



SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLERDE İNOVATİF YAKLAŞIMLAR PROJESİ Odak Grup Görüşmeleri / Çalıştaylar Serisi



AİLE HEKİMLERİNİN GÜNCEL SORUNLARI VE GELECEK PERSPEKTİFİ ÇALIŞTAYI

SONUÇ RAPORU



SASAM
ENSTİTÜSÜ

Sağlık-Sen Stratejik Araştırma Merkezi
Sağlık-Sen Strategic Research Centre

SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLERDE İNOVATİF YAKLAŞIMLAR PROJESİ

Odak Grup Görüşmeleri / Çalıştaylar Serisi



“AİLE HEKİMLERİNİN GÜNCEL SORUNLARI VE GELECEK PERSPEKTİFİ ÇALIŞTAYI” SONUÇ RAPORU

29 Haziran 2024

Yayına Hazırlayan
Sağlık-Sen Hekim Komisyonu

Sağlık-Sen Adına İmtiyaz Sahibi

Mahmut Faruk DOĞAN

Genel Başkan

Proje Koordinat6ru

Mustafa IRGATOĐLU

Yayın Kurulu

Durali BAKI

Sinan KULU6ZT6RK

Yasin BARUTCU

İdris BAYKAN

Abdullah DUMAN

Proje Sorumlusu

Av. 6zlem TITREK YILDIRIM

Akademik Danıřman

Doç. Dr. Ali Ramazan BENLİ

Çalıştay Başkanı

Doç. Dr. Muhammet Ali ORUÇ

D6zenleme Kurulu

Dr. H6seyin Alperen G6LDİKEN

Defne DEMET

Aykut KAYIř

Av. K6bra BARKAN

Av. Mahmut DİKİLİ

Av. Cansever KUNDUKAN

Av. Ahmet Melih 6NER

Ali YILDIZ

Yusuf Ziya UYSALER

Murat Zeki BAřPINAR

Grafik Tasarım

Sedat ALTUĐ

Abdurrahman Tayyib BALCI

Ankara | 2024

İletifim

SAĞLIK-SEN GENEL MERKEZİ

Z6beyde Hanım Mh. Sebze Bahçeleri Cd.

No:86 Altındağ/Ankara (Memur-Sen Binası Kat: 11-12-13)

Tel: 444 1995

www.sagliksen.org.tr

Bu yayın, Sağlık-Sen Hukuk ve Mevzuat Birimi tarafından hazırlanmıştır.

TAKDİM

Sağlıkta dönüşüm programı ile sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak, ulaşılabilirliğini sağlamak, sağlık sisteminin etkinliğini yükseltmek, bireylerde sağlık bilincini artırmak ve önleyici sağlık hizmetlerini sunmak gibi pek çok önemli görevi üstlenen aile hekimliği uygulaması oluşturulmuştur. Bu özelliğiyle aile hekimliği, sağlık sisteminin temel taşlarından biridir. Temel bir insan hakkı olarak sağlığa hızlı erişimin sağlanması ve hastalık ortaya çıkmadan veya ilk aşamada tedavi sürecinin başlayabilmesi ise; aile hekimliği uygulamasının doğru ve etkili bir şekilde işleyebilmesi ve çalışanların haklarının korunması ile mümkündür.

Aile hekimliği uygulaması kurulduğu günden bu yana birtakım sorunları da beraberinde getirmiştir. Özellikle sistemin sürdürülmesinde ve etkili bir şekilde işleyebilmesinde öncü role sahip olan aile hekimleri ve onların bu süreçteki paydaşları olan aile hemşireleri/aile ebeleri, önemli ve ivedilikle çözüm bekleyen sorun-

"Elbette ki ortaya çıkan bu sorunlar, sadece aile hekimlerini değil, aynı zamanda halk sağlığını da derinden etkilemektedir."

larla karşı karşıyadır. Aile hekimlerinin rolü, toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak ve sürdürülebilir bir sağlık sistemi oluşturmak için hayati bir önem taşımaktadır.

