

AİLE HEKİMLİĞİ TÜRKİYE MODELİ

ANKARA 2004





AİLE HEKİMLİĞİ

AİLE HEKİMLİĞİ TÜRKİYE MODELİ

•

EDİTÖR

PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN

•

HAZIRLAYANLAR

DR. SİNAN KORUKLUOĞLU

DR. YUSUF ÜSTÜ

DR. İSMAİL KAŞIM

DR. A. REŞAT DOĞUSAN

DR. ALİ HACIİMAMAĞAOĞLU

•

SANAT YÖNETMENİ
MEHMET EMİN

•

UYGULAMA
TÜLİN TERCAN

•

BASKI - CİLT
MAVİ OFSET

•

ANKARA 2004



İÇİNDEKİLER

SUNUŞ	7
1. GİRİŞ	9
2. SAĞLIKTA NEREDEYİZ?	13
2.1. Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği	
Uygulamalarına Bakış	14
2.1.1. Farklı Aile Hekimliği	
Uygulamalarından Örnekler	19
2.1.1.1. Hollanda	19
2.1.1.2. Danimarka	21
2.1.1.3. İngiltere	22
2.1.1.4. Almanya	26
2.1.1.5. Polonya	27
2.1.1.6. Çek Cumhuriyeti	28
2.1.1.7. Bulgaristan	30
2.1.1.8. Küba	32
2.1.1.9. Finlandiya	34
2.2. Türkiye’de Temel Sağlık Hizmetlerine Bakış	35



AİLE HEKİMLİĞİ

3. SAĞLIK HİZMETLERİ İLE İLGİLİ TANIMLAR . . .	41
3.1. Temel Sağlık Hizmeti	43
3.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti	43
3.3. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşu	43
3.4. Birinci Basamak Hekimi	43
3.5. Genel Pratisyenlik / Aile Hekimliği Disiplini . .	44
3.6. Aile Sağlığı Merkezi / Aile Sağlığı Birimi . . .	44
3.7. Genel Pratisyen / Aile Hekimliği Uzmanı . . .	44
3.8. Aile Doktoru / Aile Hekimi	44
3.9. Aile Dış Hekimi	44
3.10. Aile Sağlığı Elemanı	45
3.11. Uzman Hekim	45
3.12. Toplum Sağlığı Merkezi	45
3.13. Toplum Sağlığı Uzmanı / Toplum Sağlığı Hekimi	45
3.14. 112 Acil Yardım İstasyonu	46
3.15. İkinci Basamak Sağlık Kuruluşu	46
3.16. Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşu	46
3.17. Yerel Sağlık İdaresi	46
4. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMINDA BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ	47
4.1. Amaç ve Hedefler	49
4.2. Neden Aile Hekimliği?	53
4.3. Aile Hekimi / Aile Doktoru Kimdir?	54
4.3.1. Aile Hekiminin Görev ve Sorumlulukları	56
4.4. Aile Hekimliği Uygulamasına Geçişte Önemli Hususlar	58
5. YENİ DÖNEMDE YAPILANMA	65
5.1. Sağlık Bakanlığının Görev ve Yetkileri	65
5.2. Yerel Sağlık İdarelerinin Görev ve Yetkileri .	67

5.2.1. İl Sağlık İdareleri	68
5.2.2. İlçe Sağlık İdareleri	69
5.2.3. Toplum Sağlığı Merkezleri	71
5.3. Aile Hekimliği Uygulamasına Geçiş ve Plânlama	74
6. AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI	77
6.1. Aile Hekimliği Eğitimi ve Sertifikasyonu	77
6.2. Doktor Seçme ve Değişirme Özgürlüğü	80
6.3. Hizmet Sürekliliğinin Sağlanması	81
6.4. Çalışma Saatleri ve İzinler	82
6.5. Aile Hekiminin Rutin Takip ve Muayeneleri	83
6.6. Etkili Sevk Sistemi ve Geri Bildirim	84
6.7. Kırsal Kesimde Aile Hekimliği ve Gezici Hizmet	86
6.8. Aile Sağlığı Merkezleri ve Grup Çalışmaları	88
6.9. Tetkik ve Tahlil İşlemleri	89
6.10. Acil Sağlık Hizmetleri	89
6.11. Kayıt Sistemi	90
6.12. Aile Dış Hekimliği	92
6.13. Aile Sağlığı Birimi/Merkezi Standartları	93
6.13.1. Yerleşim	93
6.13.2. Fiziksel Mekan	94
6.13.3. Asgari Tıbbi Donanım	95
6.13.4. Personel	96
6.14. Ücretlendirme Modeli ve Hizmet İlişkisi	97
6.15. Kontrollü Yerel Uygulamalar ve Kademeli Geçiş	100
6.16. İşyeri ve Kurum Hekimlikleri	101
7. SONUÇ	103
YARARLANILAN KAYNAKLAR	105



AİLE HEKİMLİĞİ



SUNUŞ

Sağlık hakkının korunması, bireysel sağlıktan toplum sağlığına uzanan zorlu bir süreç gerektirir. Genel tıp hekimliği, başta Avrupa ülkelerinde olmak üzere birçok dünya ülkesinde başarıyla uygulanmakta, birinci basamağın önemi ve maliyete etkisi giderek daha iyi anlaşılmakta, yapılan reformlarla daha da yaygınlaştırılmaktadır.

Dünyada yaygınlaşan anlayışa göre temel sağlık hizmetleri tanımına birinci basamaktaki tanı ve tedavi hizmetleri ile rehabilitasyon hizmetleri de dahil edilmektedir. Temel sağlık hizmetleri konseptinin yeni modelinde aile hekimleri ana görevi üstlenmektedir.

“Sağlıkta Dönüşüm Programı” çerçevesinde yeni bir bakış açısıyla, şimdiye kadar çözülmemiş sorunlara çözüm bulma amacını gerçekleştirmede en önemli adımlardan birisi olan Aile Hekimliği Uygulaması nihayet hayata geçiriliyor.

Aile hekimliği ile ilgili olarak ülkemiz insanların emekleriyle ortaya koyduğu değerleri dikkate alan bir anlayışla yola çıktık. Bu dokümanı, geçmişte yapılan bütün çalış-



maları değerlendirerek, sağlıkta önemli mesafeler kat etmiş veya bu yolda ilerleyen çeşitli gelişmiş ve gelişmekte olan ülke örneklerini yerinde inceleyerek, ülkemizin koşullarını da göz önünde bulunduran bir anlayışla hazırladık.

Geçmiş reddederek değil, geçmiş değerlendirerek yeni bir uygulama inşa etmeye çalışıyoruz. Bu amaçla çıktığımız yolda, artık Dünya ülkelerinde genel kabul görmüş aile hekimliği uygulamasının her aşamasında, uygulamanın yapılıp yapılmamasını tartışmak yerine, nasıl yapılması gerektiği konusunda ortak değerimiz olan sağlığa katkıda bulunan ve bulunması muhtemel herkesi yanımıza çağırıyoruz.

Aile hekimliği uygulaması ile ilgili tüm çalışmalar, Sağlık Bakanlığı ilgili birimlerinin, konularında uzman hekim ve öğretim üyelerinin, uzmanlık derneğinin, birinci basamakta çalışan hekimlerin geniş katılımlarıyla hazırlandı.

Çalışmaya katkıda bulunan herkese, bugüne kadar ülkemizde sağlığın ve sağlık sistemlerinin gelişmesine emeği geçen bütün hükümetlerimize, gönüllü kuruluşlarımıza, ülkemize destek veren uluslararası kuruluşlara, ilgili özel ve tüzel kişilere bu vesile ile teşekkürü borç biliyorum.

Tüm milletimizi içine alan sağlıklı yaşamının ön plana çıktığı aile hekimliği uygulamasının sağlayacağı faydalar ile hep beraber daha iyiye gideceğimiz inanç ve umuduyla hepinize saygılar sunuyorum.

PROF. DR. RECEP AKDAĞ
T.C. SAĞLIK BAKANI



1. GİRİŞ

Günümüzde sağlık, sosyal gelişmenin temel bir ögesi olarak kabul edilmektedir. Klasik olarak kişi başına düşen gelir, sanayileşme ve istihdam düzeyi, beslenme, altyapı, temel mal ve hizmetlerdeki tüketim düzeyi, eğitim ve sağlık gibi birçok sosyoekonomik ve kültürel göstergelerle açıklanan “kalkınma”, günümüzde başlıca eğitim ve sağlık göstergeleri ile belirlenmektedir. Çünkü bir ülkenin gelirinin yüksek olmasının veya çok mal tüketmesinin gelişmişlik göstergesi olarak yeterli olmadığına farkına varılmıştır. Yani artık eğitim ve sağlık sorunlarını çözebilmiş ülkelerin “kalkınmış” ülke oldukları kabul edilmektedir (Avrupa Birliği Amsterdam Belgesi, Madde 152).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ülkelerin “21. Yüzyılda Herkese Sağlık Hedefleri”ne ulaşabilmeleri için kendi önceliklerini saptayarak, acil eylem plânı yapmaları ve bu plânları düzenlerken aşağıdaki temel ilkeleri göz önünde bulundurmaları kararını almıştır:



AİLE HEKİMLİĞİ



- Sağlık, sosyal gelişmenin temel ögesidir.
- Sağlıkta eşitlik ve bütünlüğe özen gösterilmelidir.
- Sağlığın geliştirilmesi insan odaklı olmalıdır.
- Gelişmeler bilimsel yöntemlerle değerlendirilmeli ve izlenmelidir.
- Sağlığın bütün yaşam boyunca sürekliliği sağlanmalıdır.

Ülkemiz, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin sağlık sorunlarına sahiptir. Ülkemiz 21. yüzyıla sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde bir karmaşa ile girmiştir. Bu karmaşa hizmetlerin koordinasyonunda güçlükler sebep olmakta ve halkın sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanmasını engellemektedir. Sağlık Bakanlığı'nın önemli sorunlarından birisi aşırı merkeziyetçi yapıda örgütlenmiş olmasıdır. Sağlık personelinin ülke genelindeki dağılımı, merkeziyetçi yapının politik sebeplerle etkilenmesi, çalışanların bölge tercihleri ve gelişmemiş bölgelerde çalışmanın yeterince teşvik edilememesi gibi se-



beplerle yıllar içerisinde dengesizliğe yol açmıştır. Sağlık personelinin görev ve sorumluluklarını düzenleyen mevzuatın karmaşıklığı ve bazı konularda yetersizliği hizmet sunumunda karışıklığa ve bazen de keyfi uygulamalara yol açmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin herkese eşit ve etkili bir şekilde ulaşabilmesi için ülkemizde atılması gereken en önemli adımlardan birisi sağlık hizmetinin olması gereken basamakta verilmesidir. Eğer birinci basamak sağlık hizmetleri ülkemizdeki gibi ağırlıklı olarak fiilen ikinci basamakta veriliyorsa sağlık hizmetlerinde yaygınlıktan, eşitlikten ve verimlilikten söz etmek mümkün olamaz.

Sağlıklı yaşam insanların en doğal hakkıdır ve bu husus Anayasamızın 56. maddesiyle de teminat altına alınmıştır. Vatandaş odaklı düşünüldüğünde sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanma artık ertelenemez bir ihtiyaçtır.

Anayasamızda sağlıkla ilgili hükümler 56. maddede özetlenmiştir:

Madde 56: “Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir.

Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden plânlayıp hizmet vermesini düzenler.

Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.

Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.”

Sağlıkla ilgili temel yasalardan en önemlisi 1961 yılında yürürlüğe giren ve 1963 yılında uygulanmaya başlanan

224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”dur. Bu kanuna göre sağlık hizmetleri, nüfus esasına ve aşağıdan yukarıya doğru sağlık evi, sağlık ocağı, ikinci ve üçüncü basamak hastahaneler şeklinde hiyerarşik bir sıra içinde verilir. Ancak kanunun yürürlüğe girmesinden sonra yapılan uygulamalar plânlanan şekilde gerçekleştirilememiş, sağlık sorunları hedeflenen ve makul sayılabilecek ölçüde çözülememiştir.

Sağlık hizmetleriyle ilgili önemli diğer bir kanun da 3359 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu”dur. Bu kanunda, sağlık kurum ve kuruluşlarının yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde plânlanması, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi, sağlık personelinin dengeli dağılımı, gerektiğinde hizmet satın alınarak kaliteli hizmet arzı ve verimliliği esas alınır denilmektedir.

1978’de Alma-Ata bildirgesinden bu yana geçen çeyrek yüzyılda “herkese sağlık” düşüncesi, sağlık politikaları geliştirilmesinde ve sağlık sistemlerinin önceliklerinin belirlenmesinde önemli bir rol oynamış ve böylelikle temel sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi kabul görmüştür. Bildiri, tüm dünyada ve özellikle kalkınmakta olan ülkelerde, temel sağlığı teknik işbirliği ruhu içinde, yeni ekonomik düzeye uygun olarak geliştirmek ve yerleştirmek için, acele ve etkili çalışmaların yapılmasını istemektedir.

DSÖ’ne göre sağlık sistemi, herkese gerekli olan sağlık hizmetinin yüksek kalitede verilmesini sağlamalıdır. Bu hizmet etkili, karşılanabilir fiyatta ve sosyal kabul gören tarzda olmalıdır. Her ülke sağlık sistemini plânlarken bu faktörleri göz önünde tutarak sağlık sistemini kendisi geliştirmelidir.



2. SAĞLIKTA NEREDEYİZ?

Sağlık sistemleri, temel sağlık hizmetlerinin verilmesi, fiziki şartların ve insan kaynaklarının geliştirilmesi, hizmet ve yatırımların finansmanının sağlanması, plânlama ve politika geliştirme için veri toplanması gibi bazı temel fonksiyonları öncelikle yerine getirme özelliğinde olmalıdır. Bu bağımsız işlevlerin koordinasyonu ve yönlendirilmesi sistemin başarısını sağlayacaktır.

Aynı harcamaları yapan, aynı gelir ve eğitim düzeyindeki ülkelerde sağlık göstergelerinde önemli farklılıklar olduğu bilinmektedir. Fazladan yapılan harcamalar her zaman sağlık hizmet kalitesine ve göstergelere yansımamaktadır. Bazı sağlık hizmetleri elde edilen yarara göre son derece ucuzdur, bazı hizmetler ise çok az nüfusa sınırlı bir hizmet götürmesine rağmen son derece pahalı olabilmektedir. Eşitlik konusu da aynı derecede çarpıcıdır. Ödeme yapacak gücü olmayan hastalar ya tedavi alamamakta, ya aynı düzeydeki hizmetlere erişememekte veya bakım için daha uzun süre beklemek zorunda kalmaktadırlar.



Sağlık hizmetlerinin eşit sunumu, toplum sağlığına doğrudan olumlu olarak yansımaktadır. Sağlık sistemleri, öncelikli ihtiyaçları göz önünde bulundurarak mevcut kaynakların en verimli şekilde kullanılmasını sağlamalıdır. Böyle bir sonuca ulaşabilmek için, hizmetlerin etkili ve eşit sunumunu, maliyet paylaşımını, personel ve kaynakların dengeli dağılımını sağlayacak fonksiyonel alt yapı kurulmalıdır. Yurttaşların hasta olmasının mümkün olduğunca önlenmesi, hastanın sorununun olabildiğince ilk başvuru anında halledilmesi önemli adımlardır. Bir diğer önemli husus, hastayı ilk gören hekimden bölge hastahanelerine ve eğitim hastahanelerine kadar ulaşan iyi tanımlanmış ve iyi işleyen bir sevk sisteminin kurulmasıdır.

■ 2.1. Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Uygulamalarına Bakış

Avrupa Birliği, 2001-2006 için halk sağlığını iyileştirmeyi, hastalıkları önlemeyi ve sağlığı tehdit eden risk kaynaklarını ortadan kaldırmayı amaçlayan bir “Halk Sağlığı Programı” hazırlamıştır. Bu programa göre genel pratisyenler/aile hekimleri ön safta hizmet sunduğundan ve hastalar ile hayatın farklı düzlem ve koşullarında karşılaştıklarından, koruyucu sağlık uygulamalarında çok önemli bir yere sahiptirler. Programda hastaların aydınlatılmasının koruyucu sağlık uygulamalarında çok etkili olduğu dikkate alınarak, sağlık politikası belirleyicilerinden, ülkelerinde temel sağlık hizmetlerini organize ve finanse ederken, doktorların koruyucu hizmetler ile birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda etkili bir biçimde rol almalarını sağlamaları istenmektedir.

1978 Alma-Ata Konferansı'nın sonucunda tüm ülkelere temel sağlık hizmetleri yaklaşımı olarak, karmaşık ve uzmanlık gerektiren hizmetlerden ziyade, ulaşılabilir yani daha ucuz ve rasyonel olan verimli bir sisteme doğru ilerleme önerilmiştir. Ancak Alma-Ata Konferansı, temel sağlık hizmetleri ile bireye yönelik birinci basamak sağlık hiz-



metlerinin tamamını bir arada değerlendirmiş ve kavramsal bir karışıklığa neden olmuştur. 2000 yılı Dünya Sağlık Örgütü raporunda, bireye yönelik birinci basamak hizmetler ile temel sağlık hizmetleri arasındaki farkın daha net olarak ortaya konabildiğini görmekteyiz. Yaygınlaşan anlayışa göre temel sağlık hizmetleri yaygın olarak koruyucu sağlık hizmetini kapsayan, birinci basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetini de içinde barındıran sağlık hizmeti anlamında kullanılmaktadır. Bu hizmetlerin verilmesinde aile hekimleri ve aile sağlığı hemşireleri ana görevi üstlenmektedir.

Aile hekimliğinden esas kastedilen, bireylerin ve aile fertlerinin ikametlerinin yakınlarında ya da kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, ilk başvuracakları ve sağlık hizmetini alacakları doktorluk uygulamasıdır. Bu doktorlar, koruyucu hekimlik uygulamaları yanında ayakta tanı ve tedavi işlemlerinin büyük çoğunluğunu üstlenirler. Bu

hizmetleri bazı ülkelerde tıp fakültesinden mezun olan hekimler yürütürken, bazı ülkelerde genel tıp uygulamalarında uzmanlık eğitimi almış olan hekimler ve bazı ülkelerde de herhangi bir dalda uzman olan hekimler yürütmektedir. Tıp fakültesi eğitimi almış tıp doktorlarına “hekim” denilirken, aile sağlığı sahasında ayrıca eğitim alarak uzmanlaşan hekimler bazı ülkelerde “genel pratisyen”, bazı ülkelerde “aile hekimi / doktoru” olarak bilin-



mektedir. Bu kişiler aile bireylerinin şahsi doktorluğunu da yürüttüklerinden, konunun anlaşılması için uzman veya pratisyen ayrımı yapmaksızın tanımlanan hizmeti yürütecek doktorları “aile hekimi veya aile doktoru” olarak adlandırmayı uygun buluyoruz. Hizmetin uzmanlar tarafından verilmesi hedeflenerek, mevcut hekimlerin sürekli eğitimle uzman hâle getirilmesi ayrıca değerlendirilecek bir konudur.

Başarılı bir sağlık sisteminde hizmetin sunumu kadar, hastalara yol göstericilik ve çeşitli hizmet sunucuları arasındaki koordinasyon da önemli yer tutmaktadır. Aile hekimleri bireylerin sosyoekonomik düzeyi ne olursa olsun,



onlara verilen sağlık hizmetlerinde rehber, hizmet sunucusu ve koordinatör olarak görev yapacaklardır.

Vatandaşlarının sağlık seviyesini yükseltmek isteyen ülkelerin, uygulanabilir ve verimli bir koruyucu sağlık sistemi oluşturması ve bunun için temel sağlık hizmetlerine özel bir önem vermesi gerektiği açıktır. Aile hekimliği uygulaması böyle bir amacın gerçekleştirilmesinde son derece önemli bir yere sahiptir. Uygulandığı ülkelerde farklı düzeylerde de olsa bu amaca yaklaşıldığını görmek mümkündür. Ancak aile hekimliği de, farklı bölgelerde zamanla değişikliğe uğramakta ve gelişmektedir. Bu açıdan bakıldığında, aile hekimliği uygulamalarını statik bir model olarak görmek yerine, bölge ve ülke koşullarına göre değişiklik gösterebilen bir model olarak ele almak gerekir.

Sağlık sisteminin performansını artıracak aile hekimliğini geliştirme ve güçlendirme çalışmalarında, sağlık politikalarının geliştirilmesini önemli ölçüde etkileyen farklı bölgesel, kültürel ve ulusal özelliklerin göz önüne alınması gerekir. Ülkelerin farklı ekonomik, politik ve sosyal, kültürel özellikleri ile hastalık yükü ve epidemiyolojisi, uygun sağlık stratejileri oluşturma ve kaynakları belirleme noktasında önemli dinamikler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu yüzden aile hekimliği uygulamaları ülkeler arasında farklılık göstermektedir.

Birçok düşük gelirli ülkede aile hekimliği, toplum hekimliği ile iç içe âdeta temel sağlık hizmetleri ile eşanlamlı olarak anlaşılmaktadır. Temel sağlık hizmetleri buralarda sadece doktorlar eliyle değil hemşireler, ebeler, diğer sağlık çalışanları, hatta yöresel halktan eğitilmiş kişiler tarafından halka ulaştırılmaktadır. Özellikle kırsaldaki merkezden uzak yerlere temel sağlık hizmetinin ulaştırılmasında rol alan bu sağlık personeli, “temel sağlık hizmetleri personeli” olarak adlandırılmaktadır. Tıptaki hızlı gelişme gerekli bilgi düzeyinde çitanın sürekli yükselmesine neden olduğundan, temel sağlık hizmetlerinin bu anlayışla yürütülmesinin ne kadar kısıtlı olacağı ortadadır. İmkânların kısıtlı olduğu bu gibi ülkelerde aile doktorları-



nın etkili ve önemli bir görevi de, bu temel sağlık hizmetleri personelinin eğitimini sağlamak ve personeli hasta sevki konusunda bilinçlendirmektir.

