hale getirilmesi gibi) tekrarlanmaması önem arz etmektedir. Aile hekimlerinin sayısının artması ile birlikte ek hizmetler (hizmet başı ödemeler ile motive edilen) değerlendirmeye alınmalıdır. Bu hususların başarılması halinde ilerleyen dönemde aile hekimliği hızla gelişecek ve ülkemiz dünyada örnek gösterilen ülkeler arasında olabilecektir.

Ülkemiz açısından üzerinde durulması gereken bir konu da bizdeki Tıpta Uzmanlık Sınavına (TUS) karşılık gelen “Ulusal Sıralama Sınavı”dır. Fransa bu sınava girme hakkını 2 kez ile sınırlamıştır. Ülkemizde de bu sınava katılma hakkının örneğin 3-4 ile sınırlanması gündeme alınmalı, böylece yıllarca süren hazırlık, hekimlik yapılmayan süreler, yer değiştirmeler nedeniyle boşa geçen ihtisas süreleri, ileri yaşlara sarkan uzmanlıklar, kazanılan uzmanlık alanından geç bitirmeler gibi nedenlerle hekimlerden daha kısa sürelerle çalışmalarının önüne geçilebilecek, bu stratejik üst düzey uzmanlardan ülkemiz daha çok/uzun süre yararlanabilecektir. Hatta istisnai alanlar dışında yan dal ihtisaslarının da bu sınav sırasında belirlenmesi, yıllar süren gereksiz yer değiştirmeleri engelleyebilecektir. TUS sınavına katılan hekim daha başlangıçtan itibaren örneğin dahiliye + endokrin uzmanlık alanını tercih edebilecektir.

TUS sınavının Fransa'da olduğu gibi bir sıralama sınavı olduğu düşünüldüğünde, yani bu sınavla hekimlik yapar/yapamaz kararı verilmediğine göre bu sınavda bir barajın olması da (halen 45'tir) anlamsızdır ve kaldırılması gerekir. Burada branşların büyük bir kısmı ne yazık ki tıp eğitimi açısından anlamsız kalmaktadır çünkü verilmeye çalışılan aşırı bilgi düzeyi genel tababet sınırlarını çoktan aşmış durumdadır. Çekirdek eğitim programları (ÇEP) ile bu zorluklar aşılmaya çalışılsa da bunun kısa sürede başarılı olmayacağı ortadadır. Bu bağlamda TUS sınavının içeriğinin gözden geçirilmesi gerekir. Branş uzmanlarının bilmesi gereken üst/uç bilgiler ÇEP ile tıp eğitiminden çıkarılırken, TUS sınavından da çıkarılması önem arz etmektedir. Aksi takdirde hiçbir zaman ihtiyacı olmayacak bilgiyi öğrenmek zorunda kalan öğrenciler bu bilgi yoğunluğu içerisinde hangi branşı seçerse seçsin her zaman ihtiyacı olabilecek temel bilgilere ulaşmakta/ayrıştırmakta/öğrenmekte zorluk çekecektir. TUS sınavının gerçek anlamda temel (pratisyen) hekimin bilmesi gereken konulara odaklanarak yapılması için genel tababet ile ilgilenen uzmanlar tarafından değerlendirilmesi düşünülmelidir.

Fransa'da aile hekimliği uzmanlığı tercih listelerinin son sıralarında yer almaktadır: Son üç sırada seçilen uzmanlık dalları psikiyatri, aile hekimliği ve toplum sağlığıdır. Ülkemizde de benzer şekilde, aile hekimliği son sıralara yakındır. Ülkemizde uygulanan maaş/performans sisteminin ve son yıllarda hız kazanan “Malpraktis” davaların TUS sonuçlarını etkilediği görülmektedir. Kabaca TUS sonuçları ile yapılan uygulamaların/gelişmelerin etkisini değerlendirmek mümkün görünmektedir. Acil tıp uzmanlığı ve majör cerrahi branşların özellikle son 10 yılda tedricen puan düşüşleri durumu izah edebilir. Her ne kadar detaylı araştırmalar ile ortaya konması gerekse de 45-75 aralığında seyreden uzmanlık alanlarının (yaklaşık 30 puan) puan farkı ne kadar aza indirilebilirse (örneğin 10 puan ve altı), o derece başarılı uygulamaların olduğunu varsaymak yanlış olmayacaktır. Burada acil ve cerrahi branşların puanlarının riski düşük, nöbeti az veya olmayan dahili branşlara göre daha yüksek olması için alınacak önlemler/özendirici teşviklerin mutlaka gündeme alınması gerekmektedir. Cerrahi branşların zor ve zahmetli bölümler olmasının yanı sıra, özel el becerisi gerektirdiği unutulmamalı, el becerisi yüksek hekimlerin bu branşlara yönlendirilmesi için teşvik mekanizmaların kurgulanması gerekir. İhtisas sonrası ise, bu branşların çalışma alanlarının/kazanımlarının yaptıkları operasyonlara endekslenmesi önemlidir. Yıllarca yoğun emek/maliyet gerektiren bu üst düzey işgücünün, çalışma alanı bulamayacağı atıl alanlara gönderilmesi (semt polikliniği, kurum hekimliği, işyeri hekimliği, ekibi olmayan ve operasyon yapılamayacak kırsal kesimlere görevlendirme) engellenmelidir. İhtiyaç fazlası olabilecek branşlar yıllar öncesinden planlanmalı/engellenmelidir.