Hedef nüfus ile aile hekimi sayısındaki iş yüküne yansıyan orantısızlık, aile sağlığı merkezlerinin gelirleri ve cari giderlerine ilişkin sorunlar, performansa dayalı işlemlerde ilgili hasta sorumluluğunun da gözetilmemesi, mali açıdan ve güvenliğin sağlanması noktasında yaşanan sorunlar, eğitim ve mevzuat konusundaki eksiklikler ve raporumuzda daha detaylı olarak ifade edi-

len birçok sorun; aile hekimlerinin motivasyonunu azalttığı gibi sağlık hizmetlerinin kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir. Elbette ki ortaya çıkan bu sorunlar, sadece aile hekimlerini değil, aynı zamanda halk sağlığını da derinden etkilemektedir. Sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması ve toplumsal sağlığın iyileştirilmesi için aile hekimliğinin güçlendirilmesi ve sağlık politikalarının aile hekimliği merkezli bir yaklaşım ile şekillendirilmesi büyük bir önem taşımaktadır.

Karşılaşılan sorunların giderilmesi için atılacak adımlar, yalnızca aile hekimlerine yönelik olmayıp, aynı zamanda toplumun genel sağlık seviyesinin yükseltilmesine de katkı sağlayacaktır. Bu anlamda, hep birlikte çözüm yolları üretmek, uygulamak ve gelecek perspektifi oluşturmak adına Sağlık-Sen Hekim Komisyonumuz koordinatörlüğünde

“Aile Hekimliğinin Güncel Sorunları ve Gelecek Perspektifi Çalıştayı”nı gerçekleştirdik. Çalıştayı sonuç raporunun hazırlanmasında emeği geçen ve değerli katkılarını bizlerle paylaşarak değerli çözümler ortaya koyan başta Sağlık-Sen Hekim Komisyonumuz olmak üzere, Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu AHEF’e ve Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği TAHUD’a, SASAM Hekim Koordinatörü Doç. Dr. Ali Ramazan BENLİ’ye, Çalıştay Başkanıımız Doç. Dr. Muhammet Ali ORUÇ’a teşekkür ediyorum.

Türkiye’de aile hekimliği uygulamasının güçlendirilmesi ve aile hekimlerinin sorunlarının çözülmesi adına raporumuzun yol gösterici olacağına inanıyor, gelecekte sağlıklı toplum, nitelikli hizmet sunumu ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi adına faydalı olmasını umuyorum.

Mahmut Faruk DOĞAN
Genel Başkan

ÖNSÖZ

Aile sağlığı merkezleri, sağlık sistemimizin temel taşlarındandır. Vatanlarımızın ilk başvuru noktası olarak sağlık sistemimiz içinde büyük bir yere ve sorumluluğa sahiptir. Bu sorumluluğun getirdiği yükü hafifletmek, Aile Sağlığı Merkezi çalışanlarının çalışma koşullarını iyileştirmek ve daha iyi sağlık hizmeti verilmesini sağlayacak gerekli olanakları oluşturmak için mücadele etmek bizim öncelikli görevlerimiz arasındadır.

Sağlık-Sen Hekim Komisyonu, hekimlerimizin problemlerini tespit edip, bu problemlerin ve çözüm yollarının gerçeklik ile ters düşmeksizin ortaya konulması misyonuyla kurulmuştur. Bu amaçla Sağlık ve Sosyal Hizmetlerde İnovatif Yaklaşımlar Projesi Odak Grup Görüşmeleri kapsamında hekim komisyonumuzun gerçekleştirmiş olduğu ikinci çalıştayımızda sağlık sistemimizin en önemli dinamiklerinden

olan aile hekimliği sisteminin bugününü ve geleceğini konuşmak üzere bir araya geldik.

29 Haziran 2024 tarihinde 4 farklı masada gerçekleşen çalıştaya katılım sağlayan 48 hekimimiz ile aile hekimliği sistemini sürdürülebilir kılacak, çalışanların hekiminin ve hastaların daha iyi sağlık hizmeti aldığı bir hale getirecek önerileri ele aldık. Çalıştayımızda aile hekimliği uygulamasında ve aile hekimliği uzmanlık eğitiminde yaşanan güncel sorunları, aile hekimliği yönetmeliklerindeki değişiklik taleplerini konuşma ve yurtdışındaki iyi uygulama örneklerini inceleyerek çözüm önerilerini tartışma imkanımız oldu.