Büyük politik sarsıntılar ve rejim değişikliği geçiren Bulgaristan gibi bazı ülkelerde sağlık sistemi de bir devrim mantığı ile değişikliğe uğramaktadır. Bu ülkelerin sağlık reformları içinde çoğu kez aile hekimliği uygulaması yer almaktadır. Başlıca dağınık sağlık finansman kaynaklarını toplama, desantralizasyon ve özel sektöre öncelik verilmesi diye özetleyebileceğimiz bu reformlar aceleci yaklaşımlar sonucunda, sorunlarını da birlikte getirmektedir. Uygulama çeşitliliği ve koordinasyon eksikliği, belirsizlik ve güvensizliğe yol açmakta ve reformun ana amacı olan herkese eşit ve erişilebilir sağlık hizmeti sunulması hedefinden sapılmaktadır. Hâlbuki aile hekimliğinin en önemli özelliği karmaşık, multidisipliner ve çok sektörlü olan sağlık sistemi içinde koordinatör görevi üstlenmesidir. Bu özelliği dikkate alınarak plânlanmış bir aile hekimliği uygulaması sorunların aşılmasında önemli rol oynayacaktır.

Bazı ülkelerde aile hekimliği uygulamasında kişi memnuniyeti ve sağlık harcamalarında tasarrufa gidilmesi gibi amaçlar ön plâna çıkarılmaktadır. Bunlar aile hekimliği uygulamasının getireceği temel avantajlardır. Ancak amaca yönelik uygulamaların bu noktada toplanması durumu avantajlı olanların sağlık hizmetinden yararlanması, yoksulların ise göz ardı edilmesi gibi bir açmazı yol açabilir. Bu açıdan kontrol mekanizmalarının kurulması ve sistemin bir bütün olarak ele alınması gerekir. Kişiyi kendi hekimini seçme özgürlüğünün tanınması ve yüksek kalitede fakat maliyeti kontrol altına alınmış bir sağlık hizmetine bütün vatandaşların erişiminin sağlanması hedeflenmelidir. Bu tarz bir uygulama halkın sistemi daha kolay benimsemesine yol açacaktır. Bir yandan halkın eğitilmesi, diğer yandan aile doktorlarının bilimsel açıdan ve gelir açısından desteklenmesi entegre bir sağlık sisteminin oluşturulmasında önemli rol oynayacaktır.

Yukarıda sözü edilen farklı önceliklerin ve uygulama çeşitliliklerinin ülkeler bazında net olarak, ayrı ayrı örneklendirilmesi çok kolay değildir. Birçok ülkede bu örneklerin birden fazlası farklı derecelerde bir arada bulunabilmektedir. Bundan dolayı sağlık sistemi plânlayıcılarının kendi toplumlarındaki farklı özelliklere göre temel ihtiyaçları belirleyerek aile hekimliği sistemini biçimlendirmesi gereklidir. Ülkemizin sosyal, kültürel, ekonomik, politik ve coğrafi koşullarına uygun olarak uygulama farklılıklarının yapılması doğaldır.



2.1.1. Farklı Aile Hekimliği Uygulamalarından Örnekler

Sözü edilen temel prensiplerin en iyi hayata geçirilebildiği aile hekimliği hizmetleri farklı ülkelerde değişik modeller halinde verilmektedir.

2.1.1.1. Hollanda

Hollanda'da sosyal güvenlik sistemi sigortacılığa dayanmaktadır. İki çeşit sağlık sigortası mevcuttur. Birincisi (AWBZ), toplumun %100'ünü kapsar ve uzun süreli ve

pahalı hastalık tedavilerini garanti eder. Diğer (ZFW) ise toplumun %60'ını kapsayan hastalık fonu sistemidir. Her iki sistem de zorunludur. Hastalık fonu sistemi (ZFW) sadece düşük gelirli ve riskli yaştakilere (65 yaş üstü) uygulanmaktadır. Toplumun geri kalan %40'ı ise temel sağlık hizmetleri ve kısa süreli hastalıklar için özel sigorta yaptırmaktadır. Sağlık harcamaları kişi başı yıllık gelirin %9'unu oluşturmaktadır.



Hollanda'da temel sağlık hizmetleri anlayışı diğer Avrupa ülkelerinde olduğundan daha fazla hizmet alanını kapsamaktadır. Bu kavramın içine ayakta tedavi ve ruh sağlığı hizmetleri ile evde bakım hizmetleri de girmektedir. Bunlar farklı kuruluşlar tarafından yürütülmektedir. Bu kuruluşlar genel tıbbi hizmetler yanında, iyileştirici hizmetler, anne hemşireliği, bakım hemşireliği, ilaç tedavileri gibi hizmetleri de vermektedir.

Genel pratisyenlerin (aile hekimlerinin) %47'si serbest ve tek başına çalışmaktadır. Gittikçe daha fazla hekim takımlar halinde, sağlık merkezlerinde grup çalışması veya



ortaklıklar şeklinde çalışmayı tercih etmektedir. Kabaca 7.000 genel pratisyenin 625'i (dispensing doctor) eczacılarla eşit şekilde ilâç da temin etmektedir.

Hastalık sigortası sisteminde acil durumlar gibi bazı özel durumların dışında, hasta, dalında uzman olan hekime gitmeden önce genel pratisyene başvurmak zorundadır. Hemen hemen bütün özel sigorta şirketleri bu kuralı uygulamaktadır. Bu yüzden genel pratisyen sağlık sisteminin girişinde yer almakta ve diğer hizmet sunucularına erişimi ve sevk sistemini yönetmektedir. Ulusal istatistiklere göre bir kişi ortalama yılda 4,5 kez genel pratisyene başvurmaktadır.

Bir genel pratisyene düşen nüfus sayısı ortalama 2.300'dür. Hastalar sağlık sigortasında tanımlanan hizmetleri sağlayan herhangi bir aile doktorunu seçmekte özgürdür. Hastalık fonu sistemine tâbi kişilerin tercih edeceği aile doktorlarının fon ile anlaşmalı olması gerekir.

Genel pratisyen hekim sigortalı kişilerin sigortasından kendisine kayıtlı kişi başına (per capita) ücret ile birlikte sınırlı sayıda hizmet başı ücret alırken, ayrıca kendine başvuran özel hastalardan da hizmet başına ücret alabilmektedir. Aile hekiminin teorik olarak 2.350 hastaya hitap edeceği varsayımı üzerine gelir hesaplaması yapılmaktadır. Kişi başı prim, hastanın 65 yaşını aşkın olmasına, riskli bölgede yaşamasına ve uygulanan bazı işlemlere göre değişiklikler gösterebilmektedir.

2.1.1.2. Danimarka

Danimarka'da sağlık sigortası sistemi bütün vatandaşları kapsamaktadır. Ancak iki tip sigorta mevcuttur. Toplunun %97'sini kapsayan birinci tip sigortalılar öncelikle kendilerine bir aile doktoru seçmek zorundadır. Aile doktoruna veya aile doktorunun sevk ettiği serbest uzmana ya da hastahaneye herhangi bir ücret ödemezler. Aile doktorlarını 6 aydan sonra değiştirme hakları vardır. İkinci tip sigortalılar ise aldıkları sağlık hizmetinin bir kısmını ödemektedirler. Bunların aile doktorlarını seçme ve de-



ğıştırmelerinde bir sınırlama yoktur. Herhangi bir aile doktoruna veya diğer branşlardaki uzman hekime doğrudan başvurabilirler. Aile doktorundan sevk zorunlulukları yoktur. Bu tür sigortalılar başvurdukları doktorun ilave ücret talebini kendileri karşılarlar. Doktor temel ücreti hizmet başına ücretlendirerek sigortadan alır.

Danimarka'da her aile doktoru ortalama 1.600 hastanın sürekli sağlık bakımından ve takibinden sorumludur. Anne ve çocuk takibi, rutin muayeneler, çocukların aşılanması ve gerektiğinde uygun ilaçların yazılması gibi hizmetler ofiste veya evde yürütülmektedir.

Danimarka'da şu anda 3.300 aile doktoru vardır. Bir aile doktoru her hasta ile yılda ortalama 6 defa buluşmaktadır. Hastaların öncelikle kendi bölgelerindeki doktorları seçmesi tercih edilmektedir. Ancak anlaşmazlık olması halinde hasta uzaktaki bir doktoru da aile doktoru olarak tercih edebilmektedir. Genellikle doktorların 2.066'dan fazla hasta kaydetmemesi öngörülse de, doktor sayısının yoğun olmadığı yani alternatif sıkıntısı çekilen yerlerde bu sınır aşılmaktadır. Birinci tip sigortalı sayısının aile doktoru başına 1.306'yı geçmesi durumunda o bölgede yeni bir aile doktorunun çalışmasına izin verilmektedir. Tamamen sigorta sisteminin dışında kalan doktorlar da çalışmaktadır. Ancak bu doktorlardan hizmet alan hastaların bütün ücreti ödemeleri gerekir.

Aile doktoru ayrıca mesai saatleri dışındaki acil sağlık hizmetlerinden de sorumludur. Bunun için her bölgede mesai dışı nöbet sistemi uygulanmaktadır. O bölgedeki aile doktorları eşit olarak bu sorumluluğu paylaşmaktadır.

2.1.1.3. İngiltere

İngiltere'de temel sağlık hizmetleri yıllardır önem verilen bir uygulama alanıdır. Hastanın ilk başvuru yeri temel sağlık hizmetlerinin verildiği aile doktorlarıdır (genel pratisyenler). Temel sağlık hizmetleri doğrudan tıbbi hizmetlerin yanında toplum sağlığı hizmetlerini, hastahane acil servislerinde verilen hizmetleri, diş ve göz sağlığı hizmet-



lerini de kapsamaktadır. Böyle geniş kapsamlı olarak tanımlanan temel sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar İngiltere Sağlık Bakanlığı (National Health System, Ulusal Sağlık Sistemi) harcamalarının %33'ünü oluşturmaktadır.

1996'dan önce İngiltere, Galler, İskoçya ve Kuzey İrlanda'da farklı otoriteler aile sağlığı hizmetlerini organize etmekteydi. Bu tarihten itibaren bu dört ülke tek bir sistem altında birleştirilmiştir.

Aile hekimliği hizmetleri büyük oranda serbest sözleşmeli doktorlar tarafından sağlanmaktadır. Diş sağlığı ve mümkün olan yerlerde göz sağlığı hizmetleri hizmet başı ücretlendirilirken, genel pratisyenlerin ücretlendirilmesinde karmaşık bir sistem uygulanmaktadır.

Genel pratisyenler tarafından kendilerine kayıtlı hastalara (bazen başka hekimlerin üzerine kayıtlı hastalara) verilen sağlık hizmetleri genel tıbbi hizmetler olarak adlandırılmaktadır. Sağlık otoritesinin ödediği miktarın dışında hastalar herhangi bir ödeme yapmamaktadır. Temel sağlığa ayrılan ödeneğin %30'u genel tıbbi hizmetlere, yani aile hekimliği uygulamalarına harcanmaktadır.



Bütün sağlık harcamaları genel bütçeden vergi gelirleri ile karşılanmaktadır. Hastaların herhangi bir ücret ödemesi söz konusu değildir. Bu yüzden hastaların birinci basamak sağlık hizmetine erişiminde parasal bir engel bulunmamaktadır. Yılda yaklaşık 300.000.000 doktor başvurusunun %95'i genel pratisyenlere olmaktadır. Bunların da %90'ının tedavisi baştan sonuna kadar genel pratisyen tarafından tamamlanmaktadır. İngiltere'de bir hasta ortalama yılda 5 defa aile doktoru ile görüşmektedir. Bu görüşmelerin %12'si hastanın evinde, diğerleri ise ofiste veya telefonla gerçekleşmektedir. Her bir genel pratisyenin yılda 1.800 kayıtlı birey ile toplam 9.000 görüşme yaptığı görülmektedir.

Genel pratisyenler tek başına çalışabilecekleri gibi, diğerleri ile birleşerek grup çalışması da yapabilirler. İngiltere'de bu grup çalışması %80 oranındadır. Bunların çoğu da ortaklıklar şeklindedir. Ayrıca her geçen gün hekim dışı sağlık personelinin genel sağlık uygulamaları alanında istihdamı artmaktadır.

Herkes kendi aile hekimini seçebilmektedir. Aynı şekilde genel pratisyen de başvuran kişiyi listesine alıp almakta serbesttir. Bazı şartları yerine getiren kişi kaydını yaptırabilir. Ancak genel pratisyenin hastaları sadece sağlık otoritesinin belirlediği kişiler değildir; geçici oturma izni almış yabancılar da bu hekimlere kayıt yaptırabilmektedir. Bu kişilere aile plânlaması, anne ve çocuk sağlığı hizmetleri, minör poliklinik hizmetleri yanında travma ve acil hizmetleri de ücretsiz verilmektedir.

İngiltere'de genel pratisyenlerin ücretlendirilmesi farklı şekillerde olmaktadır. Gelirlerinin yarıdan fazlası listelerinde kayıtlı kişi başına ödeme şeklinde, kalanı ise yaptıkları işe (hizmet başı ödeme) endekslidir. Belirli düzeyde çocuk aşılması ve servikal sitoloji takibi gibi bazı hizmetler ayrıca ücretlendirilmektedir. Ayrıca genel pratisyenlerin personel, bilgisayar gibi ofis malzemeleri ve diğer direkt harcamaları doğrudan karşılanmaktadır. Ortaklıklar şeklindeki grup çalışmalarında genel pratisyenlerin



geliri listeye göre veya hizmete göre olmak yerine ortaklık anlaşmasına dayalı olarak paylaşılmaktadır.

NHS 1991'den beri yerel ekonomiye farklı bir anlayışla açılarak sağlık hizmet sunucularını aynı zamanda fon yöneticisi şeklinde sistem içine alan bir uygulamaya girmiştir. Örneğin, 5.000'den fazla kayıtlı hastası bulunan genel pratisyenlere sağlık otoritesinin yerine sağlık fonlarının yöneticisi olma hakkı tanındı. Bu hekimlere sabit bir bütçe verilerek, kendi hastalarının ayakta tanı hizmetlerini, ilaçları ve elektif cerrahi hizmetlerini de içeren bazı hastahane hizmetlerini kendilerinin karşılaması sağlandı. Bu uygulamalar çeşitli bölgelerde pilot olarak devam etmektedir. Hekimlerin kontratlarının devam edebilmesi için kendilerine verilen bütçeyi iyi yönetmeleri gerekmektedir. Böylece sistemin tasarruf etmesi hedeflenmektedir. İngiltere'de sağlık ekonomisinde yeni denge unsurlarını devreye sokmayı amaçlayan bu tür farklı arayışlar mevcuttur.

Birinci basamak hekimleri için performansa dayalı bir ödeme sistemi öngören yeni bir sözleşme, hekimlerin

%70'inin katıldığı oylamada katılımcıların %80'i tarafından kabul görmüştür. Bu, İngiltere'deki birinci basamak hekimlerinin sundukları hizmetin kalitesine göre bir ödeme sistemini kabul etmede ne kadar istekli oldukları şeklinde yorumlanmaktadır.



2.1.1.4. Almanya

Almanya'da toplumun %90'ından fazlası sağlık sigortası kapsamı altındadır. Temel prensipler bakımından sağlık sigortası ayakta hasta bakımı için doktor seçme özgürlüğü tanımakta, bunun için genel pratisyen veya diğer uzmanlık dalları ayrımı yapılmamakta ve bazı istisnalar dışında sağlık hizmetleri ücretsiz verilmektedir. Yazılan ilaç bedelinin, fizyoterapi hizmetlerinin, hastahane yatılan ilk 14 günlük hizmetin ve kural dışı hastahaneye başvurma bedelinin bir kısmı hasta tarafından karşılanmaktadır.

Almanya'da aile hekimliği hizmetleri genel pratisyenler, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları, iç hastalıkları uzmanları ve hastanın tercihi ve öncelikli ihtiyacı dikkate alınarak seçilen diğer uzman hekimler tarafından yürütülmektedir. Genel pratisyenlerle diğer uzmanlar arasındaki dengenin genel pratisyenler aleyhine gittikçe açıldığı gözlenerek yeni doktorların genel pratisyenliğe teşvik edilmesi tartışılmaktadır.

Temel sağlık hizmetlerinde öncelik tanımlanmış koruyucu hekimlik programlarıdır. Örneğin, 4 yaşına kadar çocuk takibi, yıllık kanser taraması bunların arasında yer almaktadır. Ayrıca genel pratisyenler sosyal tıp, acil hekim-



liğı, sağlık danışmanlığı ve iş sağlığı hekimliği konularında yer edinmek için çalışmaktadır. Bazı genel pratisyenlerin ofisleri iç hastalıkları uzmanlarının ofisleriyle kıyaslanacak şekilde iyi donatılmıştır. Ancak birinci basamak hekiminin vereceği sağlık hizmetinin sınırlı olması kaçınılmazdır.

Almanya'da Ocak 1996'dan beri geleneksel hizmet başı ödeme sistemi değiştirilmiştir. Ödeme sistemleri hâlâ değişim halindedir. Hizmetleri sınırlayabilmek için ödeme sistemi aşamalı yapılmıştır. Örneğin belli sayıda hizmete ödenen ücret bu sayı aşıldıktan sonra düşmektedir. Ayrıca doktorların gereksiz işlem yapmasını önlemek için bireysel bütçeler oluşturulmaktadır. Ayakta hasta bakımları, ilaçlar, fizyoterapi, ergoterapi, konuşma tedavisi gibi hekimlik dışı tedavi uygulamalarına sevk edilen hastalar için sabit bütçeler oluşturulmaktadır. Ancak hizmetlerin ücretleri bölgelerde verilen hizmet sayısına göre azalıp artabilmektedir.

2.1.1.5. Polonya

Polonya'nın Krakow şehrinde 1996 yılında ilk adımları atılarak uygulanmaya başlayan olan aile hekimliğinde, doktorlara ödeme, kayıtlı kişi başına yapılmaktadır. Bu miktara uzman hekim konsültasyonuna ödenecek ücret, minör cerrahi müdahaleler ve basit laboratuvar testleri dahildir. Kontratta doktorun sorumlu olduğu ve yakın bölgede oturan hastaların listesi mevcuttur. Ailelerin doğan çocukları otomatik olarak doktorun listesine eklenmektedir. Ancak aile doktorları kendi listesinde yer alan ailelere mektup göndererek onların teyidini istemekte, bazı bölgelerde aktif negatif cevap, bazı bölgelerde de aktif pozitif cevap esas alınmaktadır. Aktif pozitif cevap uygulamasında kişilerin hekimlere kayıt olma istekleri üzerine hekime kayıt gerçekleşirken, aktif negatif kayıt uygulamasında hekimlere belli sayıda nüfus bağlanmakta, kişiler bu hekime bağlı olmak istemezlerse kayıtlarını başka bir hekime aktarabilmektedirler. Temel sağlık hizmetleri, uzmanlık hizmetleri, laboratuvar ve rehabilitasyon hiz-

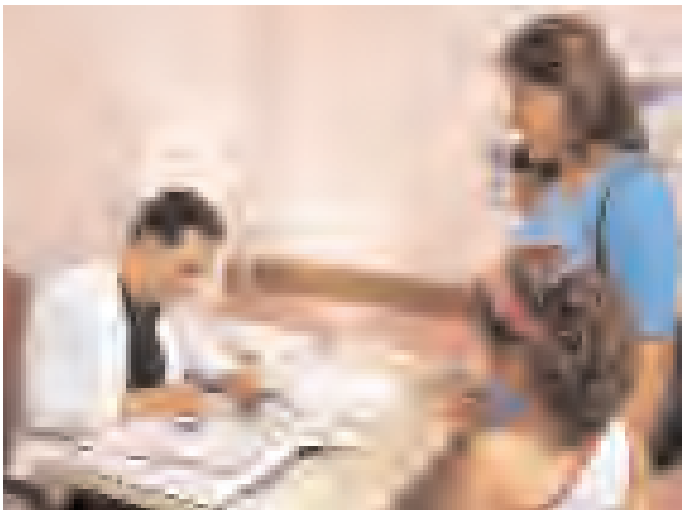


metleri dahil kontratta yer alan bütün hizmetler hastalara ücretsiz verilmektedir. Aile doktorunun sevk etmesi halinde şehir içinde yürütülen diğer uzmanlık hizmetleri, hastahane hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri için hastalardan ücret talep edilmemektedir.

Aile doktorları haftada 5 gün, saat 8:00 ile 18:00 arasında hizmet vermek zorundadır. Bazı aile doktorları 24 saat hizmet vermekte veya mesai dışında nöbetçi hekim bulundurmaktadır. Her hekimin 2.500 hastaya ulaşınca ya kadar en az 2 hemşire çalıştırması zorunlu tutulmaktadır. Ödeme temelde kişi başı yapılmaktadır. Ancak kişiler 6 yaş altı, 6-59 yaş arası ve 60 yaş üstü olmak üzere 3 yaş grubuna bölünerek kapitasyon primleri belirlenmektedir. Bebek ve çocukların primi %130, yaşlıların primi ise %150 olarak kabul edilmektedir. Her ay tahakkuk miktarı şehir yetkili makamına fatura ile bildirilmekte ve doktorlara geri ödeme 14 gün içinde yapılmaktadır.

2.1.1.6. Çek Cumhuriyeti

Çek Cumhuriyeti'nde 1 Ocak 1993 tarihinde zorunlu sağlık sigortasına geçilmiştir. Vergiye dayalı sağlık hizmetle-





rinden sağlık sigortası finansmanlı sağlık hizmetlerine geçiş sağlık çalışanlarının sağlık sigortası sisteminin getirilmesini desteklemeleri sonucu hızlanmıştır. Günümüzde bu hizmetler dokuz sağlık fonundan karşılanmaktadır. Sistem eşitlik ve beraberliğe dayanmaktadır. Bireylerin, işverenlerin ve devletin (işsizlerin, emeklilerin, çocuklara 26 yaşına kadar velilerinin, öğrencilerin, doğum sonrası ayrılanların, orduda çalışan erkeklerin, mahkumların, sosyal yardım alanların ödemelerini devlet yapmaktadır) katkılarıyla finanse edilmektedir. 1990'lardaki geçiş döneminde finansman desteği devlet btcesinden, belediyelerin btcesinden, kişisel ödemelerle, bağışlarla ve sağlık sigorta fonundan sağlanmıştır.

Sağlık hizmetleri sunumu bölgesel bazda sunulmaktadır. Bölge sağlık bürosu o bölgede yaşayan vatandaşların kendi seçmiş olduğu birinci basamak hekimine ulaşıp sağlık hizmeti alabilmesi için gerekli şartları oluşturmakla yükümlüdür. İstenirse anlaşma yapılmış olan hekimler vatandaşlarca 6 ay sonunda değiştirilebilir. ek Cumhuriyeti'nde birinci basamakta 4 hekim tipi hastayla temas kurmaktadır. Erişkinler için pratisyen hekimler, ocuk ve gençler için pratisyen hekimler, mobil jinekoloji hizmeti veren pratisyen hekimler ile ağız ve diş sağlığı hekimleri.