Fransa'da da diğer bazı Avrupa ülkelerinde olduğu gibi Tıp ve uzmanlık eğitiminde tez çalışması zorunlu değildir. Eğer tez hazırlanırsa “Doktor” unvanı verilmektedir. Yani “Hekim” unvanı ile “Doktor” unvanı ayrı kavramlardır. Örneğin bir nöroloji uzmanının

genellikle “Dr.” unvanı yoktur. “Dr.” gibi akademik unvanların, hekimlik mesleğini layığı ile yerine getirmek için gerekli olmadığını bu vesile ile tekrarlamak gerekir.¹⁵ İhtisasını bitiren hekimlerin en az %90'nın sahada çalışacağı düşünüldüğünde, tez yapma zorunluluğunun isteğe bağlıya dönüştürülmesi atılması gereken adımlardan biri olmalıdır.

Fransa yabancı hekimleri sadece çalışma ve yaşam şartları zor, kendi hekimlerinin çalışmadığı bölgelerde düşük ücretlerle istihdam etmektedir. Ülkemizde de gündemde olan yabancı hekim çalıştırma konusu ise öncelikle kendi hekimlerimizin istihdam edilmesi güç olan bölgelerinde düşünülmalıdır.

Kaynaklar

1. WHO. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care: Alma-Ata, 6-12 September 1978.
2. Saltman RB, Rico A, Boerma WGW. Primary Care in the Driver's Seat? Organisational Reform in European Primary Care. European Observatory on Health Systems and Policies. England: Open University Press;2006.
3. Korukluoğlu S, Üstü Y, Kasım İ, Hacımamağaoğlu A, Doğusan R. Aile Hekimliği Türkiye Modeli. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2006. T.C. Sağlık Bakanlığı, www.saglik.gov.tr. (Erişim tarihi: Şubat 2013).
4. Özcan F, Ünlüoğlu İ. Türkiye'de ve Dünya'da Aile Hekimliği. Sendrom 1996; 8 (7): 83-5.
5. Rakel RE. The Family Physician. In: The Textbook of Family Medicine. RE Rakel, DP Rakel (editors) 8th ed., Philadelphia: Saunders; 2011:2-19.
6. Wonca Europe. The European definition of general practice/family medicine. WHO Europe Office: Barcelona, Spain; 2002
7. The world health report 2000 - Health systems: improving performance, WHO Library Cataloguing in Publication Data, http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1 (Erişim tarihi: Nisan2014).
8. Anell A, Willis M. International comparison of health care systems using resource profiles, [http://www.who.int/bulletin/archives/78\(6\)770.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/78(6)770.pdf) (Erişim tarihi: Nisan 2012).
9. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, www.sante.gouv.fr (Erişim tarihi: Nisan 2012).
10. Haute Autorité de santé (HAS) - French National Authority for Health - www.anaes.fr (Erişim tarihi: Mayıs 2012).
11. La situation de la médecine générale en France, www.academie-medecine.fr (Erişim tarihi:Nisan 2012)
12. Securite Sociale l'Assurance Maladie, www.ameli.fr (Erişim tarihi: Mayıs2012).
13. Resmi Gazete. Aile Hekimliği Pilot Uygulama Hakkında Kanun No: 5258, Sayı: 2566, Resmi Gazete, Ankara. (Yayın Tarihi: 09.12.2004).
14. Starfield B, Shi L, MacinkoJ. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health, 2005; 83(3): 457-502.
15. Yıldırım F. Fransa Sağlık Sistemi, www.istanbul.edu.tr/itf/halksagligi/fatih.yildirim-fransa.saglik.sistemi (Erişim tarihi: Mayıs 2012).