Çalıştay sonuç raporunun hekimlerimiz, halkımız ve sağlık sistemimiz için olumlu değişikliklere vesile olmasını temenni ediyorum.

Tüm hekimlerimize kolaylıklar dilerim. Saygılarımla...

Dr. Hüseyin Alperen GÜLDİKEN

Sağlık Sen Hekim Komisyonu Başkanı

GİRİŞ

Aile Hekimliği Uygulaması ilk olarak 2005 yılında Düzcé'de pilot uygulama olarak başlatılmış, 2010 yılı itibarıyla ülke çapında uygulamaya geçilmiştir. Aile hekimliği uygulaması ile kişi merkezli planlanan birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı tarafından verilmektedir. Türkiye'de temel sağlık hizmeti Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) sunulmaktadır. ASM'ler, nüfus yoğunluğuna göre aile hekimliği birim sayıları oluşturularak planlanmıştır. Bir aile hekimliği biriminde (AHB) ilgili mevzuata göre bir aile hekimi ve asgari bir aile sağlığı çalışanı bulunmaktadır. Ülkemizde tek AHB'den müteşekkil ASM'ler olduğu gibi sayıları 10'a ulaşan AHB'lerden oluşan ASM'ler de vardır ve 3-10 birimli ASM'ler çoğunlukta.

Aile hekimliği, her bireyin bir aile hekimine kayıtlı olması ve sağlık durumunun bu hekim tarafından sürekli olarak takip edilmesi prensibine dayanmaktadır. Bu uygulama özellikle hastalıkların erken teşhisi, kronik hastalıkların takibi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulmasında önemli avantajlar sağlamaktadır. Aile hekimleri, kişiye özel sağlık planları oluşturup, güncel teknolojiyi de kullanarak hastaların sağlık durumlarını yakından takip eder ve gerektiğinde ikinci veya

üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu sağlık tesislerine yönlendirir. Sağlık sistemi içerisinde uygulama alanı genişliği ve ulaşılabilirlik açısından en önemli yapı taşı aile hekimliği uygulamasıdır. Aile hekimliği sağlıklı yaşam, hastalıklardan korunma

"Bu uygulama özellikle hastalıkların erken teşhisi, kronik hastalıkların takibi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulmasında önemli avantajlar sağlamaktadır."

ve erken teşhis gibi alanlarda görev almakla beraber herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaşıldığında da başvurulacak ilk yerdir. Bu durum aile hekimliğinin önemini her geçen gün artırmaktadır.

Ülkemizde pilot uygulamaları ile 20 yıla yaklaşan ve ülke geneli uygulaması da 15 yılı bulan aile hekimliği uygulaması değişen ve gelişen sağlık sistemi içerisinde ihtiyaçlara yeterli cevap vermemeye başlamıştır. Aile hekimliği uygulamasının statik yapıdan çıkarılıp dinamik ve işlevsel bir yapıya kavuşturulması gerekmektedir. ASM'lerin karşılaştığı mali ve idari sorunlar, hekimlerin iş yükünde oluşan artış ve hastaların giderek memnuniyetsizliklerinin artması; hekimlerin ve çalışanların memnuniyetsizliği ve motivasyon kaybı sistem içerisindeki sorunların tartışılması ve güncellenmesi ihtiyacını doğurmuştur. Sağlık-Sen

"Aile hekimliği uygulamasının statik yapıdan çıkarılıp dinamik ve işlevsel bir yapıya kavuşturulması gerekmektedir."

Hekim Komisyonu himayesinde gerçekleştirilen "Aile Hekimliğinin Güncel Sorunları ve Gelecek Perspektifi Çalıştayı" ile alanında uzman akademisyenler, sahada aktif çalışan uzman aile hekimleri, uzmanlık süresindeki asistan aile hekimleri ve sözleşmeli aile hekimleri ile birlikte sorunlar kapsamlı bir şekilde ele alınmış ve çözüm önerileri sunulmuştur. Ayrıca uzmanlık eğitimi süreci derinlemesine incelenmiş, gelecek perspektifi konusunda yol haritası çıkarılmıştır.