Doktorların birinci basamak sağlık hizmeti verme lisansları ek tıp odası tarafından kontrol edilmekte ve bölge sağlık brularınca onay verilmektedir. Doktorlar daha sonra sigorta fonlarıyla anlaşma imzalamaktadır. Genelde tek başlarına çalışmaktadırlar ya da birkaç doktor bir araya gelerek sağlık merkezi veya poliklinik şeklinde uzmanlık gerektiren hizmetler yanında temel sağlık hizmeti verebilmektedirler. Merkezlerin mülkiyeti belediyelerdedir ve bir müdürlüğe bağlıdır. Bu merkezler özel hekimlerce kullanılacaksa kira ödemesi istenmektedir.

Temel sağlık hizmetleri kapsamında genel sağlık, anaocuk sağlığı, jinekoloji, ağız ve diş sağlığı, hemşirelerce verilen evde bakım hizmetleri, 24 saat acil sağlık hizmetleri ve koruyucu hekimlik çalışmaları (aşılama, tarama vb



çalışmalar) yer almaktadır. Bu merkezler oldukça donanımlıdır (EKG, USG, sıklıkla röntgen cihazları). Laboratuvar hizmetleri de vermekte, hemşire, fizyoterapist istihdam edebilmektedirler. Temel sağlık hizmetleri veren hekimlerin çalışma şartları değişiklik göstermektedir. Uzman başvuru oranları da oldukça yüksek seyretmekte ancak düşürülmeye çalışılmaktadır. Bazı birinci basamak hekimleri uzmanlık gerektiren hizmetler de vermektedirler. Bu hizmetler Avrupa Birliği'ne uyumlu şekilde verilen birinci basamak eğitimi öncesi ve sonrası yapılabilecek sigorta kapsamı dışındaki hizmetlerdir.

2.1.1.7. Bulgaristan

Bulgaristan parlamentosu 1998'de Sağlık Sigortası Kanunu'nu kabul etti. Bu kanunla Bulgaristan'da zorunlu ve gönüllü sağlık sigortası başlatıldı. Zorunlu sağlık sigortası, sosyal sağlık koruma sistemidir. Zorunlu sağlık Sigortası, Ulusal Sağlık Sigorta Fonu (National Health Insurance Fund – NHIF) ve bunun bölgesel bölümleri olan Bölgesel Sağlık Sigorta Fonları (Regional Health Insurance Fund – RHIF) tarafından uygulanır ve bir sağlık hizmet paketi garanti edilmiştir. Gönüllü sağlık sigortası isteğe bağlıdır. Bu sigorta hizmetleri, Ticaret Kanunu'na uygun olarak tescilli şirketler tarafından verilir.

Yeni sistemin amacı, Bulgaristan'da doktor ile hasta arasındaki karşılıklı ilişkide kesin ve açık kurallar oluşturmaktır. Bu çerçevede bazı temel hedefler şunlardır: Her Bulgar'a sağlık sisteminin her seviyesinde ulaşılabilir sağlık hizmetini garanti altına almak, hastalara yüksek kalitede tıp hizmeti sağlamak, hasta memnuniyeti için doktorlar ve sağlık kurumları arasında rekabet oluşturmak, sağlık sigorta sisteminde çalışanlara yeterli ve memnun edici ücret temin etmek.

Bulgaristan'da zorunlu sağlık sigortası, Sağlık Sigorta Kanunu'nun 5. maddesinin temel prensipleri ile uyumlu olarak yürütülür. NHIF bir halk organizasyonudur. NHIF'nin yapısı "Fonlar onları sağlayanlar tarafından yö-



netilmelidir” inancına uygun olarak oluşturulmuştur. NHIF Temsilciler Kurulu Yönetimi, “işverenler, devlet ve sigortalı kişiler” üçlüsü üzerine temellendirilmiştir. Sağlık için paylaşılmış sorumluluk prensibi, primlerle ya da sağlık riskinden sorumlu olan devlet, belediyeler, işverenler ve çalışanların ödemeleri ile garanti edilmiştir.

Sağlık Sigortası Kanunu’na göre her sigortalı, kendi sağlığı için belirlenmiş zorunlu koruyucu muayeneler için düzenli ziyaretlerle sorumluluğu yüklenmektedir. Daha yüksek düzeyde bir sağlık sorumluluğu oluşturmak amacıyla sigortalılar kişisel prim / ücretle olaya katılmaktadır.

Ülke için tespit edilen asgari ücretin %1’i her muayene için aile doktoruna ödenir. Ülke için tespit edilen asgari ücretin %2’si hastahane de kalınan her bir gün için (yıllık 20 günü geçemez) ödenir. Özel bazı hastalığı olanlar, işsizler, askerler, gaziler, her hangi bir hastalığı ya da sakatlığı nedeniyle askere alınmayanlar, fakirler, huzurevi gibi merkezlerde kalanlar bu ödemelerden muaftır.

Avrupa sosyal sağlık sistemlerinin ana ihtiyacı tıbbî hizmetlere ulaşılabilirliktir. Tıbbî hizmetler garanti paketi çerçevesinde tüm sigortalılar, tıbbî hizmetlere erişimde eşit



haklara sahiptir. NHIF, yapısal olarak bir halk kuruluşu olarak oluşturulmuştur ve halk sağlığından ayrılmıştır. NHIF, farklı bir yasa ile kurulmuştur ve ekonomik olarak ülke bütçesinden bağımsızdır. Sigortalıların haklarını korumak için, yönetimde sigortalıların temsilcileri görev alır.

Sağlık Sigorta Yasası'na göre, NHIF ile sağlık hizmeti sağlayıcılar arasındaki finansal ilişki ile ilgili sözleşme iki seviyeli: Ulusal (Ulusal Çerçeve Kontratı-National Framework Contract-NFC) ve bireysel. Bazı sağlık hizmeti sağlayıcılar sağlık sigorta fonu ile sözleşme yapmak istemeyebilir; bunlara NHIF tarafından hizmetlerine karşılık ödeme yapılmaz. Ayrıca belirlenen hizmet kalitesine ulaşamayan sağlık hizmeti sağlayıcılarla yapılmış sözleşme NHIF tarafından feshedilebilir. Yeni sağlık sigorta sistemi ile tıbbi hizmet sağlayıcıların serbestçe seçimi garanti altına alınmıştır. Mevcut bölge tabanlı tıbbi hizmet onayı ortadan kalkmıştır. Bu nedenle sigortalının, NHIF ile sözleşme yapılmış olan özel ve kamu doktorlarından sağlık hizmeti alma hakkı vardır.

Aile hekimlerinin sundukları sağlık hizmetinin ücretlerini belirlemede Bulgar Hekimler Birliği'nin sigorta ile yapılan pazarlıklarda tek taraf olarak belirlenmiş olması ve uzlaşmadan uzak tutumu nedeni ile sağlık hizmetlerinin sunum sürecini zora sokmuştur. Aile hekimlerinin istediği ücretlerin ikinci basamakta çalışan uzman hekimlere göre yüksek olması, aile hekimlerinin istedikleri ücreti elde edememesi, hastahane hekimlerinin bu ücretlere tepki göstermesi ve hastahanelerin reform sürecine ayak uyduramamaları kişilerin sağlık hizmetlerine erişiminde zorluklara yol açmıştır. Ancak pazarlık sürecinde tarafların karşılıklı verdiği tavizler sonucu sıkıntı büyük ölçüde giderilmiştir.

2.1.1.8. Küba

Küba'da yaşayan tüm nüfus sağlık güvencesi kapsamındadır. Tüm sağlık hizmetleri ücretsiz olarak sunulmaktadır. Koruyucu hizmetlere ağırlık verilerek ülkenin sağlık

göstergeleri yüksek seviyelere çekilebilmiştir. Sağlık hizmetleri 68.000'den fazla doktor eliyle verilmektedir. Bu doktorların 32.000'i tüm kırsal alanı da kapsayacak şekilde aile doktoru olarak hizmet vermektedir. Yaklaşık olarak 1.000 kişiye 6 hekim düşmektedir. Bir aile doktoru ise ülke ortalaması olarak yaklaşık 500 kişiye sağlık hizmeti sunmaktadır. Aile hekimleri sağlık merkezlerinde olduğu gibi mahalle aralarına dağılmış muayenehanelerde de çalışmaktadır. Her aile doktorunun bir hemşiresi vardır. Aile doktorlarının dört temel görevi vardır: Koruyucu sağlık hizmetleri, aşılama, sağlıklı yaşamayı teşvik ve rehabilitasyon hizmetleri. Ayrıca diğer uzman hekimler düzenli aralıklarla aile doktorlarının muayenehanelerine uğrayıp burada konsültasyon taleplerine cevap vermekte, aile doktorunun çalışmalarını incelemekte ve sürekli eğitimlerini sağlamaktadır.



Kişiler sağlık hizmetinden yararlanmak için aile doktorlarına, polikliniklere ve hastahanelere doğrudan başvurabilmektedir. Her polikliniğin bir bölgesi vardır ve aile doktorları bu polikliniklere bağlı olarak çalışmaktadır. Aile doktorları toplum ile içiçe çalışmaktadır. Halk doğrudan hastahanelere başvurma hakkına sahip olmasına rağmen başvuruların çoğu aile doktorlarına olmaktadır. Aile doktorları muayenehanelerinde hasta kabul etmelerinin haricinde sık sık ev ziyaretleri yapmakta, gebe ve çocuk takibine özen göstermektedirler.



AİLE HEKİMLİĞİ



Küba'da klinik uzmanlık eğitimine başlayabilmek için önce tıp fakültesi sonrası iki yıllık aile doktorluğu eğitimini tamamlamak şarttır.

2.1.1.9. Finlandiya

Finlandiya'da sağlık hizmetlerinden faydalanabilmek için mecburi sağlık sigortası olan KELA'ya kaydolma mecburiyeti vardır. Buraya kaydolmayanlara kamunun sağladığı diğer hizmetlerden faydalanmada da kısıtlama getirilmektedir. Sağlık giderleri merkezi ve yerel idarelerin topladığı vergilerce karşılanmaktadır, ancak ücretlerin %35'ine varan sağlık primi kesilmektedir, ayrıca işveren de bu miktara katılım sağlamaktadır.

Sağlık hizmeti yerel idarelerce sunulmaktadır. Her bölgede bulunan sağlık merkezlerinde her hekimin bir bölgesi vardır. Bu bölgede yaşayanlar genel pratisyen olarak çalışan bu hekimler vasıtası ile sağlık sistemine giriş yapmaktadırlar. Hekimler tıp fakültesinden mezun olduktan sonra 6 yıllık uzmanlık eğitimi ile genel pratisyen ünvanı almaktadırlar. Genel pratisyenler iki hekim, bir hemşire ve bir tıbbi sekreterden oluşan ekipler halinde çalışmaktadırlar.



Kişiler kendi bölge hekimlerinin dışında özel muayenehanelerde ve işyerlerinde çalışan hekimlerden de hizmet alabilmektedir. Bekleme sürelerinin uzun olması nedeni ile kişiler bölgelerindeki hekimler yerine özel muayenehanelere giderek artan oranda başvurmaya başlamıştır. Bunu engellemek için Mart 2004'te yürürlüğe giren bir yasa çıkarılmıştır. Bu yasaya göre birinci basamak sağlık merkezinde muayene olmak için 3 günden uzun süreye randevu verilmeyecektir. Bu süre hastahane muayeneleri için 3 hafta olarak belirlenmiş, ameliyatlar için ise 6 aydan uzun bekleme listesi oluşturulmayacağı hükmü getirilmiştir.

Birinci basamaktaki sağlık hizmetleri koruyucu hizmetler, sağlıklı yaşamı teşvik programları tedavi ve rehabilite edici hizmetler olarak sunulmaktadır. Sağlık istasyonları adı verilen birinci basamak sağlık merkezlerinde bir yıl içindeki ilk üç muayene için muayene başına 11 Euro ücret alınmaktadır. Bu istasyonlarda acil gözlem yatakları, rehabilitasyon hizmeti veren mekanlar, tetkik ve görüntüleme imkanları da bulunmaktadır.

Kişilerin hastahaneye sevkı gerekirse genel pratisyen ilgili uzmandan veya klinikten ranevu almaktadır.

■ 2.2. Türkiye’de Temel Sağlık Hizmetlerine Bakış

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin önemli bir özelliği merkezi plânlama ve yönetimle yürütülmesidir. Ülkenin dört bir yanına dağılmış olan sağlık kuruluşları başta Sağlık Bakanlığı ve SSK olmak üzere bağlı oldukları kurumların merkez örgütleri tarafından Ankara'dan yönetilmeye çalışılmaktadır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı olan yaklaşık 650 hastahane, 6.000 sağlık ocağı, 6.000 faal sağlık evi ve diğer kuruluşlar Bakanlık merkezi tarafından yönetilmektedir. Bunların yapımı, onarımı, işletilmesi, personel ihtiyacı, hizmetin plânlaması ve denetimi gibi işleri ya doğ-



rudan merkezden ya da taşra teşkilâtı aracılığıyla yürütülmektedir. Ancak, il örgütlerine devredilen bazı yetkiler de olsa bu yetkiler henüz sınırlıdır. Bu hantal yapı içinde hizmetlerin yürütülmesi ve geliştirilmesi güçleşmektedir.

Aynı sağlık hizmetleri, aynı ailelere, çok çeşitli kurum ve kuruluşa bağlı birimler tarafından verilmektedir. Örneğin, aşılama hizmetleri aynı kişilere sağlık ocağı, ana ve çocuk sağlığı merkezi, kamu hastahaneleri, kurum hekimlikleri, özel hekimler, özel poliklinik ve hastahaneler tarafından verilmektedir. Bu da hizmetlerde çift uygulamalara veya işin sahipsiz kalmasına, lojistik plânlamalarda güçlüklerle ve istatistiksel değerlendirmelerde sorunlara neden olmaktadır.

Sağlık hizmetleri sistemi hem finans açısından hem de hizmet sunumu açısından parçalı bir yapıdadır. Çok çeşitli bütçe ve bütçe harici kaynakların mevcudiyeti, farklı hizmet sunumları çok katmanlı bir sisteme yol açmıştır. Ülkemizde neredeyse sağlık hizmeti vermeyen kamu kurumu yok gibidir. Bazı bakanlıklar, PTT ve Emniyet Genel Müdürlüğü gibi iktisadi kamu kurumları, bazı bankalar, Silahlı Kuvvetler, üniversiteler, bazı belediyeler, SSK gibi kurumlar kendi hastahane ve dispanserlerinde sağlık hizmeti vermektedirler.

Bu hizmet anlayışı ve karmaşası içinde birinci basamak sağlık hizmetleri adeta dışlanmış, unutulmuş, sistem dışına itilir hale gelmiştir. Bu karmaşık yapı yüzünden yönetim ve denetim gücü içinde sunulan hizmetlerin sunumu verimlilikten uzaktır.

Tedavi ve rehabilitasyon açılarından birinci basamak sağlık hizmetlerinin verimli olarak sunulamaması, bu görevlerin daha çok ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları tarafından üstlenilmesi sonucunu doğurmuştur. Mevcut durum, sevk sisteminin de sağlıklı bir biçimde işletilememesine yol açmıştır. Bu durum ikinci basamak sağlık kurumlarında baş edilemez bir hasta yoğunluğu-



na, dolayısıyla sağlık hizmeti sunumunda tıkanmalara yol açmaktadır. Özellikle kentsel bölgelerde, mevcut sağlık ocaklarının ilk başvuru noktaları olarak kullanılmaması önemli sorun alanlarından birini oluşturmaktadır. Hastahanelerdeki yığılmalar karşısında gayriresmi ödemeler

gibi istenmeyen ve etik olmayan durumlar ortaya çıkmaktadır. Gayriresmi ödemeler, ödeme gücü zayıf olanların sağlık hizmetlerine erişimini zorlaştırmaktadır.

Hekim ve yardımcı sağlık personelinin ülke genelinde dağılımı hem bölgeler açısından hem de aynı il içinde kırsal – kentsel bölge açısından farklılıklar göstermektedir. Büyük kentlerde hekim başına düşen nüfus 500'ün altına düşebilirken, bazı ilçelerde 15-20 binlere çıkabilmektedir. Bilhassa büyük kentlerde biriken sağlık personeli, atıl bir kapasitenin oluşmasına yol açmıştır. İstanbul'da ise çelişkili olarak pratisyen hekim azlığı dikkat çekicidir.

Mevcut ücret politikasında çalışan kişilerin performansı dikkate alınmadan herkese eşit ve yetersiz ücret ödendiğinden, hizmet üretenler teşvik edilememiştir. Kamu sağlık hizmeti sunumunda vatandaş açısından hekim seçme özgürlüğünün olmaması, hekim açısından da seçilmenin bir getirisinin bulunmamasının yanında ilave iş yükü getirmesi negatif rekabet ortamına neden olmaktadır. İyi ve kaliteli hizmet üretenle çalışmayan aynı kefeye konulduğundan, kişiler başlangıçtaki motivasyonlarını zamanla kaybetmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde yürürlüğe konulan uygulamalar sonucunda çalışan sağlık personelinin teşvik eden, performanslarına göre, birinci basamakta özellikle koruyucu sağlık hizmetlerindeki başarılarına göre de ele geçen ücret bakımından ödül-



lendiren uygulama başlatılmıştır. Sözleşmeli personel ve performansa dayalı döner sermaye ek ödeme uygulamaları ile mahrumiyet bölgelerinde çalışan veya iş yükü ağır olan personeli ödüllendirmeye yönelik ilk adımlar atılmış durumdadır.

10 Temmuz 2003 tarihinde kabul edilen “Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması” ile ilgili kanun ile eleman temininde güçlük çekilen yerlerde ve hizmet dallarında sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülebilmesini temin etmek üzere sözleşmeli personel istihdamının yolu açılmıştır. Bu kanun çerçevesinde 15.000 sağlık personeli için kadro alınmış ve 2004 yılı başında hizmete başlamışlardır. Bu sağlık personeli kadroları ile özellikle kırsal kesimde tercih edilmeyen yerleşim birimlerindeki personel sıkıntısının aşılması ve bu sayede hekimi olmayan sağlık ocağı kalmaması hedeflenmiştir. Daha yüksek ücret öngörülerek sağlık personelinin bu bölgede çalışmasının özendirilmesi ve teşvik edilmesi sağlanacaktır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu için nüfusa dayalı örgütlenme modelleri birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de denenmiş, ancak performansa dayalı ödüllendirme, bölgelere göre özendirme ve hizmet rekabetini



teşvik edici unsurlar göz önüne alınmadığından bu modellerden yeterince verim alınamamıştır. Sağlık personelinin ve oluşturulan kurumların yerinde, yeterli ve etkili kullanılmaması, toplumun sağlık göstergelerinin istenen düzeye ulaşamaması ile sonuçlanmıştır. Ülkemizin demografik verileri ve sağlık göstergeleri gerek önlenabilir ölümler, gerekse korunulabilir hastalıklar yönünden sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetlerin yeterince sunulmadığını göstermektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri, esasında insanların sağlığını birey bazında koruyup, tedavi ve rehabilite eden sağlık hizmetleri için kullanılması gereken bir terimdir. Adının çağrıştırdığı gibi ilk başvuru aşaması olmalıdır. Bu hizmetler, toplum sağlığını hedef alan hizmetlerle birlikte ele alınarak temel sağlık hizmetleri çerçevesinde kabul edilegelmiştir. Ülkemizde bu hizmetlerin hepsinin sağlık ocağında yürütülmesinin plânlanması, bu iki görev tanımının birbiri içine girmesine neden olmuş, hastalık nedeniyle başvuruların cevaplanmasında yaşanan güçlükler toplum sağlığı hizmetlerinin ikinci plâna atılmasına yol açmıştır.

Atıkların yetersiz denetimi sonucu su, hava ve toprak kirlenmesinin boyutunun giderek arttığı bir gerçektir. Gıda kontrol hizmetlerinde Tarım Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve Belediyeler arasında yetki karmaşası süregelmiştir. Gıda mühendisliği, çevre mühendisliği gibi özel uzmanlık alanları gelişmiş, hatta bu hizmet alanları farklı bakanlıklar olarak örgütlenmişken bu sorumluluğun hala sağlık ocağınca yerine getirilmeye çalışılması mevcut durumla yüz yüze gelmemize neden olmuştur. Gıda denetimi ile ilgili hizmetlerin Tarım ve Köyişleri Bakanlığına devri, Hıfzıssıhha laboratuvarları ile Çevre ve Orman Bakanlığı'nın işbirliği içinde çalışması bu hizmetlerin konunun uzmanları eli ile verilmesini sağlayarak sağlık teşkilatının yükünü azaltmıştır.

Hizmetlerin paylaşılması yerine bir elde toplanması, çağın hızlı gelişmelerine ve branşlaşmaya ayak uydurula-



maması ile birlikte birinci basamak sağlık kuruluşlarımızdaki insan kaynağı sıkıntısı ve dengesiz dağılım, hizmet kalemlerinde öncelik belirleme sorunu oluşturmuştur. Toplumsal talepler, daha çok başvuran hasta bireyin sorununa odaklandığından, bireyin sorunu yeterince çözemediği gibi, toplum sağlığına yönelik uygulamalar da gittikçe artan oranda ihmal edilir olmuştur.

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde yürütülen çalışmalar ile “her hekime bir muayene ofisi” hedefinde muayene odası sayısı iki katına çıkartılmıştır. Gerek yeni açılan sağlık ocakları gerekse sağlık ocaklarına ek mekan kiralamaları ile toplam hizmet birim sayısı hızla artırılmaktadır. Performansa dayalı döner sermaye ek ödemeleri ile sağlık ocaklarında hasta kabulü ve tedavisi teşvik edilmektedir.



3.SAĞLIK HİZMETLERİ İLE İLGİLİ TANIMLAR

Sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli sunumunda dünyada genel kabul gören yöntem, hizmetin uygun basamakta verilmesidir. Bu anlayışta, hizmetin genel olarak iki veya üç aşamada verilmesi benimsenmiştir. Ancak bu basamaklı hizmetler, ülkeler arasındaki tanımlama ve organizasyon farklılığı nedeni ile bazen farklı algılanmakta, hatta tercüme farklılıklarından kaynaklanan karışıklıklar da doğmaktadır.

Bu karışıklığı gidermek için, Dünya Aile Hekimleri / Genel Pratisyenler Dernekleri Birliği olan WONCA, 2001 yılı kongresinde bir çalışma grubu toplamış, değişik yorum ve tanımlamaların ortak bir terminoloji altında birleştirilmesi için çalışmalar yürütmüştür. WONCA bu çalışmaların sonucunda belirlenen tanımlamaları “The European Definition of General Practice / Family Medicine” adı ile bir kitapçık halinde 2002’de yayınlamıştır.

Ülkemizdeki mevcut durumda, 12.1.1961 tarih ve 10705 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanmış olan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’un



sağlık hizmetinin yürütülmesine ilişkin olan 13'üncü maddesi, bu basamaklı hizmeti sağlık ocağı, sağlık merkezi ve hastahane zinciri içinde tanımlamaktadır.

Uzmanlık hizmetleri birinci basamakta verilmeyip, genellikle hastahanelerde ya da gezici kurumlarda dar bir alanın uzmanları tarafından verilen hizmetler biçiminde tanımlanabilir. Birinci basamak hizmetlerin tanımı ise daha güçtür. ABD'de buna yönelik bir girişim sonucu en az 92 ayrı tanıma ulaşılmıştır. Benzer biçimde Avrupa'da da birinci basamak sağlık hizmetlerinin tanımı ülkeden ülkeye değişmektedir. Birinci basamak tanımları kavram, düzey, hizmetin içeriği, süreci ve ekip üyeleri gibi açılardan değerlendirilmelidir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı çeşitli belgelerde de temel sağlık hizmeti ve birinci basamak sağlık hizmeti kavramları bakımından tam bir netlik olmadığı görülmektedir. Bu iki kavram çoğu zaman birbirinin yerine kullanılmaktadır. Bu dokümanda temel sağlık hizmeti, birinci basamak hizmeti ve yeni dönemde kullanılacak kavramlar ve karşılıkları için aşağıdakiler önerilmektedir.



■ 3.1. Temel Sağlık Hizmeti

Temel sağlık hizmeti genel anlamıyla koruyucu sağlık hizmetlerini önemli bir oranda kapsayan, esasen birinci basamakta verilen, birinci basamak sağlık hizmetini de içinde barındıran sağlık hizmetidir. Alma-Ata Konferansı'nın sonucunda tüm ülkelere temel sağlık hizmetleri yaklaşımı olarak, karmaşık ve uzmanlık gerektiren hizmetlerden ziyade, ulaşılabilir yani daha ucuz ve rasyonel olan verimli bir sisteme doğru ilerleme önerilmiştir. Ancak Alma-Ata Konferansı, temel sağlık hizmetleri ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin tamamını bir arada değerlendirmiş ve bir karışıklığa neden olmuştur. Temel sağlık hizmetleri herkes için gerekli olan sağlık hizmeti olarak anlaşılmaktadır.

■ 3.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti

Toplum sağlığına yönelik hizmetler ile bireysel koruyucu, tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleridir. Kişilerin sağlık sisteminden ilk hizmeti alış noktasıdır.

■ 3.3. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşu

Hastahane müdahalesi gerektiren acil durumlar (trafik kazası, travma, kalp krizi vb) dışında, hastanın ilk teması geçtiği sağlık personelinin bulunduğu ve genellikle kişinin yaşadığı toplumsal çevre içinde bulunan sağlık kuruluşudur.

■ 3.4. Birinci Basamak Hekimi

Hangi disiplinden olursa olsun birinci basamak sağlık kurumunda çalışan hekimdir.



■ 3.5. Genel Pratisyenlik / Aile Hekimliği Disiplini

Genel Pratisyenlik / Aile Hekimliği, kendi eğitim müfredatı, araştırmaları, kanıta dayalı klinik uygulamaları olan, birinci basamak sağlık hizmetine yönelmiş akademik ve bilimsel bir disiplin ve klinik uzmanlık dalıdır.

■ 3.6. Aile Sağlığı Merkezi / Aile Sağlığı Birimi

Aile doktorlarının hizmet verdikleri sağlık kuruluşlarıdır.

■ 3.7. Genel Pratisyen / Aile Hekimliği Uzmanı

Genel Pratisyenler / Aile Hekimliği Uzmanları, disiplinin prensiplerine göre eğitilmiş uzman klinisyenlerdir. Yaş, cinsiyet ve hastalığa bakmaksızın her kişiye öncelikli olarak kapsamlı ve devamlı hizmet vermekle sorumlu kişisel doktorlardır. Kişilere ailelerini, toplumlarını ve kültürlerini göz önünde tutarak hizmet verirler. Topluma ilişkin mesleki sorumluluk taşırlar ve toplum sağlığı merkezleri ile işbirliği içinde hizmet verirler.

■ 3.8. Aile Doktoru / Aile Hekimi

Aile hekimliği uygulaması yapan aile hekimliği uzmanları ve geçiş dönemi boyunca öngörülen eğitimleri alan diğer hekimlerdir.

■ 3.9. Aile Dış Hekimi

Birinci basamak koruyucu, tanı ve tedavi hizmetlerini uygulayan dış hekimidir.



■ 3.10. Aile Sağlığı Elemanı

Aile hekiminin / Aile dış hekiminin yanında en az bir kişi olmak üzere çalışacak olan sağlık personelidir. Bu kişi veya kişiler çalışma koşullarının özelliğine göre ebe, hemşire, sağlık memuru, acil tıp teknisyeni, tıbbi sekreter veya laboratuvar teknisyeni olabilir. Hemşire ve sağlık memurunun yaptığı işler dışında basit laboratuvar tetkiklerini yapabilecek ve aile sağlığı merkezindeki tıbbi sekreterlik işlerini yürütebilecek şekilde yetiştirilmiş kişidir.

■ 3.11. Uzman Hekim

Hangi disipline olursa olsun mezuniyet sonrası uzmanlık eğitimi almış hekimdir.

■ 3.12. Toplum Sağlığı Merkezi

Her ilçede en az bir tane olmak üzere görev yapan, toplum sağlığı ve idari hizmetler ile eğitim ve denetim faaliyetlerini yürütecek olan sağlık merkezleridir. Halkın sağlık eğitimi, bulaşıcı hastalıklarla savaş, çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, okul sağlığı hizmetleri, aşı ve aile planlaması araçları dağıtımı ve yaygın bağışıklama hizmetleri, laboratuvar, radyoloji ve diğer tanı hizmetleri, sağlık personelinin hizmet içi eğitimi, adli tabiplik, toplum taramaları, ve tıbbi istatistiklerin toplanması bu merkezler tarafından aile hekimleri ile eşgüdüm içinde yürütülür.

■ 3.13. Toplum Sağlığı Uzmanı / Toplum Sağlığı Hekimi

Toplum sağlığına ve çevreye yönelik sağlık hizmetleri, idari görevler ve verilen diğer görevleri uygulayan Halk Sağlığı / Toplum Sağlığı Uzmanları ve geçiş dönemi boyunca öngörülen eğitimleri alan diğer hekimlerdir.



■ 3.14. 112 Acil Yardım İstasyonu

Sorumlu olduğu bölgenin acil müdahale, ilk yardım ve ambulans hizmetlerini kesintisiz olarak veren istasyonlardır.

■ 3.15. İkinci Basamak Sağlık Kuruluşu

Kişilerin birinci basamakta teşhis veya tedavi edilemeyen hastalıkları nedeniyle, birinci basamaktan sevk edilerek sağlık sorunlarına çözüm getirmeyi amaçlayan, belli dallarda uzmanlaşmış hekimlerin görev yaptığı, teknik donanımı yüksek yataklı veya yataksız sağlık tesisidir. Çoğunlukla birden fazla uzmanlık dalına hizmet verir, ancak Doğum Hastahaneleri veya Çocuk Hastahaneleri gibi hastalık türü, yaş veya cinse göre hizmet veren sağlık kuruluşları da ikinci basamak sağlık kuruluşudur.

■ 3.16. Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşu

Ana dallar veya yan dallar konusunda sağlık ve eğitim hizmetinin yürütüldüğü, genellikle ikinci basamaktan sevk ile gelen hasta grubuna hizmet vermeyi hedeflemiş sağlık kuruluşudur.

■ 3.17. Yerel Sağlık İdaresi

Toplum sağlığına ve çevreye yönelik sağlık hizmetleri ve idari görevler ile aile hekimlerinin denetim ve koordinasyonunu sağlayan il ve ilçelerde örgütlenmiş sağlık yönetim birimidir.



4. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI'NDA BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ

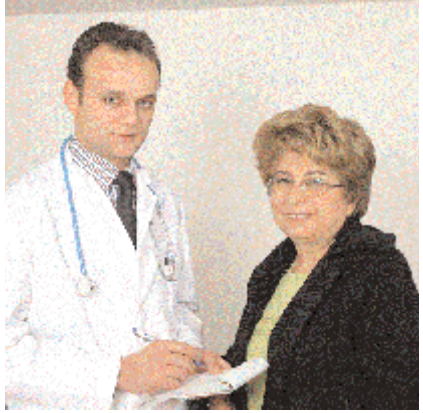
Doğan her canlı, sağlıklı yaşama hakkı ile birlikte dünyaya gözlerini açar. Bu hakkın korunabilmesi için olabildiğince kaliteli ve yeterli sağlık hizmetini vatandaşlarına sunmak, devletin ve hükümetlerin görevidir. Hükümetlerin bu görevlerini yerine getirmedeki başarısı, toplumun gerçek sağlık ihtiyaçlarına; ülkenin coğrafik, ekonomik ve kültürel koşullarına uygun düzenlemeler yapmasına bağlıdır. Cumhuriyet tarihimiz boyunca bu doğrultuda önemli adımların atıldığını söyleyebiliriz. Ancak sağlık hizmetinin sunulmasında evrensel ve bilimsel yaklaşımların korunabilmesi zaman zaman politik yaklaşım ve müdahalelerle zora sokulabilmektedir. Atılmak istenen kararlı adımların yeniliğe dirençli siyasal ve ekonomik kaygı ile beslenmiş engellemelerle karşılaşabildiği bir gerçektir.

Ülkemizde temel sağlık hizmetleri alanında iyi tasarlanmış ve performansa yönelik bir sağlık sistemi anlayışı bulunduğunu söyleyemeyiz. Sağlık hizmetlerinde perfor-



AİLE HEKİMLİĞİ

mans değeri-
lendirmesi,
sağlık ekibinin
tümünün ba-
şarısının de-
ğerlendirilmesi
ve kısa dö-
nemde hizmet
çıktılarının,
uzun dönem-
de halkın sağ-
lık düzeyindeki
gelişmelerin
ölçülmesi biçiminde olmalıdır.



Mevcut sağlık sistemimizdeki aksaklıklar konusunda hemen herkes fikir birliği içindedir. Bunların düzeltilmesi ve mevcut yapının rehabilite edilmesi öncelikler arasındadır. Temel sağlık hizmetlerinin kurumsal konumunun diğer hizmet düzeyleri üzerinde belirleyici etkiye sahip olacağı bir yapıya kavuşturulması gereklidir. Bu konuda yapılacak dönüşümün çıkış noktası genelde toplumu oluşturan bireylerin, özelde ise hastaların ve sağlık çalışanlarının durumlarını iyileştirmek olacaktır.

Kırsal bölgelerde sağlık ocaklarının üstlendiği fakat personel yetersizliği, motivasyon eksikliği gibi nedenlere bağlı olarak yeteri kadar başarılı olamadığı kişiye ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin desteklenmesi önem arz etmektedir. Bu hizmetler görev tanımlarında netleşme, teşvik unsurlarının devreye sokulması ve geziel sağlık hizmetleri ile desteklenerek geliştirilecektir. Kent bölgelerinde yetersizliği daha belirgin olan bu hizmetlerin yaygın, örgütlü ve disiplinli şekilde yürütülmesini sağlayacak yapılanma gerçekleştirilecektir.

Sağlık örgütlenmesi olabildiğince sade, erişilebilir, yaygın, denetlenmesi ve koordinasyonu kolay olmalıdır. Birinci basamakta, mevcut dikey ve yatay örgütlenmeler harmonize edilecek, çalışanların görev tanımları, yetki ve



sorumluluk sınırları netleştirilecektir. Aile hekiminin kendi biriminde ve sorumluluk alanında, toplum hekiminin de Toplum Sağlığı Merkezi ve bunun sorumluluk alanında birer ekip başkanı olduğu bilinci yerleşecektir. Ekip liderinin görevi, bir yandan kendi eğitimini sürdürürken, birlikte çalıştığı ekip üyelerini sürekli olarak denetlemek, hizmet içi eğitimlerini sağlamak, onların mesleksel ve kişisel gelişimini sağlayarak hizmetin verimliliğini artırmaya çalışmaktır.

Temel sağlık hizmetlerinde sorumluluk paylaşımı ve bireye gerekli değerin verilmesi, sisteme eşit ve kolay erişimin sağlanması başarı için önemli faktörlerdir. Bu sebeple bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin bireylerin kendi seçecekleri doktorlar tarafından yürütülmesi hedeflenmektedir. Bu sayede doktor, aile üyeleri ile yakın ve kişisel ilişkiler kuracak ve sağlık eğitiminde, hastalıkların önlenmesinde, sağlık düzeyinin iyileştirilmesindeki rolü güçlenecektir. Bu konunun önemi, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'un gerekçe metninde şöyle vurgulanmaktadır: “Tababet aslında serbest meslek halinde gelişmiş, hastanın tabibini seçmekte hür olması hasta tabip münasebetlerini teşkil etmiştir. Çünkü sağlık ve hayatı tehlikede bulunan bir kimsenin güvendiği ve kendini iyi edeceği bir tabibe tedavi olması maneviyatını daha çok yükseltir ve şifa bulmasına da yarar. Bunun aksi ise hastanın maneviyatını bozabilir. Ve bu hal onun sağlık durumuna da kötü tesir eder.”

■ 4.1. Amaç ve Hedefler

Çağdaş sağlık sistemlerinin önde gelen amaçları arasında, birinci basamak sağlık hizmetlerine öncelik vererek, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği ve bu hizmetlerden herkesin ihtiyacı oranında yararlanmasını sağlamak ve böylece kişilerin yaşam kalitelerini ve sağlık standartlarını yükseltmek yer almaktadır.



Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel amaçları sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde; organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasının temin edilmesidir.

Etkililik, uygulanacak sistemin, halkımızın sağlık düzeyini yükseltmesi amacını ifade etmektedir. Sağlık hizmetinin sunumundaki en büyük hedef insanların hastalanmasının önlenmesi olmalıdır. Bu amaca ulaşmanın göstergesi epidemiyolojik verilerde sağlanacak ilerlemelerle mümkün olacaktır. Örneğin, anne ve çocuk ölümlerinin azaltılması ve doğumda beklenen yaşam süresinin artırılması bu amaca ulaştığımızın somut göstergeleri olacaktır.

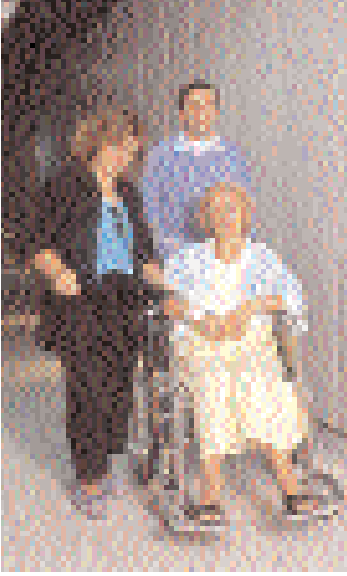
Verimlilik, kaynaklarımızı uygun şekilde kullanarak maliyetleri düşürüp, aynı kaynakla daha fazla hizmetin üretilmesidir. Koruyucu hekimlik uygulamaları ve insan kaynaklarının uygun dağılımı, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, sağlık işletmeciliği bu esas çerçevesinde değerlendirilmelidir. Ülkenin tüm sektörel kaynaklarının iyi yönetimi verimliliği artıracaktır. Bu çerçevede ödeme gücü olmayanların sağlık harcamalarını devletin üstlenmesi esastır.

Hakkaniyet, bütün insanlarımızın sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarının ve hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında sağlık sigortası yoluyla katkıda bulunmalarının sağlanmasıdır. Gerek farklı sosyal gruplar, gerek kırsal - kent ve gerekse doğu - batı arasında sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık göstergeleri ile ilgili farklılıkların azaltılması hakkaniyet amacı kapsamında yer almaktadır.

Bu amaçlara ulaşmak için birinci basamak sağlık hizmetlerinin çağdaş bir yaklaşımla yeniden düzenlenmesi, yaygınlaştırılması ve tüm toplum bireyleri tarafından tercih edilebilir bir şekilde sunulması hedeflenmektedir. Herkesin kendi seçebileceği, kolayca erişebileceği, herhangi bir engelle karşılaşmaksızın danışabileceği, başvurabile-



AİLE HEKİMLİĞİ



ceği bir aile doktorunun olması bu yaklaşımın ana unsurlarının başında gelmektedir.

Ülkemizde yürütülmekte olan sağlık politikalarında kalıcı izler bırakan Prof. Dr. Nusret Fişek'in ifadeleriyle: "Kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri ile ayakta ve evde hasta tedavisi hizmetleri bir arada (entegre olarak) yürütülmelidir. (...) Entegre örgütlenme

modelinin en basiti çağdaş aile hekimliğidir. Çağdaş aile hekimi, ailedeki çocukların periyodik muayenelerini ve aşılarını yapar. Annelere çocuk bakımını öğretir. Yaşlıların -varsa gebelerin- periyodik muayenelerini yapar ve gereken önerilerde bulunur. Aile bireylerine sağlık, ev hijyeni ve kişisel hijyen konularında eğitim yapar. Evde hastalanan varsa onları tedavi eder veya gerekiyorsa bir uzmana veya hastahaneye gönderir." (Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Yayınları, Ankara, 1985)

Dünya Sağlık Örgütü, 2010 yılına kadar insanların aile ve topluma dayalı temel sağlık hizmetlerine daha iyi ulaşabilmesini, 21. yüzyılda "Herkes İçin Sağlık" hedefleri arasında saymaktadır. Bu hedefi gerçekleştirmeyi amaçlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı, aileye dayalı temel sağlık hizmetlerini ve topluma dayalı temel sağlık hizmetlerini, görevleri net tanımlanmış ve gerekli eğitim ve beceri ile donanmış ekipler eliyle, entegre bir şekilde sunmayı öngörmektedir.



Toplumun tüm bireylerine ulaşılabilmesi için, ülke gerçekleri doğrultusunda, eğitilmiş ve coğrafi açıdan dengeli dağılmış sağlık ekipleri tarafından sunulması gereken birinci basamak sağlık hizmetleri için yeniden yapılanma ihtiyacı göz ardı edilemez. Aile hekimliğinin hedefi, birinci basamak sağlık hizmetlerini, profesyonel bir ruhla ve toplumun katılımını sağlayacak bir biçimde, bireyin yaşadığı ve çalıştığı yerlerde koruyucu, tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici yönleri ile birlikte sunmaktır.

Sağlık hizmeti sunumunda, hizmetten yararlanan bireylerin memnuniyeti önemlidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sürekli eğitimle geliştirilmesi ve güçlendirilmesi, çalışan hekimler ile diğer sağlık elemanlarının özendirilmesi, birey ihtiyaçlarının göz önünde bulundurularak koruyucu sağlık sistemine ağırlık verilmesi ve kabul edilebilir sevk sisteminin uygulanması ana ilkelerdir. Bu ilkelerin hayata geçirilmesi ikinci basamakta yığılmayı engelleyecek ve gerçekten ikinci basamakta tedavi edilmesi gereken hastalara yeterince zaman ayrılmasını sağlayacaktır. Birinci basamak hizmetlerinin etkili bir şekilde verilebilmesi, toplumun hastalık yükünü azaltmasının yanı sıra, ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşlarımızın da daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti ve sağlık eğitimi vermelerine fırsat tanıyacaktır.

4.2. Neden Aile Hekimliği?

Aile hekimi anne karnındaki fetüsten, ailenin en yaşlısına kadar bütün aile fertlerinin sağlığı, sağlık sorunları ve hastalıklarından sorumludur. Birinci basamak sağlık hizmetini aşan sorunlar için diğer uzman hekimler, diş hekimi, diyetisyen gibi kişilere hastayı yönlendirerek, koordinator görevini üstlenir. Dolayısıyla kendisine kayıtlı kişilerin aynı zamanda sağlık danışmanı, bu konuda onlara yol gösteren ve onların haklarını savunan kişi konumundadır.

Uygulanan ülkelerde aile hekimliği sayesinde kişi memnuniyeti artmış, hekim birey ilişkisi süreklilik kazanmıştır. Örneğin İngiltere, Danimarka ve Avustralya gibi ülkelerde bir aile hekiminin hastası ile olan ilişkisinin ortalama süresi 8-13 yıl arasındadır.

Aile hekimi, aile bireylerinin ikametlerine genellikle yakındır ve kolay ulaşılabilir konumdadır. Hizmet verdiği toplumu her yönüyle tanır; aile, çevre ve iş ilişkilerini değerlendirir. Ailenin bütün bireylerinin sağlık durumlarını, yaşama koşullarını, dolayısıyla koruyucu sağlık uygulamalarının ve sağlık eğitiminin bu bireylere nasıl uygulanabileceğini en iyi bilen kişidir. Bu doktorlar, kendi sorumluluğu altındaki bireyleri bir hastalık çerçevesinde değil, bütüncül bir yaklaşımla riskler, sağlık koşulları, psikososyal çevre ve mevcut diğer akut veya kronik sağlık sorunları ile birlikte bir bütün olarak değerlendirir.

Aile hekimliği kayıtları sağlıkla ilgili araştırmalarda çok değerli bir veri kaynağıdır. Sevk zincirinde önemli oranda başarı sağlar. Hastalıkların uygun basamaklarda ele alınmasını ve tedavisini mümkün hale getirir. Sevk gerektiğinde, kişinin sağlık bilgileriyle birlikte doğru uzmanlık dalına ve doğru merkeze gitmesini sağlayarak, yüksek maliyetli ikinci basamak sağlık hizmetlerinin daha etkili ve ekonomik biçimde kullanımını sağlar. Bu açıdan aile hekimliği aynı zamanda birçok yanlış yönlendirmeyi, düzensizliği, gereksiz sağlık harcamasını, ikinci basamakta gereksiz yığılmayı, kuyrukları ve hasta mağduriyetini engeller.



Organ veya sisteme yönelik ön yargılı bir yaklaşım yerine bütüncül bir sağlık hizmeti yaklaşımını öngörür; multidisiplinerdir. Güvene dayalı iletişim kurar. Sorunları fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleriyle ele alır. Aile hekimliğine dayalı hizmetin yürütülmesinde "hasta" değil "kişi", anlayışı esas alınır. Bu görüşten hareketle, aile hekimi beraberindeki ekibi ile birlikte ilgi alanındaki kişilerin sağlık düzeyini yükseltmekten sorumludur. Hekim ve diğer aile sağlığı elemanları yalnızca kendilerine başvuran hastalara tedavi hizmetleri ile sınırlı hizmetleri vermekle yetinmeyecek, hasta ya da sağlam herkese sağlık hizmeti verecektir.

Birey merkezli olmasının yanında bütünleştiricilik, süreklilik, aile ve topluma yönelik olma özellikleri nedeniyle aile hekimliği sağlık sisteminin önemli bir yapı taşıdır. Gittikçe artan orandaki yaşlı nüfusun temel sağlık hizmeti gereksinimleri, onları tanıyan ve kolay ulaşabilecekleri aile doktorları vasıtasıyla çok daha etkili olarak karşılanabilmektedir.

Bu yaklaşımın, çok daha hızlı ve sağlıklı tanı konması ve uygun tedavi yönteminin seçilmesine yardımcı olacağını söylemek mümkündür. Her bireyin sağlığının bir takipçisi olması, hastaların doktora kolay erişebilmesi ve hızlı hizmet alabilmesi, hastalarımızın sağlık hizmetine erişebilmek için başvurmak zorunda kaldığı sistem dışı erişim yollarını da ortadan kaldıracaktır.

4.3. Aile Hekimi / Aile Doktoru Kimdir?

Aile hekimi, kişiyi ailesi ve içinde yaşadığı toplum ile birlikte bir bütün olarak ele alarak koruyucu sağlık hizmetleri ile tedavi hizmetlerini bir arada sunan ve kendi sorumluluğu altındaki kişilerin hem biyolojik, hem ruhsal, hem de sosyal yönleriyle ilgili olan, kişilerin kendi seçtikleri hekimidir. Aile hekimi ile kişi arasında sürekli bir ilişki bulunması ve bu ilişkinin her iki tarafın da isteği doğrultusunda



sürdürülmesi esastır. Aile hekimi kişinin sağlığını emanet ettiği, her türlü sağlık sorununda danışmanlık aldığı, sağlığının korunması ve sorununun giderilmesi için ilk başvurduğu hekimdir.

Bazı orta ve yüksek gelirli ülkelerde bile aile hekimliğinin bir tıp disiplini olarak uygulanmasında, hatta algılanmasında sorunlar yaşanmaktadır. Bu yüzden, tıp fakültesinden mezun olan hekimlerin, aile hekimliğini bir uzmanlık dalı olarak tercih etmesini özendirecek ortam her yerde bulunmamaktadır. Ülkemizde de aile hekimliği uzmanlık dalı bulunmasına rağmen, bu uzmanlık önceleri bir süre yabancı dil ile, daha sonra ise bilim sınavıyla başlanabilen ve ihtiyacın altında uzmanlık öğrencisi alan bir bilim dalı olmaktan öteye geçememiştir. Bu yüzden aile hekimlerinin görev alanına giren hizmetler, pratisyen hekimler tarafından verilmektedir. Böyle durumlarda tıp fakültesinden her mezun olanın bu sorumluluğu taşıması gerektiği kabul edildiğinden tıp eğitiminin halkın önemli sağlık ihtiyaçlarının üstesinden gelecek tarzda yönlendirilmesi gerekir. Böyle bir eğitimle hekimlerin bu görevi üstlenmesi veya ileri bir uzmanlık disiplini altında aile hekimliği eğitiminin verilmesi seçenekleri ülke koşulları dikkate alınarak tartışılabilir. Ülkemizde bu görevler tıp fakültesinden mezun olan hekimlere yüklenmesine rağmen, fakülteleri-



mizde ağırlıklı olarak Tıpta Uzmanlık Sınavına yönelik bir eğitim verilmektedir. Bu noktada tercihlerin netleştirilmesi ve belirlenen hedeflere yönelik olarak lisans ve uzmanlık düzeyinde tıp eğitiminin yeniden şekillendirilmesi gerekir. Aile hekimliği uygulamasının hekimler için cazip, halk tarafından kabul edilebilir ve erişilebilir hâle gelmesi için eğitim, yasal alt yapı düzenlemeleri ve teşvikle sistem dönüşüme tabi tutulmalıdır.

4.3.1. Aile Hekiminin Görev ve Sorumlulukları

Aile hekimleri kendilerine bağlı bireylerin sağlıklarının korunmasından ve hastalandıklarında tedavi edilmelerinden birinci derecede sorumlu kişilerdir. Bireylerin acil durumlar dışında sağlık sistemine giriş kapısını oluştururlar. Kendisine kayıtlı kişilerin sağlık kayıtlarını tutmak, bağışıklama ve diğer koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamaktaki tanı ve tedavi hizmetlerini üstlenmek, ikinci ve üçüncü basamak bakımlarını koordine etmek aile hekiminin görevleridir. Ulusal ve bölgesel sağlık hedef ve önceliklerinin plânlanmasına yardımcı olmak üzere gereken bildirimleri üst kuruluşlara yapmak ve plânlama sonucunda merkezi otoritenin öngöreceği programları uygulamak da aile hekiminin görevleri arasındadır. Bu görev ve sorumluluklar kısaca şu başlıklar altında özetlenebilir:

- 1.** Aile sağlığı birimini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak,
- 2.** Çalıştığı bölgenin sağlık planlamasının yapılmasında ilçe sağlık idaresi ile işbirliği yapmak,
- 3.** Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları kamu sağlığı merkezine ve ilçe sağlık idaresine bildirmek,
- 4.** Kişiyeye yönelik rehberlik hizmetleri ile, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetleri vermek; bu kapsamda ana-çocuk sağlığı ve aile planlamasını, periyodik muayeneleri (me-me kanseri taraması, rahim kanseri taraması gibi), bireysel koruyucu sağlık hizmetlerini (rutin aşılar), ruh sağlığı hizmetlerini ve yaşlı sağlığı hizmetlerini yerine getirmek,
- 5.** İlk kayıta ev ziyareti ile sağlık durumunun tespitini yapmak ve Bakanlığın öngördüğü sıklıkta ev ziyaretlerini tekrarlamak,
- 6.** Aile sağlığı biriminde ve gerektiğinde evde birinci basamak tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini vermek,
- 7.** Birinci basamakta tanı ve tedavisi yapılamayan hastaları ilgili uzmanlık dalına sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirilen muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakımın koordinasyonunu yapmak,
- 8.** Temel laboratuvar hizmetlerini vermek veya verilmesini sağlamak,
- 9.** Aile hekimliği uygulamaları ile ilgili kayıt ve bildirimleri yapmak,
- 10.** İlk yardım ve acil müdahale hizmetlerini vermek veya verilmesini sağlamak,
- 11.** Yerel sağlık idaresince belirlenmiş olan ilaç temininde zorluk çekilen yerlerde ilgili mevzuata göre ecza dola-bı açmak veya ilaçların teminini sağlamak.



■ 4.4. Aile Hekimliği Uygulamasına Geçişte Önemli Hususlar

Aile hekimliği uygulamasını yapan ülkelere bakıldığında, şu üç ana husus dikkati çekmektedir:

1. Aile hekiminin sağlık sistemine giriş işlevi görmesi sağlanmaktadır. Yani, sağlık hizmet sistemine giriş her bireyin kendi doktoru aracılığı ile gerçekleşmektedir. Aile hekimi ülke çapında “sağlık hizmetlerinin kullanımından birinci derecede sorumlu doktor”dur.
2. Sevk ve geri bildirimde önemli ölçüde uyulmaktadır.
3. Denetim, yerelleşme ile etkili hale getirilmiştir.

Dünyadaki sağlık sistemleri ve yapılan reformlar genel olarak değerlendirildiğinde, ülkemizde atılması gereken adımlar hakkında bazı önemli ipuçları dikkat çekmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında bütün vatandaşlarımızın sağlık güvencesine kavuşmasını amaçlayan Genel Sağlık Sigortası ve beraberinde aile hekim-



liğı uygulamasına geçiş çerçevesinde yapılacak yasal düzenlemeler multisektrel yaklaşımla atılması gereken önemli adımlardır. lke genelinde aile hekimliğı uygulamasının yaygınlaşması, hem sağık çalışanları, hem de vatandaşlar açısından yeni duruma uyum ve davranış değışikliğıne yol açacak uzun bir süreçtir. Bu sürecin başarılı bir şekilde tamamlanması için yasal düzenlemeler, finansal yapıların sağılanması ve organizasyon kadar eğıitim, uyum ve güven tesisi de önemlidir.

Bu açıdan kültürel özellikler, alışkanlıklar ve peşin kabul-leri de dikkate alarak kontrollü yerel uygulamalar yapılacaktır; gerektiğinde koruyucu önlemler, denetim sistemi ve ödeme sistemlerinden elde edilen sonuçlar doğırlu-sunda yeniden gözden geçirmelere hazırlıklı olunacaktır. Yukarıda sözü edilen sisteme giriş, sevk organizasyonu ve denetim tam olarak yerleştirildiğı zaman arzu edilen hedeflere ulaşılmış olacaktır.

Aile hekimliğı uygulamasında plânlama ve denetleme tek elden, Sağık Bakanlığı tarafından dinamik olarak organi-



ze edilecektir. Yerel sağlık idarelerince denetim sürekliliği sağlanacaktır. Bu sayede hizmetin dengeli dağılımı ve branş / genel tıp, kent / kırsal hekim oranları dengede tutulacaktır.

Mevcut kadrolu veya sözleşmeli hekimlerin özlük haklarının korunarak aile hekimliğini tercih etmeleri, gerekli olduğunda serbest hekimlerin aile hekimliği görevi üstlenmeye talip olmaları ve bundan sonra Tıpta Uzmanlık Sınavları başvurularında aile hekimliği uzmanlığının öncelikli tercihler arasında yer alması için özendirici önlemler alınacaktır. Yurttaşlarımızın aile doktorlarına güven duyacağı ve kendi doktorlarını kendilerinin seçeceği, aile doktorlarının bir hizmet yarışı içinde görevini yürüteceği, iyi ve kaliteli hizmetin hekime doğrudan yansıtacağı bir sistem oluşturmak önemlidir. Bölgesel dengesizlikleri ortadan kaldıracı ve koruyucu hekimlik uygulamalarını özendirici teşviklerin uygulanması sistemi güçlendirecektir.

Etkili bir sağlık sistemi, kaynakların uygun bir şekilde kullanılmasını, temel koruyucu ve klinik hizmetleri verecek kaynakların ve hizmet sunucularının seferberliğini gerektirir. Böyle bir seferberlik, doğru tanı ve tedavi yapabilmek için yeterli imkanları olan, iyi eğitilmiş ve toplumun ihtiyaçlarını görecekt dengeli dağılmış sağlık çalışanları sayesinde yapılabilir. Bu hususlar göz önünde bulundurularak aile hekimlerinin sürekli eğitime ve dengeli dağılımına özel önem verilecektir.

Sosyal adalet ilkesi, herkese ihtiyacı ölçüsünde sağlık hizmeti sunulmasını gerektirir. Bu, eşit düzeydeki sağlık hizmetlerinin bütün ülkeye yayılması ve özellikle temel sağlık hizmetinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması ile mümkündür. Böyle bir sistemin gerçekleştirilmesi için, sağlık hizmetinin plânlanması ve sunumunda toplumun ihtiyaçlarının tam olarak bilinmesi gereklidir. Bunun için aile hekimliği uygulamasını iyi bir kayıt sistemi ile birlikte yürütmek ve sosyal güvenlik reformları ile birlikte ele almak gerekmektedir.

Halkın sağlık düzeyinin korunması ve yükseltilmesi için bireylerin aktif rol alması yönünde eğitimi ve bilinçlendirilmesi önem taşıtmaktadır. Aile hekimliği hizmetinin yaygınlaştırılması, bütün bu hususlarda kararlı ve sürekli adımların atılması ile belli bir süreç içinde gerçekleştirilecektir.



Sağlık hizmeti sunumunda eşitlik ve kalite, birbirini etkileyen iki önemli hedef olduğundan, ikisi arasında uygun dengeyi bulmak sağlık sisteminin başarisına bağlıdır. Eşitliğe dikkat etmeksizin az bir kesim için yüksek kalitede hizmet sunumu, toplumun bütünü için hayat kalitesini iyileştirmek şöyle dursun, daha da kötüleştirir. Diğer taraftan, eşit hizmet sunumu hedefi, kaliteyi kurban etmemelidir. Toplumun her kesimine eşit sağlık hizmeti sunma gayesi ile nüfusa endeksli örgütsel yapılanmaya rağmen, yeterli sayıda, motivasyonlu ve eğitimi insan gücünün ve finansal desteğin sağlanamaması bu sonuca yol açabilir.

Dünya  rnekleri ile birlikte ülkemizin uzun yıllara dayanan deneyim ve birikiminden yararlanılarak oluşturulan “Ulusal Aile Hekimliği” modelimizle güvenli ve kararlı adımlar atılacak ve vatandaşlarımızın eşit ve kaliteli sağ-



lık hizmeti almaları sağlanacaktır. Her ülkenin sağlık hizmetlerinin sunum tarzında kendine has farklılıklar vardır; Türkiye'deki sağlık hizmetlerini ülkemizin sosyal, kültürel, ekonomik ve coğrafi koşullarını gözetererek, çağdaş bir yaklaşımla yeniden düzenlemiş oluyoruz.

59. Hükümet iş başına geldikten sonra programında yer alan konularda çalışmalara

başlamıştır. Sağlıkta öncelikli konulardan olan aile hekimliği ve Türkiye'de aile hekimliği uygulamalarına geçiş hakkında çeşitli toplantı ve çalışma grupları ile paydaşların görüşleri alınmıştır. Bu hususta yapılan toplantıların bir kısmı aşağıda sıralanmıştır:

- Sektörel İstişare Toplantısı (Temmuz 2003)
- Aile Hekimliği Danışma Kurulu Toplantıları
 - Haziran 2003 (TTB ve GPE katılımı ile)
 - Temmuz 2003 (TTB ve GPE katılımı ile)
 - Ağustos 2003
 - Ekim 2003
 - Kasım 2003
 - Ocak 2004
 - Şubat 2004
 - Mart 2004
 - Aralık 2004
- Türk Sağlık Sistemleri Politika Yapıcıları Çalışma Toplantısı (Yurt dışı katılımlı) Aralık 2003



- Türk Sağlık Sisteminin Geleceği Açısından Sağlıkta Dönüşüm Programı TEBİAT Abant Toplantısı (Ocak 2004)
- Sağlıkta Dönüşüm Programı Çerçevesinde Aile Hekimliği Uygulaması TEBİAT Afyon Toplantısı (Nisan 2004)
- Avrupa Birliği Genel Sekreterliği – Mesleki Yeterliliklerin Tanınması Kanunu Çalışmaları (Şubat – Mayıs 2004 arasında haftalık çalışma toplantıları şeklinde yürütülmüştür.)
- VI. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi Bursa – Mayıs 2004
- Sağlıkta Dönüşüm ve Birinci Basamakta İyileşme Adana Güçbirliği Vakfı ve Adana Tabip Odası (Mayıs 2004)
- Halk Sağlığı Uzmanları Derneği – Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Çalıştay Bolu – Mayıs 2004
- Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Toplantısı, Vakıf 2000 Ankara – Temmuz 2004
- Temel Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi ve Aile Hekimliği, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi, İstanbul, Aralık 2004

Bu toplantılarda oluşturulan görüşler ve fikir alışverişleri sonucunda aile hekimliği uygulaması için Türkiye modeli geliştirilmiştir. Bu modeli uygulamak üzere pilot çalışma yapılması kararı alınmış ve 24.11.2004 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin kabul ettiği bir kanun ile pilot uygulama çalışmalarına başlanmıştır.



AİLE HEKİMLİĞİ



5. YENİ DÖNEMDE YAPILANMA

■ 5.1. Sağlık Bakanlığı'nın Görev ve Yetkileri

Yeni dönemde Sağlık Bakanlığı'nın görev ve yetkileri yeniden yapılandırılmaktadır. Bu görevler arasında sağlık hizmetlerinde uluslararası ve ulusal standartları belirleme, plânlama, denetleme ve eğitim ön plâna çıkmaktadır. Bu şekilde kaynak ve personel dağılımı daha sağlıklı olacak, hizmette yarışma anlayışı ve aktif denetim, hizmet sunumunda kaliteye öncülük edecektir.

Yeniden örgütlenmede temel prensiplerden biri yerinden yönetimin güçlendirilmesi olacaktır. Bu yaklaşım hizmet koordinasyonu ve entegrasyonunu, sağlık hizmetlerinin daha iyi denetlenmesini sağlar; kaynakların etkili ve verimli kullanımını kolaylaştırır. Bakanlık bu şekilde yetkilerinin büyük kısmını taşraya devrederek, asli fonksiyonlarına yoğunlaşmakta, politika belirleyen ve denetleyen bir yapıya kavuşmaktadır. Böylece Bakanlık sağlığın korunması ve toplum sağlığı ile ilgili bilgi toplama ve analiz etme görevlerini daha etkili bir biçimde yürütecektir.



Denetimde sağlık otoritesi olarak Bakanlığın önemi tartışılmazdır. Bakanlığın yönlendirme ve önderliğinde denetimde yerel sağlık idareleri aktif görev alacaktır.

Aile doktorlarına ödemelerin garanti altına alınacağı bir sistemin oluşturulmasında ve aile hekimliği hizmetlerinin bütün vatandaşlarımıza ücretsiz verilmesinde Bakanlık öncülük görevi üstlenecektir.

Sağlık Bakanlığı birinci basamak sağlık hizmetlerini geliştirmek ve hizmete eşit erişim olanaklarını sağlamak üzere:

1. Aile hekimliği uygulamasında görev alacak hekimlerin eğitim müfredatını belirler. Bu eğitimleri verir veya verilmesini sağlar.
2. Aile dış hekimliği görev tanımlaması ve uygulama yöntemini tanımlar.
3. Aile hekimi ekibinde yer alması gerekli aile sağlığı elemanının (hemşire, ebe, sağlık memuru, vb) niteliklerini ve çalışma şartlarını belirler.
4. Belirli bir bölgede çalışacak olan aile hekimlerinin nicelik ve nitelik standartlarını belirler, atamalarını yapar ve denetler.
5. Aile hekimliği uygulamasının yapılacağı mekanların özelliklerini, standartlarını ve dağılımını belirler.
6. Birinci basamakta gerekli tahlil ve tetkiklerin yapılmasına imkan verecek laboratuvar hizmetinin sunulmasını sağlar.
7. Aile hekimlerinin özlük haklarının korunmasını ve mevcut kadrolarını garanti altına alacak düzenlemelerin yapılmasını sağlar; geri ödeme kuruluşları arasında koordinatör görevi yapar.
8. Gerekliğinde bölgesel gelişmişlik düzeyi ve kırsal / kent farklılığının ücretlendirmeye yansımaları sağlayarak aile hekimlerinin ve sağlık hizmetinin eşit dağılımını gerçekleştirir.

9. Sevk zincirinin ve geri bildirimin tam uygulanabilmesi için belirli aralıklarla gerekli düzenlemeleri yapar veya yaptırır.

10. Bağışıklama hizmetleri başta olmak üzere koruyucu hekimlik uygulamalarını titizlikle denetler ve bu uygulamaların ücretlendirmeye yansıtılması yoluyla ayrıca özendirilmesini sağlar.



■ 5.2. Yerel Sağlık İdarelerinin Görev ve Yetkileri

Şu anda il sağlık müdürlüğü ile fiili olarak ilçe sağlık grup başkanlığı şeklinde örgütlenen yerel sağlık idareleri doğrudan Sağlık Bakanlığı'na bağlı taşra teşkilâtıdır. Yeni düzenlemelerle bunların il özel idarelerine bağlı olarak örgütlenmesi söz konusu olabilecektir. Her halükârda standartları belirleme, plânlama ve denetleme görevi Sağlık Bakanlığı'nda olduğu için yerel sağlık idareleri Bakanlığın belirlediği norm ve standartlar doğrultusunda hizmet vereceklerdir.

Bazı büyük şehirlerimizde topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri sağlık grup başkanlıklarında oluşturulan



kadrolar sayesinde yürütülmektedir. Kamu Yönetimi Temel Kanunu tasarısı dikkate alınarak, Bakanlığa bağlı olmasa bile, ilçelerde sağlık hizmetlerini örgütleyecek ve yerinde denetleyecek bir teşkilata ihtiyaç vardır. Gerekli nüfus kriterlerine göre ilçe sağlık idareleri oluşturulacak ve bu idarelerin kadroları nüfusa göre ayarlanacaktır.

Yerel sağlık idaresinin sorumluluğu altında aile hekimlerinden başka, hastahaneler, 112 acil ve ilk yardım istasyonları ve kamu sağlığı merkezleri gibi kuruluşlar bulunacaktır.

Yerel sağlık idarelerini kısaca il sağlık idaresi ve ilçe sağlık idaresi olarak adlandırmanın uygun bir tanımlama olacağını düşünmekteyiz.

5.2.1. İl Sağlık İdareleri

İl sağlık idareleri, mevcut sağlık il müdürlükleridir. Şu anda yürüttükleri görevler ile kıyaslanırsa, yerelleşmenin getireceği ek yükleri ve sorumlulukları olacaktır. Aile hekimliği uygulaması ile öne çıkacak görevleri aşağıdaki gibi sıralanabilir:



1. İl sağlık idaresi, tüm sağlık hizmetlerini il düzeyinde düzenler ve denetler.
2. İlin demografik ve coğrafi yapısına göre ilçe sağlık idaresi bölgelerini düzenler, ilçe sağlık idarelerini denetler.
3. İlçe sağlık idareleri aracılığı ile aile hekimlerinden gelen istatistikleri ve çalışmaları sürekli olarak değerlendirir.
4. İlin her türlü sağlık verileri ve istatistik bilgilerini, önerileriyle birlikte Bakanlığa bildirir.
5. Aile hekimi ve geri ödeme kurumları arasındaki ilişkileri düzenler ve ilgili sözleşmelerin yapılmasını koordine eder.
6. Kişilerin aile hekimlerine kayıtlarının ve nakillerinin güvenli olarak sağlanmasının ve aile hekimlerinin aylık bildirimlerinin kayda geçmesinin ilçe sağlık idarelerince yürütülmesini denetler.

5.2.2. İlçe Sağlık İdareleri

Yerleşik mevzuatımızda ihmal edilmiş olan ve sağlık grup başkanlıkları ile giderilmeye çalışılan boşluk, ilçe sağlık



idareleri ile doldurulacaktır. Yeni oluşturulacak ilçe sağlık idarelerinin başlıca görevleri şunlar olacaktır:

1. İlçe sağlık idaresi, bölgesindeki tüm sağlık hizmetlerini ilçe düzeyinde düzenler ve denetler.
2. İlçenin demografik ve coğrafik yapısına göre aile hekimi dağılımını düzenler.
3. Aile doktorlarından gelen istatistikleri ve çalışmaları sürekli olarak değerlendirir.
4. İlçenin her türlü sağlık verilerini ve istatistik bilgilerini, önerileriyle birlikte il sağlık idaresine bildirir.
5. Kişilerin aile hekimlerine kayıt yaptırmalarını, hekim değiştirme halinde kayıtların naklini ve aile hekimlerinin aylık bildirimlerinin kayda geçmesini sağlar.
6. Aile hekimlerini denetler. Bu denetlemenin çerçevesi, aile doktorunun ilan ettiği çalışma saatlerine riayetini, çalışma yerinin, tabela ve kaşesinin standartlara uygunluğunu, kayıtlı olarak bildirilen kişilerin gerçekliğini, yapılan tetkiklerle ilgili kayıtları, sevk oranlarını, geri bildirimlerin oranlarını ve yönetmelik ile daha sonra ayrıntıları belirlenebilecek görev tanımlarını kapsar.

5.2.3. Toplum Sağlığı Merkezleri

Birinci basamak sağlık hizmetlerimizin örgütlenmesindeki çok parçalı yapı, sağlık ocakları gibi yatay örgütlenme modellerinin yanında AÇSAP merkezleri, verem savaş dispanserleri gibi dikey örgütlenmelerin olması sağlık hizmeti sunmada belirsizliğe, karmaşaya ve israfa yol açmaktadır. AÇSAP merkezlerince üstlenilen aile sağlığı ve aile planlaması hizmetleri sağlık ocaklarının görev alanı dışına çıkmaları ve bu konuda zayıflamalarıyla sonuçlanmıştır. Oysa bu gibi hizmetlerin entegre yürütülmesi, toplum sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır.

İlçe sağlık idaresinin yönetiminde, merkez ilçeler dahil her ilçede en az bir adet olmak üzere toplum sağlığı merkezi oluşturulacaktır. Bu merkezler aile hekimliği uygulamasında gerekli tetkik ve tahlilleri yapmanın yanı sıra, aile hekiminin görevi dışında kalan diğer temel sağlık hizmetlerini yürütecektir. Bu sayede, bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, tanı ve tedavi hizmetleri ile rehabilitasyon hizmetleri dışında kalan temel sağlık hizmetleri tek çatı altında toplanacak, daha etkili ve verimli hizmet sunulabilecektir. Toplum sağlığı merkezleri, aile hekimlerine aşılama, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması gibi öncelikli hizmet alanlarında, Sağlık Bakanlığı'nın yıllık programına uygun olarak ücretsiz lojistik destekte bulunacaktır. Bir anlamda, aile hekimliği uygulamasının toplum hekimliği uygulaması ile bütünleştirilmesi sağlanacaktır. Bu merkezlerde halk sağlığı uzmanlarının istihdamına önem verilecektir.

Mevcut sağlık ocaklarımız teorik olarak toplum sağlığı merkezi için tanımlanan görevlerin çoğunu üstlendikleri ve dağılım açısından belirlenen ölçütleri sağladıkları için seçilen sağlık ocakları toplum sağlığıyla ilgili görevleri yürütmeye devam edecektir. Burada önemli olan, görev alanlarının ve tanımlarının net olarak yapılması, yetki ve sorumlulukların sınırlarının çizilmiş olmasıdır. Yani sağlık ocaklarından uygun ve yeterli olanlar toplum sağlığı merkezi olarak hizmet görürken, diğerleri kamuda kadrolu ai-



le hekimlerinin görev alanı olan aile sağlığı birimi / merkezi hizmetlerinde kullanılacaktır. Sağlık ocağı veya diğer kamu sağlık yapılarının yetersiz kaldığı alanlarda aile sağlığı merkezleri için yeni mekânların inşası veya kiralanması sağlanacaktır.

Şekil 1’de birinci basamak sağlık hizmetlerinin halen sunulduğu yerler ve yeni dönemde hedeflenen teşkilat yapısı gösterilmektedir.



Şekil 1. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin mevcut ve planlanan sunum modeli.

Mevcut olan ve fiilen birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık ocakları, sağlık merkezleri, AÇSAP merkezleri, verem savaş dispanserleri (VSD), kurum hekimlikleri, SSK dispanserleri ve SSK sağlık istasyonları iki ana yapıda bir araya getirilecektir. Bölgede mevcut bulunan en uygun bir veya daha fazla mekan toplum sağlığı merkezi, diğerleri ise aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının çalıştığı aile sağlığı merkezleri olarak kullanılacaktır. Toplum sağlığı merkezleri aynı zamanda eğitim ve planlama merkezleri olarak hizmet verecektir.

Uygun olan mekanlarda ilçe sağlık idaresi, toplum sağlığı merkezi ve 112 ilk ve acil yardım istasyonları aynı bina bünyesinde hizmet verebilecektir.

Toplum sağlığı merkezlerinin, görev ve yetkileri başlıca topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleridir; ayrıca Bakanlıkça belirlenen diğer hizmetleri verecektir. Bu hizmetlerin başlıcaları şunlardır:



- Toplum beslenmesi hizmetleri,
- Sağlığı ilgilendiren kötü alışkanlıklarla mücadele,
- İçme ve kullanma sularının denetimi,
- Gıda maddelerinin denetimi,
- Gayrisihhi müesseselerin denetimi,
- Çalışanların (esnaf) denetimi,
- Atıkların denetimi,
- Halkın kitlesel sağlık eğitimi,
- Toplumsal araştırmalar, toplum kalkınması çalışmaları-na yardım hizmetleri, sosyal yardım hizmetleri,
- Aşı ve kontraseptif ihtiyacının hesaplanması, sağlan-ması, saklanması, taşınması ve hekimlere dağıtımı,
- Rutin harici aşılama hizmetleri (kampanyalar, kuduz, gazlı gangren, yılan ve akrep serumları vb),
- Okulların, çocuk bahçelerinin, spor alanlarının denetimi,
- Okul sağlığı hizmetleri,
- Bulaşıcı hastalıklarla mücadele,
- Adli hekimlik hizmetleri,
- Ölü muayenesi ve defin ruhsatı düzenlenmesi.



Geçiş döneminde adli hekimlik, toplum sağlığı merkezi bünyesinde sürdürülür. Ancak gelecekte sertifika eğitimi ve daha sonra adli hekimlik uzmanlığının yaygınlaştırılması esas olacaktır.

■ 5.3. Aile Hekimliği Uygulamasına Geçiş ve Plânlama

Aile hekimliği uygulaması başlangıç olarak bir sertifikasyon eğitimi ile başlayacak ve hekimlerimiz meslek içi eğitimle, önceden belirlenmiş müfredatın uygulanması yoluyla Avrupa Birliği'nin öngördüğü eğitim düzeyine ulaştırılacaktır. Bu hekimlerimiz mevcut pratik uygulamalarının yanında teorik eğitimlerini de sürdüreceklidir.



Kamuda görevli hekimlerimizin ve diğer sağlık personelimizin aile hekimliği uygulamalarında görev yapmasına kendi tercihleri doğrultusunda öncelik tanınacaktır. Bu şekilde aile hekimliği uygulamalarında görev alan sağlık personelinin kadrolarından doğan özlük hakları korunacaktır. Nüfusa oranla gönüllü aile hekiminin yetersiz kalması halinde serbest sözleşmeli aile hekimlerinin çalışmasına fırsat tanınacaktır. Gerekli görülen durumlarda



sağlık hizmetine eşit erişim ilkesinin korunabilmesi için kadrolu hekimler aile hekimi olarak görevlendirilebilecektir. Bu şekilde görevlendirilen hekimler, görevlendirme süresince aile hekiminin görev tanımından doğan ek haklardan yararlanacaktır.

Aile hekimleriyle yurttaşları buluştururken yörenin ulaşım özellikleri, sosyokültürel yapısı ve hekim istihdamındaki kolaylıklar dikkate alınarak bölgesel farklı yöntemler uygulanacaktır. Belirli sayıdaki vatandaşın bölgelerindeki aile hekimine listelerle kayıtları sağlanıp, belirli bir süreden sonra hekimlerini değiştirebilmelerine fırsat verilecektir (aktif negatif kayıt). Böylece herkesin bir aile hekimi ile buluşması sağlanmış olmaktadır. Aile hekimi bu aileleri ziyaret ederek kimlik ve sağlık kayıtlarını tamamlar. Kendileri için görevlendirilen aile hekiminden başka birini tercih etmek isteyen kişiler o hekime başvurarak tercihlerini bildirirler. Böylece kendi istekleri doğrultusundaki aile hekimine kayıt yaptırmış olurlar. Ancak doktor değiştirme tercihinin kullanılabilmesi için yörede kolay erişilebilir diğer aile doktorlarının bulunması gereklidir. Doktor seçimi özgürlüğü esas olmasına rağmen, aynı hizmet bölgesinde aile doktoru sayısının az olmasının sınırlayıcı bir unsur olabileceği bilinmektedir. Kentsel ve kırsal bölgelerde farklılıkların olması kaçınılmazdır.

Bir diğer yöntem de kişilerin baştan aile hekimini seçerek kayıt olmasıdır (aktif pozitif kayıt). Bölgede ikamet eden aileler kendilerine yakın olan veya erişimde zorlanmayacakları bir aile doktoruna kaydolabilirler. Bu yöntemin uygulanabilmesi nüfusu yoğun olan, ulaşım olanaklarının iyi olduğu yörelerde ve birbirine yakın mesafede aile doktorlarının bulunması halinde mümkündür.

Aile hekimi ihtiyacının belirlenmesinde, ilin nüfus yapısı, coğrafi özellikleri, hastalık örgüsü ve sağlık istatistikleri ışığında bölünmüş bölgeler dikkate alınır. Yıllık hekime başvuru sayısının batı ülkelerine oranla ülkemizde düşük olduğu görülmektedir. Zamanla başvuru değişebileceğinden, kaydedilebilecek standart ve azami kişi sayısı Sağ-



lık Bakanlığı tarafından değerlendirilerek tekrar düzenlenecektir. Sağlık hizmetlerini kullanma alışkanlığı dikkate alınarak ortalama 3.000 kişiye bir hekim düşecek şekilde plânlama yapılacaktır.

Uygulamanın bütün ülkeye yaygınlaştırılması halinde bugünkü verilerle yaklaşık 24.000 aile hekiminin istihdam edileceği öngörülebilir. Avrupa ülkeleri ile kıyaslandığında, zaman içinde bu sayının 35 – 40 bine ulaşması muhtemeldir. Ancak bu varsayımlar, aile hekimliği uygulamasını bütün ülkeye yaygınlaştırma süreci içinde değerlendirilmiş olacaktır.

Bu veriler ışığında, belli bir eğitimi sürdürmesi yoluyla hekimlerimizin aile hekimliği uygulamalarında esas görevi yükleneceği açıkça görülmektedir. Aile hekimliği uygulaması yapan hekimler süreç içinde eğitimlerine devam edeceklerdir. Uzmanlık eğitimi olsun veya olmasın, aile hekimliği uygulaması ile birlikte sürdürülecek eğitim, hekimlerimizin kendilerine güvenini ve birinci basamak sağlık hizmeti kalitesini artıracaktır. Özlük hakları ve eğitimle desteklenmiş, performansı ödüllendiren bir aile hekimliği anlayışı, hekimlerimizin tıpta uzmanlık sınavına (TUS) odaklanarak hekimlik uygulamalarını ikinci plana itmelerini önleyecek, uygulamanın halka benimsetilmesi bu hekimlerimizin halkın gözündeki itibarını yükseltecek ve böylece hekimlerimiz hak ettikleri konumu ve itibarı elde etmiş olacaklardır.

Modern aile hekimliği uygulamaları ve Avrupa Birliği'nin ilgili direktifi (93/16/EEC) paralelinde ileri dönemde ihtiyaç sadece aile hekimliği uzmanlık eğitimi alanlarla karşılanacağı için, nüfus artışı, çalışma hayatından çekilen ve aile hekimliği uygulaması dışındaki alanlara kayan hekimler (akademik kariyer vb) göz önüne alınırsa çok sayıda aile hekimliği uzmanına ihtiyaç olacaktır. Böylece aile hekimliği uzmanlığının gelecekte önemli bir ilgi odağı haline geleceğini söylemek mümkündür.



6. AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI

■ 6.1. Aile Hekimliği Eğitimi ve Sertifikasyonu

Avrupa Birliği 1995 başından itibaren birinci basamakta çalışmak için, temel tıp eğitiminden sonra en az 2 yıl eğitimi zorunlu kılmıştır. 1996'da Avrupa Birliği'nin sağlık alanında alt birimi olan UEMO (Union of European Medical Organization) bu süreyi üç yıla çıkaran bir tavsiye kararı almıştır.

Genel pratisyenlik / aile hekimliğinin aynı hasta fakat farklı hastalıklar ile ilgilenen, diğer uzmanlık dallarının ise aynı hastalıklar fakat farklı hastalarla ilgilenen disiplinler olduğu kabul edilmektedir. Bütün dünyada aile hekimliği uygulamalarında görev alan hekimlerin gittikçe artan oranda aile hekimliği uzmanlık eğitimi alması öngörülmektedir. Bu konuda yeterince mesafe almış olan ülkelerde aile hekimliği bir uzmanlık dalı olarak uygulanmaktadır. 93/16/EEC direktifinin 4. başlığı ile Avrupa Parla-



AİLE HEKİMLİĞİ



mentosu aile hekimliğini 3 yıllık bir eğitim sonucunda elde edilecek bir uzmanlık dalı olarak kabul etmiştir. Bu direktif 2006'dan itibaren geçerli olacaktır. Avrupa Birliği üye ülkelerinde doktorların serbest dolaşımı için bu uygulamalar önem kazanmaktadır. Bu şartları yerine getirmek kaydıyla Türk hekimleri Avrupa ülkelerinde hekimlik yapma hakkı elde edecektir.

Ülkemizde aile hekimliği uzmanlığını almış olan hekimlerin sayısı yetersiz olduğundan yeni döneme geçişte bir çok ülkede uygulandığı gibi mevcut hekimler görev alacaktır. Dolayısı ile geçiş dönemi eğitimi büyük önem kazanmaktadır.

Birinci aşama yeni görev tanımlarını ve uygulamaları tanıttacak, yetki ve sorumlulukları aktaracak kısa süreli bir uyum eğitimini içermektedir. Uyum eğitimi verilen hekimlere aile hekimliği uygulama imkanının tanınması ve takip eden sürekli yaygın ve kısmen örgün eğitimlerle bu



hekimlerin hizmet verirken eğitimlerinin sağlanması, mesleki yeterlilik sınavları ile eğitimlerinin ölçülmesi kalite hedeflerine ulaşmak için önemli şartlar arasındadır.

Uyum eğitimini almış olan hekimlerin sertifikalarının geçerliliği, aile hekimliği uygulamasına devam etme ve kalıcı sertifika için öngörülen ikinci aşama eğitim modüllerini tamamlama şartına bağlıdır. İkinci aşama eğitim, birinci aşama eğitimin ardından başlar, 9 ay ile 3 yıl içerisinde verilir. Bu eğitim mesleki bilgilerin güncelleştirilmesi ve iyileştirilmesini hedeflemektedir. İkinci aşama eğitimleri modüler tarzda ve sürekli tıp eğitimi şeklinde belirlenir. Sağlık Bakanlığı ve üniversitelerin işbirliği ile oluşturulacak eğitim ve araştırma bölgeleri bu tür eğitimin süreklilik kazanması için büyük katkı sağlayacaktır. Halk sağlığı ve aile hekimliği dallarındaki araştırma görevlilerinin bu bölgelerdeki aile hekimliği ile kamu sağlığı kuruluşlarında ve yönetim birimlerinde görev almaları, öğrencilerin ve asistanların sahada eğitimini gerçekleştirecektir.

Ayrıca uygulama içinde olan hekimlerimizin tıpta uzmanlık tüzüğünde yapılacak değişikliklerle, kısmi zamanlı uzmanlık eğitimini sürdürmesine fırsat tanınması planlanmaktadır. Teorik ve pratik eğitimlerin müfredatı belirlenip 6 yıl veya daha fazla sürede sürekli eğitimi tamamlayan fiili aile hekimlerine uzmanlık diploması verilmesi düşünülmektedir. Bu uygulamanın bazı Avrupa ülkelerinde örnekleri bulunmaktadır.

Aile hekimliği uygulamasında, olumlu yarışmaya dayalı bir hizmetin uzmanlık konsepti içinde sürekli gelişiminin sağlanması birçok açıdan yararlı olacaktır. Mevcut hekimlerimiz bu yolla yaygın hizmet verirken bir yandan da eğitimlerini sürdürecektir. Uzmanlık fırsatının verilmesi bu eğitimin gönüllü ve istekli yapılmasını sağlayacaktır. Sonuçta ulaşılan nokta, Avrupa Birliği normlarında eğitim müfredatını tamamlamış aile hekimliği uzmanları kazanmak olacaktır.

■ 6.2. Doktor Seçme ve Değiştirme Özgürlüğü

Birey, aile doktorunu ideal olarak bölgesinde çalışan hekimlerden seçer ve Bakanlıkça belirlenen süre çerçevesinde değiştirebilir. Doktor tercihinde yakınlık ve kolay ulaşılabilirliğin önemli rol oynayacağı aşikârdır. Ancak olumlu yarışma ortamını sağlamak amacı ile hastaların belirli hekimlere kayıt yaptırmaları zorunlu tutulmayacaktır.

Yukarıda da sözü edildiği gibi nüfusun dağınık olarak yaşadığı ve ulaşım sorunlarının yaşandığı kırsal bölgelerde bu özgürlük sınırlı kalmak zorundadır. Ancak koşulların elvermesi ölçüsünde bu özgürlüğün kısıtlanmaması gerekir. Kişinin doktorunu değiştirmesi halinde tutulan kayıtların devredilmesi esastır.



Diğer taraftan kişinin başka doktor alternatifinin bulunması halinde ve belirli bazı koşullar altında hekim de hastasını kabul etmeyebilir. Bunlar:

- Tıbbi etiğe uygunsuz davranışların (kişi-hekim arasında çıkar ilişkisi kurulmaya çalışılması vb) belgelenmesi,
- Hasta ile hekim ilişkisinin tanı, tedavi ve takibi zorlaştıracak, aile doktorunun verimini azaltacak şekilde bozulması,
- Hasta ile hekim arasında adli bir sorunun olması,



■ Taciz, tehdit ve bunun gibi iletişim sorunu oluşturacak durumların olmasıdır.

Kronik hastalık gibi nedenlerle yoğun sağlık hizmeti gereksinimi olan hastanın kabul edilmemesi halinde Sağlık Bakanlığı ile işbirliği içinde sağlık güvencesini sağlayan kurumun hastanın aile hekimini resen belirleme hakkı vardır. Ülkemizdeki demografik yapının değişmesi ve hastalık örüntüsünün farklılaşması nedeniyle, yaşlılık sorunlarına ve kronik hastalıkların erken tanı ve tedavilerine yönelik çalışmalara aile hekimliği uygulamaları içinde özel önem verilecektir. Bu amaçla, belli yaş üzerinde olanların ve kronik hastalığı bulunan kişilerin periyodik takibini sağlayacak ve özendirecek tedbirler alınacaktır.

■ 6.3. Hizmet Sürekliliğinin Sağlanması

Aile hekimlerinin ülke genelinde dengeli dağılımını olabil- diğince gönüllü olarak sağlamak hizmetin sürekliliğinde ilk adımdır. Aksi takdirde hekimler mevcut sağlık sistemi içerisinde başka bir yerde görev yapmayı veya görevden ayrılmayı düşüneceklerdir. Bunu ilk aşamada gerçekleştiremeseler bile, gerçekleştirme arzusu, yaptıkları işi benimsemeden sürdürmelerine yol açacaktır. Aile hekimliğinde başarının sırrı, hizmetin bütüncül ve sürekli olmasıdır. Belli bir hekime alışan hastaların kendi istekleri dışında hekim değiştirmesi sistemin ana mantığına terstir ve sonuçta istenen hedeflere tam olarak ulaşamaz. Sistemin başarı ile uygulandığı ülkelerde aynı aile doktoruna ortalama kayıt süresinin 8-13 yıl olması bunun iyi bir göstergesidir.

Aile sağlığı merkezlerinde birden fazla doktorun görev yapması eğitim ve hizmet sürekliliği açısından avantajlar taşımaktadır. Grup çalışma düzeni, aile hekimlerinin eğitim programlarını takibinde kolaylık sağlar. Ayrıca hastalanma ve izin kullanma durumunda bir arada çalışan hekimleri tanıyan hastaların hizmet alması kolay olur.

İş veya tatil nedeni ile sürekli ikamet ettiği yerden en az iki ay süreyle uzak kalacak kişi, kayıtlı olduğu aile doktorundan “geçici bakım belgesi” alır. Bu belgeyi geçici olarak gittiği yerde seçtiği aile doktoruna verir. Kendi aile doktoru geçici belge verdiği kişiye ait bildirim yaparak ücret tahsil edemez. Kişi geri dönerken geçici aile doktorundan ayrıldığını ve yapılan işlemleri gösteren bir belgeyi kendi aile doktoruna götürerek kaydını yeniler.

■ 6.4. Çalışma Saatleri ve İzinler

Aile hekimi haftada 40 saatten az olmamak kaydı ile aktif görev yapar. Mesai saatleri ve günleri çalıştığı bölgedeki kişilerin ihtiyaçlarına uygun olarak, çalışma yerinin koşulları da dikkate alınarak, hekim tarafından belirlenip yerel sağlık idaresince onaylanır. Çalıştığı günler ve saatler mutlaka çalıştığı yerin görünür bir yerinde belirtilir. Çalışma saatleri dışında ve resmi tatillerde, diğer aile hekimleriyle nöbetleşe hizmetin devamlılığı sağlanır.





Aile hekimleri sağlık hizmetinin aksamadan yürütülmesinden sorumludur. Mesai saatleri dışındaki sorumluluğunu bölgedeki doktor sayısı dikkate alınarak icapçı veya aktif nöbet uygulamaları çerçevesinde sürdürür. Hekimler tam gün esasına göre çalışırlar. Gerekli hallerde mesai saatleri dışında da ulaşılabilmesi beklendiğinden ayrıca serbest meslek icra etmesi veya başka bir iş yerinde çalışması pek uygun görülmemektedir. Birden fazla aile hekiminin aynı mekanı paylaştığı aile sağlığı merkezleri uygulamasının teşvik edilmesi, mesai saatleri dışındaki hizmetleri kendi aralarında koordine ederek icapçı ya da nöbetçi tarzındaki düzenlemeleri kolaylaştıracaktır.

Genel olarak ücretsiz izin, askerlik, doğum izni, hastalık ve kabul edilebilir belgelenen mazeretleri nedeni ile uzun süre doktorluğa ara vermek zorunda olan aile hekimlerinin, durumlarını belgelemeleri şartıyla aile hekimliği uygulamasına dönme hakları saklı tutulur.

■ 6.5. Aile Hekiminin Rutin Takip ve Muayeneleri

Aile hekimi kendisine kayıtlı bireylerin her birine ayrı dosya açarak yaptığı rutin muayene, takip ve sonuçlarını kaydeder. Bu kayıtlar Bakanlıkça belirlenecek tarzda yazılı veya elektronik ortamda tutulur. Böylece her birey bir kez sağlık kontrolünden geçmiş olur. Başlangıçta aile hekimine kayıt edilen kişilerin ilk muayenelerini hekimin belirli bir sürede tamamlaması beklenir.

Aile hekimi veya aile sağlığı elemanı tarafından kayıtlı ailelerin evlerine belirli dönemlerde ev ziyareti yapılır. Ev ziyaretleri toplumda güveni artıran bir yaklaşım olarak aile hekimliğinin benimsenmesine katkıda bulunur. Ayrıca aile sağlığı ekibi kişinin veya ailenin evlerini ve yaşam koşullarını görerek tespit etmiş, gerekli verileri elde etmiş olur.



Gebe takibi, çocuk takibi ve bağışıklama hizmetleri aile hekiminin rutin takipleri ve öncelikli sorumlulukları arasındadır. Ev ziyaretlerinde, rutin takiplerde ve kayıtların düzenli tutulmasında aile sağlığı elemanı aktif rol alabilir.

6.6. Etkili Sevk Sistemi ve Geri Bildirim

Birinci basamak doktoru aynı zamanda “sağlık hizmetlerinin bütünüyle kullanımından sorumlu doktor”dur. Aile hekimi, hastasının belirli dalda uzman olan bir hekime başvurmasına gerek olup olmadığına karar vermenin yanı sıra, hastaya verilen hizmetleri izler ve hizmet birimleri arasında koordinasyon sağlar. Bu sayede hastaların uzman hekim kaynağını kullanmalarına rehberlik eder. Bu da birinci - ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri arasında bir iletişim ve denge oluşturur. İsrafı, gereksiz kullanımı, mükerrer tetkik yapılmasını önler.

Aile hekimi kendine kayıtlı kişilerin kişisel sağlık dosyalarını tutmakla sorumludur. Hastasını bir üst basamağa sevk etmesi halinde uygun sevk formuna sevk gerekçelerini ve hastanın temel sağlık bilgilerini yazmak zorundadır. İlgili uzmanlık dalında hastanın tetkik ve tedavisi tamamlandıktan sonra aile doktoruna geri bildirim aynı form üzerinden veya forma ekli epikriz vasıtasıyla yapılacaktır. Aile hekimliği uygulaması ile birlikte sağlık bilgi sisteminin geliştirilmesi bu işlemlerin en azından bir kısmının dijital kayıt şeklinde yapılmasını sağlayacaktır. Bazı uygulama örneklerinde ikinci - üçüncü basamak hizmet bedellerinin geri ödeme kuruluşlarınca karşılanması, aile hekimine geri bildirim şartına bağlanmaktadır.

Geri bildirim, her türlü hastalık ve müdahalenin bilinmesi ile hastanın sağlık düzeyinin daha iyi korunabilmesine imkân tanırken, ikinci basamak hizmetlerinin de kontrol altına alınmasını sağlar.

Sevk zincirine girmek istemeyen hastalar zorlanamaz; bu zorlama pratikte de istendiği ölçüde gerçekleşmemek-



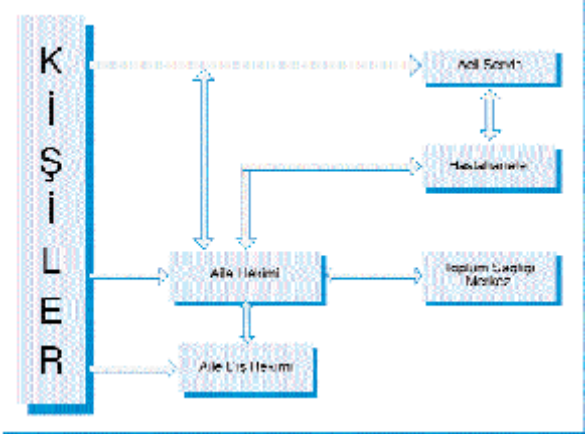
tedir. Ancak sevk zincirine uymaksızın hastahaneye başvurmayı tercih eden hasta, tahakkuk eden ücretin bir kısmını kendisi ödeyecektir. Bu aşamada ödeyeceği miktar, sevk sisteminin işlemlerini

sağlayacak ölçüde caydırıcı olmalıdır. Hastahanelerin sağlık giderlerini geri ödeme kuruluşundan tahsil edebilmesi için aile hekimlerine geri bildirim zorunluluğunun uygulanabilmesi bu tür sevk sistemini zorlayan sınırlı sayıda kişinin kayıtlarının da aile hekimlerince tutulmasına imkan verecektir. Bu uygulama, ayrıca hastaların doğrudan ikinci basamağa başvurmasının hastahaneler tarafından özendirilmesini önler mahiyettedir.

Sağlık kuruluşları arasında basamaklandırılmış sağlık hizmetinin verilmesini ve öncelikle birinci basamağa başvuruyu sağlamak için acil durumlar ve takipteki hastalar dışında doğrudan hastahaneye başvuranlarda katkı payı uygulamasının yanı sıra randevu ve öncelik sağlama gibi çeşitli teşvik uygulamaları yapılabilir.

Şekil 2'de kişilerin sağlık sistemi içinde hareketleri tasvir edilmektedir.

1978 Alma-Ata Bildirgesi'ne göre sağlık sorununun %85-90'ı birinci basamakta çözülebilmektedir. Prensip olarak aile hekiminin diğer sağlık kurumlarına sevk oranları %20'nin üzerine çıkmamalıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından, yöresel özellikler, epidemiyolojik veriler ve Türkiye genelinde aile hekimlerinin yaptığı geri bildirimler değerlendirilerek bu oran dinamik olarak belirlenebilir. Belirlenen oranın üzerinde sürekli sevk yapan aile hekimleri denetlenir, uyarılır, eğitime alınır ve ihmali görülenler için ödeme kat sayısı sonraki yıl için geçerli olmak üzere azal-



Şekil 2. Sağlık Hizmet Sunumu Akışı

6.7. Kırsal Kesimde Aile Hekimliği ve Gezici Hizmet

Kırsal bölgede kişilerin hekim seçme şansı kısıtlıdır. Bu durum hekimlere kayıtlı kişilerin sayılarında da kısıtlılığa yol açabilir. Bu bölgelerde görev yapan aile hekimlerinin ücretlendirilmesinde kayıtlı bireylerin yaşları, aşılama oranları, gebe izlemi vb gibi kriterlerinin yanı sıra bölge gelişmişlik düzeyi de etkili olacaktır.

Kırsal bölgede mümkün olduğunca birbirine yakın yörelerde 2 veya daha fazla aile doktoru düşecek biçimde planlama yapılır. Böylece aile sağlığı ekiplerinin izin, mazeret ve eğitim hizmetleri sırasında birbirlerinin hastalarını izleme fırsatları olur. Hastaların ilaca erişiminde güçlük çekilen yerlerde özellikle temel ilâçlar doktor tarafından temin edilmeli, böylece hasta ayrıca ilâç temini için il ve ya ilçe merkezine gitmek zorunda kalmamalıdır.

Kırsal bölgelerde görev yapan hekimlerin ekibinde aile sağlığı elemanı olarak ebe bulundurması tercih edilebilir. Bu tarz bir istihdamın gerekli görüldüğü bölgelerde özendiri yöntemleri uygulanacaktır.

Aile hekimi birden fazla belde veya köye hizmet vermek zorunda ise ilçe sağlık idaresince uygun görülen merkezi konumdaki yerleşim biriminde ikamet eder. Kırsal bölgede aile hekimliği uygulamasının en önemli unsurlarından biri de gezici sağlık hizmetidir. Çünkü mevcut şartlarda mağduriyeti fazla olan kesime ancak bu şekilde ulaşmak mümkündür. Sağlık hizmetlerindeki ilkelerden birisi de, risk altındakilere önem ve öncelik verilmesi olmalıdır. Buna göre, asıl risk altındakiler, hekime başvurmayanlardır. Sağlık hizmeti talebinde bulunmayan bu kesim kendi sağlıklarına göreceli olarak az önem verenlerden oluşmaktadır. Bu kişilere sağlık hizmeti ancak onlara ulaşılarak verilebilir. O nedenle, aile hekimi ve ekibi kendilerine başvurmayanlara ulaşabilecekleri bir model ve buna uygun imkanlar içinde çalışmalıdırlar. Aile hekimi sorumluluk alanındaki her yerleşim birimine belli aralarla ziyaret yapmak zorundadır. Bu ziyaretlerin aile sağlığı elemanınca da yapılması sağlanacaktır. Gezici sağlık hizmetlerinin yürütülebilmesi, ev ziyaretlerinin düzenli yapılabilmesi için aile hekimlerinin taşıt edinmesinin teşvik edilmesi



gereklidir. Gezici hizmet verme durumunda olan hekimlerin ücretlendirilmesinde yakıt giderleri ayrıca dikkate alınacaktır.

Aile hekimliği, kentsel alanlarda daha kolay uygulanabilir bir yöntemdir. Nüfusun gittikçe kentsel alanlara kaydığı günümüzde aile hekimliğine gittikçe daha fazla ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda yerel farklılıkların göz önüne alınması esastır. Ancak, bu yapılırken sağlık hizmetlerinin ülke genelindeki bütünlüğü korunmalıdır. Ulaşım sıkıntısı çekilen kırsal alanlarda mevcut sağlık ocakları ve sağlık evlerinden gerekli olanların korunarak, sağlık ocağında çalışan hekimlerin iş tanımında ve ücretlendirilmesinde aile hekimliği uygulamasının gereklerinin yer alabileceği esnek bir yapı kurulacaktır. Bu tür sağlık ocakları, toplum sağlığı merkezleri ile ilişkili olarak bu görevlere de yardımcı olabileceklerdir.



■ 6.8. Aile Sağlığı Merkezleri ve Grup Çalışmaları

Maliyetleri azaltması ve hekim çalışma sürelerinde esnekliğe imkan vermesi bakımından birkaç hekimin yeterli sayıda aile sağlığı elemanı ile birlikte görev yaptığı aile sağlığı merkezleri nüfusun ve ulaşımın uygun olduğu yerlerde oluşturulabilir. Buralarda sadece birinci basa-



mak sağlık hizmeti verilecektir. Bu tür grup çalışmaları dayanışma, eğitim ve hizmet sürekliliği açısından avantajlar taşımaktadır. Bu yüzden mümkün oldukça grup çalışmaları özendirilmelidir. Bu sayede:

- Maliyet düşer.
- Mesai dışı nöbetçi doktor uygulaması ile hizmete ulaşılabilirliği artırmak mümkün olur.
- Tanı koymayı hızlandıracak laboratuvar şartlarını oluşturmak kolaylaşır.
- İzin veya zorunlu eğitim durumunda hasta devri kolaylaşır.

■ 6.9. Tetkik ve Tahlil İşlemleri

Aile hekimi, gerekli durumlarda öncelikle kan şekeri, karaciğer ve böbrek testleriyle ilgili basit tetkikler, kolesterol, idrar tetkiki, gaita, gaitanın mikroskopik incelemesi, tam kan sayımı, kan grubu tayini, gebelik testi ve EKG gibi tetkikleri yapabilmelidir. Bu tetkiklerin mümkün olduğunca aile sağlığı birimi/merkezi içinde yapılabilmesi hizmeti kolaylaştırır. Burada sayılan basit tetkikler ile birlikte tanı ve takip için gerekli görülen diğer tetkiklerin toplum sağlığı merkezince yaptırılabilmesine imkan sağlanacaktır.

Bu tetkiklerin yapılması koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi açısından da etkilidir. Yapılan çalışmalara göre, tetkik imkanı arttıkça, hastanın birinci basamakta tutulma oranı artmaktadır. Bu nedenle laboratuvar imkanları mümkün optimal seviyede tutulmalıdır.

■ 6.10. Acil Sağlık Hizmetleri

Danışmanlık ve birinci basamak sağlık hizmeti veren aile doktorunun günlük aktif çalışma saatleri kanunda belirlenen sürelerle uygun olmalıdır. Bireylerin her an aile doktorunu arama ihtimali vardır. Hastaları daha çok mesai saatlerine kaydırmak, hekimin günlük çalışma düze-



nini korumak açısından mesai dışı acil olmayan başvurularda hastadan ek ücret talep edilerek gereksiz talebi önleyici bir tedbir oluşturulabilir. Böyle bir tedbirin gerekliliğine pilot uygulamalardan sonra karar verilmesi daha doğru olacaktır. Ancak acil durumlar açısından aile doktorunun en azından icapçı olarak ulaşılabilir olması beklenir. Belli sayıda doktorun bir arada çalışmaları halinde nöbet sistemi uygulamaları daha kolay gerçekleştirilebilir. Yine belli bölgedeki aile hekimleri de aralarında nöbet sistemi uygulayabilirler. İlçe Sağlık İdareleri bu nöbetleri takip eder.

Hastahaneye başvuruyu gerektiren acil durumlarda, hasta veya başvuru alan acil servis kısa süre içinde aile hekimine bilgi verir. Hastanın aciliyetinin kabul edilmemesi normal sevk zinciri kurallarının uygulanmasını gerektirir.

■ 6.11. Kayıt Sistemi

Kişisel sağlık kayıtlarının tutulmuş olması esastır. Kayıtların güvenliği ve mahremiyeti aile hekiminin sorumluluğundadır. Aile hekiminin değiştiği durumlarda veya diğer bir uzman hekime veya sağlık kuruluşuna sevk gerektiği hallerde aile hekimi dosyanın bir özetini hastaya veya tedaviden sorumlu olacak hekime verme sorumluluğunu taşır. Ayrıca sigorta kurumlarının denetimlerinde de aile hekimi dosyaları denetime açmak zorundadır. Bu tür incelemeler esnasında hastanın mahrem kalmasını istediği tanıların açıklanmaması gerekir.

Kayıtlı kişi sayısı, yapılan hizmetlerin listesi, muayene edilen ve sevk edilen hasta sayısı, teşhisler kodları ile birlikte aşı, gebe izlemi, bebek izlemi, aile plânlaması ve bulaşıcı hastalıklar ile ilgili veriler düzenli olarak ilçe sağlık idaresine bildirilecektir.

Günümüz iletişim imkanlarını kullanarak uygulanabilecek bir ortak veri tabanı üzerinden işleyecek elektronik bir

sistem kurulması plânlanmaktadır. O zaman formlar halinde iletilmekte olan bilgiler daha sık ve güvenli olarak veri tabanına aktarılabilir. Ayrıca hastalara uygulanan tedaviler, ilaç provizyonu gibi ek bilgilerin de veri tabanına girmesi sağlanabilir. Sevk zinciri bu sistemle daha etkili, hızlı ve güvenilir bir hâle gelmiş olacaktır. MER-NİS numarası gibi özgün bir referans numarasının tüm sağlık veri tabanlarında ek bir öge olarak benimsenmesi, sigorta sistemindeki verilerle sağlık hizmetlerinin kullanımına ilişkin verileri eşleştirmeyi kolaylaştıracaktır.



Çıktıların analizi, problemlerin tespiti ve önceliklerin belirlenmesi, uygun hizmet sunulması ile kaynakların ve finansmanın yerinde kullanılması amacıyla uygun kararlar verebilmek için sistemli ve doğru bir şekilde verilerin toplanması gerekir. İş yoğunluğu oldukça fazla olan klinisyenlerden yüksek verimde ve sürekli bilgi toplamanın yolu, birey ve toplum sağlığı ile ilişkili olan basit ve etkili bir veri toplama sistemi oluşturmaktır. Genellikle bilgi sistemleri, esas sağlık hizmetinin verildiği uçtaki sağlık biri-



AİLE HEKİMLİĞİ

minden güvenilir veri girişi olmaksızın plânlanmakta ve yönetilmektedir. Halbuki bilgi girişinin desantralizasyonu, yani mümkün olan en uç noktada kayıt yapılması, bireylerin ve toplumun sağlık göstergelerini belirlemede verilerin çok daha etkili olarak kullanılmasını sağlar.

Bu şekilde ortak bir veri tabanı üzerinden standart verilerin iletilmesi sağlanabilecek ve bu verilerin karar mekanizmalarında rol alacak şekilde analizi yapılabilecektir. İkinci basamak sağlık kurumuna sevk edilen hastaların gerekli bilgilerinin ve epikriz bilgisinin geri bildiriminin de bu yolla sağlanması mümkün olabilir.

■ 6.12. Aile Diş Hekimliği

Aile hekimliği uygulamasının tamamlayıcısı olarak aile diş hekimliği uygulaması da geliştirilecektir. Toplumumuzda büyük oranda ihmal edilen ağız-diş sağlığı ve ko-





ruyucu diş hekimliği hizmetleri bu yolla yaygın olarak verilebilecektir. Diş hekimlerinin büyük oranda serbest muayenehane hekimliği yaptığı ülkemizde, buralardan sözleşmeli hizmet alımı yoluyla aile diş hekimliğini yaygınlaştırmak mümkündür. Kişilerin tercih ettikleri diş hekimlerine kayıt olması ve verilen hizmetlerin karşılığının sistem içinde kişi başı ödeme yöntemi ile verilmesi sistemin uygulanmasını kolaylaştıracaktır.

İleri yaş diş tedavileri, çeşitli ve pahalı tedavilerdir. Bu tedaviler geri ödeme kuruluşlarınca farklı oranda karşılanmaktadır. Bu uygulamanın devamı ile birlikte, çocukluk ve erken adolesan döneminde aile diş hekimliği uygulaması büyük önem kazanabilir. Bu dönemde ağız diş sağlığının korunması, koruyucu önlemlerin alınması pahalı olmayan ve ileride ortaya çıkacak sorunları büyük oranda önleyen uygulamalardır. 5-15 yaş grubuna ücretsiz diş hekimliği hizmetinin verilebilmesi ağız diş sağlığının geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasında büyük önem taşımaktadır. Aile diş hekimliği kapsamında kişilere ücretsiz verilecek hizmetler Bakanlık ve ilgili kurumlarca belirlenecektir.

■ 6.13. Aile Sağlığı Birimi/ Merkezi Standartları

6.13.1. Yerleşim

Birinci basamak sağlık hizmeti verilen bina, sağlık hizmetlerinin çeşidine ve niteliğine uygun, hizmeti sunan ve kullananların memnuniyetine yönelik, fonksiyonel ve yapısal olarak belirlenen minimum standartları sağlayacak şekilde ve hizmeti kullanan nüfusun kolayca ulaşabileceği yerde olmalıdır. Sağlık hizmetleri il içinde bir bütündür; bölgede yaşayan nüfus, ulaşım kolaylığı, halkın tercihi gibi kriterlere göre il sağlık idareleri planlama yapacaklardır.



Aile hekimleri, bölgedeki Sağlık Bakanlığı ve diğer kurumlara bağlı uygun sağlık kuruluşlarında hizmet verebilecektir. Yeterli imkanın sağlanamaması halinde hekimler çalışacağı bölgede kendi donatacakları uygun standartları taşıyan mekânlarda hizmet verebileceklerdir. Bu durumda ücretlendirmede kira bedeli dikkate alınacaktır.

6.13.2. Fiziksel Mekan

Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının birlikte ekip olarak görev yapmalarına, tanımlanan hizmetlerin uygun olarak verilmesine ve kişilerin hizmete kolay erişimine imkan sağlayacak şekilde oluşturulacak olan fiziksel mekânların (aile sağlığı birimi) standartları Bakanlıkça belirlenecektir. Birden fazla aile hekimi aynı mekânda çalışacaksa (aile sağlığı merkezi), ilave hekim ve diğer sağlık personeli sayıları ve hizmeti kullanan hasta yoğunluğu dikkate alınarak asgari mekan standartları tanımlanacaktır.

Aile sağlığı biriminin asgari fiziksel şartları şöyle sıralanabilir:

1. Binanın güvenli, uygun havalandırma ve aydınlatma imkanlarına sahip olması gerekir.
2. Bekleme ve sekreter kayıt salonu olmalıdır.
3. Hekim muayene odası en az 12 metrekare olmalıdır.
4. Muayene odasından başka bir girişim odası bulunmalıdır. Bu odada aşı, enjeksiyon, küçük cerrahi müdahaleler yapılmasına uygun muayene ve müdahale masası, jinekolojik muayene masası ve bu muayene ve girişimlerin ve acil müdahale malzemelerinin, dezenfeksiyon ve sterilizasyon cihazlarının bulunması gereklidir. Bu oda ayrıca ön muayene odası olarak da vital bulguların ve boy-kilo gibi ölçümlerin yapılması için kullanılabilir.
5. Çalıştırılması plânlanıyorsa, laboratuvar cihazlarının bulundurulacağı ve çalıştırılacağı uygun bir oda bulunmalıdır.

6. Hasta kayıtlarının tutulacağı, dosyalama, istatistik tutma, resmi kurum ve sigorta kurumlarına yapılacak bildirimlerin hazırlanması gibi çalışmaların yapılacağı arka büro bulunmalıdır.

7. Hastaların kullanabileceği bir lavabo ve tuvalet olmalıdır.

6.13.3. Asgari Tıbbi Donanım

Aile sağlığı biriminde asgari olarak aşağıdaki tıbbi malzemeler bulundurulmalıdır.

- Stetoskop (erişkin ve çocuk için)
- Tansiyon aleti (gerekli manşonlarla birlikte)
- Otoskop
- Oftalmoskop
- Termometre
- Dil basacağı (tek kullanımlık)
- Işık kaynağı
- Snellen eşeli
- Küçük cerrahi seti
- Pansuman seti



- Jinekolojik muayene seti
- Muayene masası
- Jinekolojik muayene masası
- Tartı (bebek boy, çocuk ve erişkin boy)
- Boy ölçer (bebek boy, çocuk ve erişkin boy)
- Mezura
- Refleks çekici
- Keskin atık kabı
- Enjektör (disposabl)
- Hava yolu (airway)
- Ambu (erişkin ve çocuk için)
- Oksijen tüpü (portabl)
- Seyyar lamba
- Buzdolabı
- Paravan
- İlâç ve malzeme dolabı
- Temel acil ilaçlar (Bakanlıkça belirlenecek liste)

6.13.4. Personel

Tek hekimin olduğu birimlerde (aile sağlığı birimi) en az bir adet aile sağlığı elemanı bulunur. Bu eleman ebe, hemşire, sağlık memuru veya acil tıp teknisyeni olabilir. Hizmet yoğunluğu, kayıtlı kişi sayısı dikkate alınarak birden fazla eleman çalıştırılması tercih edilebilir. Kırsal bölgelerde aile sağlığı elemanının ebe olması tercih edilmektedir. Aile sağlığı elemanı aile hekiminin her alanda yardımcısıdır; tıbbî hizmetlerin yanında hasta kayıtları, istatistik tutulması gibi işlemleri de yapar.

Birden fazla hekimin bulunduğu birimlerde (aile sağlığı merkezi) hizmetin gereği kadar aile sağlığı elemanı çalış-

tırılacaktır. Kayıt işlemleri, hasta takibi ev ziyaretleri, laboratuvar ve radyoloji gibi hizmetler açısından farklı özellikte personel çalıştırılabilir. Ayrıca hizmet ve temizlik elemanı çalıştırmak hekimlerin kendi tercihidir.

■ 6.14. Ücretlendirme Modeli ve Hizmet İlişkisi

Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA), belirli bir sabit ücret ve/veya kişi başı ödemeye ek olarak, hizmet başı ödemeyi içeren karma bir sis-

temi en uygun model olarak önermektedir. Yörenin özellikleri dikkate alınarak belirli hastalıkların önlenmesi, taranması ve bireysel koruyucu sağlık hizmetlerinin daha iyi verilmesi için özendirme veya ödeme modelleri ile teşvik uygulamak mümkündür. Hizmet başı ödeme yöntemi aslında kaliteyi korumaya yönelik olmakla birlikte sağlık harcamalarını oldukça artıran bir modeldir. Global bütçeleme veya kişi başı ödeme uygulamasında ise kaliteden taviz verilmemesi esastır ve kontrollü harcama yapılmasını güvence altına alır.

Ülkemizde sistemin güvenli bir şekilde işlerliğini sağlamak açısından sabit ücret ve kişi başı ödemeyi





öngörmektedir. Kaliteyi ön plâna çıkarmak, koruyucu hekimlik uygulamalarında daha fazla başarılı olmak için belirli hizmetleri özendirici hizmet başı ödemeler sisteme ilave edilecektir.



Aile hekimliği uygulamasından beklenen başarının elde edilebilmesi için toplumun tüm bireylerini kapsayan bir sağlık güvence sisteminin var olması gerekir. Birinci basamakta çocuklara yönelik koruyucu ve tedavi edici hizmetler, bağışıklama, doğum öncesi bakım, doğumların yaptırılması, aile planlaması, riskli gebeliklerin önlenmesi, enfeksiyon hastalıkları ile mücadele, sağlık eğitimi, tedavi ve rehabilite edici hizmetlerin halka ücretsiz verileceği bir model esastır. Genel sağlık sigortasına geçilmeden önceki pilot uygulamalarda dahi tanımlanan temel sağlık hizmetlerinin ücretsiz verilmesi güvence altına alınacaktır. Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarının her birinin sağlık güvencesi anlamına gelen Genel Sağlık Sigortası bu uygulamanın ülke geneline yayılmasını kolaylaştıracaktır. Hizmet sözleşmesi şartları ülke genelinde aynı olmalı, ancak il ve/veya bölge bazında Sağlık Bakanlığı'nın talebi ile sözleşmeye ek koşullar konulabilmelidir.



Aile hekimliği uygulaması yerleştğinde ülkede sağlık harcamaları daha kontrollü olacaktır. Aile hekimleri kişilerin hayat boyu sağlık durumunu ve yaşama ortamını yakından takip edecekler ve koruyucu ve bilgilendirici hizmetlerin rolü pahalı sağlık harcamalarının önüne geçecektir. Hastahanelerde ayaktan veya yatarak tedavi gören hastalara ait harcamalar aile hekimliği uygulaması ile azalacak, bireye yönelik koruyucu hizmetlerin artması, doktorun daha kolay erişilir olması, erken teşhis gibi nedenlerle hastalık yükü ve sağlık harcamaları azalacaktır.

Aile hekiminin geliri kendisini seçen hasta sayısı ile orantılı ücretin (kapitasyon, kişi başı ücretlendirme) ve hizmet destek ödemelerinin toplamından oluşacaktır. Aile hekimlerin ücretlendirilmesinde rol oynayan dinamikler, daha iyi bir ofis yönetimi, daha iyi bir organizasyon ve personel yönetimi yoluyla masrafların sınırlandırılması sonucunu doğuracaktır. Yani doktor-yöneticiler, mekan, enerjiyi, tıbbi cihazları ve personeli daha verimli kullanabilecekleri bir modele doğru kayacaklardır. Aile hekimleri, diğer tanı ve tedavi araçlarını, uzmanlık dallarını ve hastahaneleri seçme ve hastalarını yönlendirme hakkını ellerinde bulundurdukları için bu hizmet sunucuları arasında da bir koordinasyon oluşacaktır.

Çalışanları özendirmek esas alınmalıdır. Bölge farklılıkları nedeni ile, aile hekimlerini ülkenin bazı bölgelerinde çalıştırmak, şu anda olduğu gibi zor olabilir. Personel dağılımını dengeli hale getirebilmek için bölgelerin gelişmişlik düzeylerine göre belirlenen kat sayılar ücretlendirmede rol oynayacaktır.

Hasta sevk oranlarının takibi ve bu oranların aşağı çekilmesindeki başarının ödüllendirilmesi esastır. Gezici sağlık hizmetlerinin önem taşıdığı ve tek doktor olan yerlerde hekim seçme özgürlüğü sağlanamadığından performans kriterleri izlenerek hekimler teşvik edilir. Kişi başı sabit prim dışındaki hizmet başı ödeme ve ek puanlar sistemin daha kaliteli ve verimli hale gelmesi için belirlenecek politikalar doğrultusunda teşvik görevi görür.

■ 6.15. Kontrollü Yerel Uygulamalar ve Kademeli Geçiş



Aile hekimliği uygulamasına ilk olarak orta ölçekli bir ilde başlanıp, uygulama modelinin pratikte işlerlik kazanması kısa sürede sağlandıktan sonra farklı bölgelerde ve farklı özelliklere sahip değişik ölçekli 5 ilde pilot olarak uygulanmaya devam edilecektir. Seçilecek illerin ülkemizin farklı özelliklerini yansıtmaması, yaygınlaştırma çalışmaları için önemli deneyim sağlayacaktır. Gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra, kademeli olarak yaygınlaştırılma sağlanacaktır. Bu kademeli yaygınlaştırma kontrollü yerel uygulamalardan elde edilen birikimlerin değerlendirilmesi ve ülkenin farklı şartlar taşıyan yapısına uyum sağlayabilme fırsatını verecektir.

Pilot uygulama yapılacak illerde tıp fakültesi ve aile hekimliği anabilim dalı bulunması ve eğitim kurumu ile sürekli ilişki ve destek sağlanması kolaylaştırıcı bir unsur olarak kabul edilmektedir.



Belirli illerde başlatılan uygulamalar başlandığı ilin bütünü kapsadıktan sonra ikinci aşamada her ilin kendi karakteristik yapısına yakın illere de yayılacaktır. Bu şekilde ülkemizin farklı bölgelerinde gittikçe daha fazla nüfusu kapsayacak şekilde genişleyen bir aile hekimliği uygulamasına kavuşulacaktır. Bu tarz genişleme, edinilen deneyimlerin değerlendirilmesi, sistemin etkililiği ve verimini artıracak önlemlerin alınması, motivasyonun artırılması ve eğitilmiş aile hekimi sayısının artırılması ile uygulamanın yürütülmesi açısından yararlı olacaktır.

Bu süreç yıllarla ifade edilen uzun bir zaman alacaktır. Ancak sistemi güvenli bir şekilde yaygınlaştırmak süreklilik kazanması açısından önemlidir. Bu geçiş süreci aile hekimi kavramının toplum tarafından benimsenmesini, yeni kavrama uygun olarak hasta davranışının gelişmesini ve doktor ve diğer sağlık elemanlarının davranışının aile hekimliği uygulamalarına uygun olarak şekillenmesini sağlayacaktır. Ayrıca bu süreçte denetim ve kontrol mekanizmaları geliştirilmiş olacaktır.

Bu süreç genel sağlık sigortası uygulamasına geçiş ve bunun yaygınlaşması açısından da gereklidir. Aile hekimliği uygulamasının bütün yurt sathına yayılması için, temel sağlık hizmetlerini kapsayan bir teminat paketinin bütün vatandaşlara ücretsiz sunulabilmesi gerekir.

■ 6.16. İşyeri ve Kurum Hekimlikleri

İşyeri hekimliğinin amacı iş ve işyeri sağlığını denetim altında tutma, çalışma süresince meslek hastalıkları ile ilgili tanı, takip ve muayeneleri yapmaktır. İşverenler, kanunen çalışanlarına mesleki koruyucu sağlık hizmetlerini vermek ve bunları düzenlemek zorundadırlar. Bu da işverenlerin iş yüzünden oluşabilecek sağlık risklerini önlemek amacıyla gerekli sağlık hizmetlerini sağlamaları anlamına gelmektedir. Ayrıca iş yüzünden oluşabilecek riskler ve bunların önlenmesi konularında da yeterli eğitimi vermek zorundadırlar.



İşyeri hekimi sevk gerektiğinde çalışanı yönlendirir ve aile doktoruna bildirir. Kişiler aile hekimlerince takip edilmek durumundadır. Belli koruyucu veya tedavi edici sağlık hizmeti gerektiğinde işyeri hekimi ve aile hekimi işbirliği içinde bu hizmetlerin yerine getirilmesini sağlarlar.

Rutin birinci basamak sağlık hizmetinin yürütülmesi anlamında uygulanan kurum hekimliği aile hekimliği ile birlikte düşünülemez. Ancak kurumların kendi işleyiş durumlarına göre özelleşmiş sağlık denetimi ve kontrolleri, rapor tanzimleri gibi hususların yürütüldüğü kurum hekimliği anlayışı aile hekimliğinden ayrı düşünölmek zorundadır. Cezaevi, yatılı okul gibi toplu yaşama mekanlarında oluşturulan revir benzeri sağlık birimleri de aile hekimliğinden bağımsızdır.



7. SONUÇ

Türkiye'nin ekonomik anlamda kazandığı başarılarla rağmen vatandaşlarımızın sağlık seviyesi ülkenin ödeyebileceği ve sağlayabileceğinin altındadır.

Ülkemiz sağlık sektörünün giderek yoğunlaşan sorunları, artık sektörün yeniden yapılanmasının kaçınılmazlığı ve bu yapılanmanın ertelenemezliğini açıkça ortaya koymaktadır. Mevcut sağlık hizmetleri arzının nicelik ve nitelik olarak yetersizliği, sağlık göstergelerindeki olumsuz sonuçlar ve genel bir hoşnutsuzluk, bu olumsuzlukların doğal sonucu olmaktadır.

Tüm bu olumsuzlukların giderilmesi için başlatılan sağlıkta dönüşüm çalışmaları ve bu çalışmaların en önemli bölümü olan birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi ve aile hekimliği uygulamasına geçiş mümkün olan en kısa zamanda tamamlanacaktır.

Bu kitap ülkemizde uygulanması planlanan aile hekimliği pratiğine ışık tutmak üzere hazırlanmış olan bir dokümandır. Türkiye'de aile hekimliği uygulamalarının başlatılması amacıyla hazırlanan Aile Hekimliği Pilot Uygula-



ma Kanunu 24 Kasım 2004 tarihinde TBMM’de kabul edilmiş olup, 9 Aralık 2004 tarihinde Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Sağlık Bakanlığı’nca seçilecek illerde alt yapı çalışmaları tamamlandıktan sonra uygulanmaya başlanacaktır. Uygulanmaya başlandıktan sonra alınacak geri bildirimlerin değerlendirilmesi sayesinde geliştirilerek yaygınlaştırılması mümkün olabilecektir.

YARARLANILAN KAYNAKLAR

- 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun Metni, 1961.
- 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun Gereke Metni, 1961.
- Aile hekimliği danışma kurulu toplantıları (Aile hekimliği uygulamasına geçişte akademisyenlerin ve ilgili sivil toplum kuruluşlarının da görüşlerinin alınıp değerlendirilmesi amacıyla) 15.7.2003, 1.8.2003, 21.8.2003, 25-26.9.2003, 13-14.10.2003 ve 24.12.2003 tarihlerinde altı çalışma toplantısı ve eğitici eğitimi taslak programı ve taslak materyali geliştirme tutanakları, 2003.
- Akdur R. Sağlık Hizmetlerinde Finansman ve Ulusal Ekonomi. Yeni Türkiye 2001;40:1571-86.
- Aksakoğlu G, Kılıç B, Uçku R. Aile Hekimliği Türkiye için Uygun Değildir, Toplum ve Hekim, TTB, 2003; 18(4):251-7.
- Avusturya, Bulgaristan, Çek Cumhuriyeti, Norveç Sağlık Sistemini Yerinde İnceleme Bilgi Dokümanları ve Raporları, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara, 2004.
- Aydın S. Sağlık Hakkı, SB Diyalog 2004; 1(1):49-51.
- Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri, Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Üç Yıl. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2002.
- Boztok D, Gündoğdu HF, Ahsen, Ü, Korkmaz F. Sağlık Hizmetlerinin Etkinleştirilmesi İçin Temel İle ve Politikalar. Yeni Türkiye 2001;40: 1818-21.
- Chawla M, Tomasik T, Kulis M, Windak A. Economics of a family practice in Krakow. Boston: Department of Population and International Health; 1998.
- Çağlayan S. Sağlık Sistemimiz ve Sağlıkta Yeniden Yapılanma Üzerine Yaklaşımlar. Yeni Türkiye 2001; 40:1196-1208.
- Çağlayaner, H. (ed.), Aile Hekimliği I ve II, İstanbul: İletişim Yayınları; 1995.
- Deutchman ME, Sills D, Connor PD. Perinatal outcomes: a comparison between family physicians and obstetricians. Journal of the American Board of Family Practice 1995; 8(6): 440-7.
- Doğramacı İ. İnsan Sağlığının Kaynağı ve Eğitim. Yeni Türkiye 2001;39: 325-30.
- Doğusan AR, Üstü Y, Kasım İ, Korukluoğlu S, Uğurlu M. 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirmesine Dair Kanun Hedefine Ulaştı mı?. Temel Sağlık Dergisi 2004; 1(2):25-30.
- Dünya Sağlık Örgütü internet sitesi (www.who.int).
- Dünya Sağlık Örgütü. 21. Yüzyılda Herkese Sağlık. WHO:Copenhagen: WHO Publications;1998.
- Family Physicians: The Logical Resource for Our Evolving Health Ca-



- re System. California: California Academy of Family Physicians. August 1998.
- Figueras J, McKee M, Cain J, Lessof S. Health systems in Transition: Learning From Experience. Copenhagen: WHO publications; 2004.
 - Fişek N. Halk Sağlığına Giriş. Ankara: Hacettepe yayınları; 1985.
 - From Alma-Ata to the year 2000. Copenhagen: WHO Publications; 1998.
 - Gessner TP, Bertolino JG. Pediatric Admissions by Family Physicians and Pediatricians in a Semirural Environment: Implications for Residency Training. J Am Board Fam Pract 1999; 12:128 - 32.
 - Goicoechea J. Primary Health Care Reforms. Geneva: WHO Publications; 1996.
 - Güler Ç, Vaizoglu S. Toplum Sağlığı Eğitimi: Sağlık İçin Eğitim. Yeni Türkiye 2001;39: 795-806.
 - HealthCare Systems in Transition, Czech Republic. Copenhagen: European Observatory on Healthcare Systems; 2000.
 - Hellenic Republic Ministry of Health and Welfare, www.labor-ministry.gr.
 - Herkese Sağlık, Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri – Sağlık 21, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2001.
 - Human Development Indicators. NewYork: United Nations Publications; 1999.
 - Improving Health Systems: The Contribution of Family Medicine. WONCA; 2002.
 - Informal payments in EU Accession Countries. Euro Observer Summer 2003; 5:2.
 - Koulaksazov S, Todorov S, Tragakes E, Hristova S. Healthcare Systems in Transition Bulgaria. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems. Copenhagen: WHO publications; 2003.
 - Morasch Laura J. Family Physicians and Inpatient Care in the Era of the Hospitalist, California Academy of Family Physicians. California; 2003.
 - McGann KP, Bowman MA. A Comparison Of Morbidity And Mortality For Family Physicians And Internist Admissions. Journal of Family Practice 1990; 31(5): 541-5.
 - McGann KP, Bowman MA, Davis SW. Morbidity, Mortality And Charges For Hospital Care Of The Elderly: A Comparison Of Internist And Family Physicians Admissions. Journal of Family Practice 1995;40(5):443-8.
 - Member Attitude Survey. American Academy of Family Physicians; 2000.
 - Müftüoğlu O, Göka E, Özbek M, Kut A, Şapçı H, Cebeci S. Sağlık Sistemimizin Değişim Zorunluluğu ve Metropol Kentler İçin Yeni Bir Model Önerisi. Yeni Türkiye 2001;40: 1240-65.
 - OECD Health Data. OECD Publications, 2001.

- Özsarı SH. Sağlıkta da Yeniden Yapılanma. Yeni Türkiye 2001;40: 1209-16.
- Öztekin Z. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri. Yeni Türkiye 2001;39: 60-4.
- Öztekin Z. Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri. Yeni Türkiye 2001;39: 294-8.
- Öztekin Z. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Sağlık Ocağı Yönetimi. Ankara: Palme Yayıncılık; 2004.
- Pekcan H, Uğurluoğlu Ö. Kentlerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, Aile Hekimliği. Yeni Türkiye 2001;39: 817-44.
- Rogers DA. Enrolment procedures and self-selection by patients: evidence from a Polish family practice. Health Policy and planning; 14:285-90.
- Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik. Ankara: DPT Özel İhtisas Komisyonu Raporu; 2001.
- Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2001.
- Sağlık İstatistikleri 2000. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2001.
- Sağlık İstatistikleri 2001. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2002.
- Sağlık İstatistikleri 2002. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2003.
- Sağlıkta Dönüşüm. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları; Aralık 2003.
- Sağlık Sistemleri Özel Sayısı, Toplum ve Hekim. (9), 64-65, Kasım 1994-Şubat 1995.
- Savaş S. Türkiye Sağlık Sistemi: Kısa Bir Genel Bakış. Yeni Türkiye 2001;39: 87-128.
- Savaş S. A Methodology for Analysing Contracting in Health Care. Geneva: WHO Publications; 2000.
- Savaş S, Karahan Ö, Saka RÖ. Healthcare Systems in Transition Turkey, Copenhagen: WHO publications; 2002,
- Second European Conference on the Teaching of Family Physicians. Holland: General Practitioners Working Group Report; 1974.
- Sekizinci 5 yıllık Kalkınma Planı. Ankara: DPT Yayınları; 2000.
- Sektörel İstişare Toplantısı Sonuç Raporu. İstanbul: Sağlık Bakanlığı; 2003.
- Sissouras A, Souliotis K. Health Health Care and Welfare In Greece. Athens: Hellenic Republic Ministry of Health and Welfare; 2003.
- T.C. Anayasası, 1982.
- The European Definition of General Practice / Family Medicine. WONCA, 2002.
- Fabian C. The Future General Practitioner / Family Doctor In Europe – A Specialist. European Union of General Practitioners (www.ue-mo.org).
- Treaty of Amsterdam amending the Treaty on European Union. Amsterdam: 1997.



- Turkey, Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency. New York: World Bank; 2003.
- Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) 1. Çalıştayı Sonuç Bildirgesi. Ankara: Aralık 2002.
- Tüzer TT, Görpelioğlu S. Aile Hekimliği. Yeni Türkiye 2001;39: 845-52.
- Uğurlu M., Üstü Y, Doğusan AR, Kasım İ, Görpelioğlu S., Aile Hekimi Hastahane Çalır mı? (Poster). VI.Ulusal Aile Hekimliği Kongresi, Bursa/Türkiye4-7 Mayıs 2004.
- Ulusal Sağlık Hesapları. 2003 (Sağlık Bakanlığı Yayınlanmamış Rapor).
- UNICEF verileri (<http://www.unicef.org/infobycountry/Turkey.html>).
- Uz MH. Sağlık Reformunda Aile Hekimleri için Önerilen Ödeme Modelinin Uluslararası Deneyimlerin Işığında Değerlendirilmesi. Yeni Türkiye 2001;40: 1178-84.
- Varlık M. Sağlık Sektöründe Öncelik Belirleme ve Temel Stratejiler. Yeni Türkiye 2001;40: 1101-6.
- VI. Ulusal Aile Hekimliği Kongre Kitapçığı. Bursa: Uludağ Ü.ve TAHUD; 2004.
- WHO/European Health For All Database, 2002.
- Windak A, Chawla M, Berman P, Kulis M. Contracting family practice in Krakow. Boston: Department of Population and International Health; January 1997.
- World Development Indicators. New York: World Bank Publications, 2002.
- Yüksek Sağlık Şurası. 1-5 Eylül 2003/ 231/10802 sayılı tavsiye kararı, Ankara, 2003.



AİLE HEKİMLİĞİ