Doç. Dr. Ali Ramazan BENLİ
SASAM Hekim Koordinatörü

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI PRATİĞİNDE YAŞANAN SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Hedef Nüfusun Azaltılması ve Hekim Sayısının Artırılması

Sağlık Bakanlığı 2012 yılında yaptığı değerlendirmede, aile hekimi başına düşen nüfus hedefini 2023 yılı için 2000 kişi olarak belirtmiştir. Bu hedefe yönelik olarak Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği 20. maddesi birinci fıkrası, "Aile hekimliği birimleri bölgede ortalama 2000 kişiye bir aile hekimi düşecek şekilde tespit edilir." şeklinde 2017 yılında güncellenmiştir. En son açıklanan sağlık istatistikleri yılı 2022 yılına aittir. Türkiye geneli 2022 yılı aile hekimi başına düşen ortalama nüfus 3.072 kişidir. Geldiğimiz noktada bu hedeflere hala ulaşamamıştır ama bununla birlikte Sağlık Bakanlığı 2024- 2028 Stratejik Planı kapsamında hekim başına 2500 nüfus

"Öncelikle aile hekimliğinde sunulan hizmetin kalitesinin artırılması için hekim başına düşen nüfusun mevcut çalışanlar için gelir kaybına neden olmadan azaltılması elzemdir ve bunun için de aile hekimliği birimi ve aile hekimi sayısının artırılması gerekmektedir."

hedefi belirlemiştir. Öncelikle aile hekimliğinde sunulan hizmetin kalitesinin artırılması için hekim başına düşen nüfusun mevcut çalışanlar için gelir kaybına neden olmadan azaltılması elzemdir ve bunun için de aile hekimliği birimi ve aile hekimi sayısının artırılması gerekmektedir.

Aile Sağlığı Merkezlerinin Gelirleri ve Cari Giderlerle İlgili Yaşanan Sorunlar

Sözleşme usulü ile çalışan aile hekimlerine, hizmet verdiği merkezin kira, elektrik, su, yakıt, telefon, internet, temizlik, büro malzemeleri, küçük onarım, seketarya, iş sağlığı ve güvenliği hizmetleri, tıbbi sarf malzemeleri vs. gibi Bakanlıkça belirlenecek asgari fiziki ve teknik şartların devamına yönelik giderleri

için her ay tavan ücretin % 50'sinin, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yayımlanan illerin satın alma gücü paritesi puanı ile çarpımı sonucuna göre bulunacak tutarda cari gider ödemesi yapılmaktadır. Sözleşmeli aile hekimi bulunmaması nedeniyle bir pozisyonun boş olması durumunda, bu ödeme il sağlık

müdürlüğünün döner sermayesine aktarılır. Birimin giderleri fatura ve benzeri belgeler ile yönetim karar defterinin ibrazı üzerine müdürlüğün döner sermayesinden karşılanır. Bu durumda aile sağlığı merkezinin finansmanı esas olarak aynı ASM'deki boş AHB'ye de vekaleten görevlendirilen o ASM'deki bir AHB'de sözleşmeli aile hekimi tarafından yapılır ve bunun karşılığında her ay hekimler tarafından karşılanan giderler için hekimlere illere göre değişen miktarlarda düzenli ödeme yapılır.

Cari giderler için ödenen miktarlar giderleri karşılamamakta; merkezlerin ihtiyaç duyduğu tıbbi ekipman, ilaç ve personel maliyetlerini karşılamakta zorlanmasına neden olmaktadır. Son yıllarda ülkemizde meydana gelen kira artışları nedeni ile kira ve ödeme farklılıkları hizmet kalitesinde sıkıntılara yol açmaktadır. Sonuç olarak cari giderlerin günümüz koşullarına ve ihtiyaçlarına uygun şekilde artırılması gerekmektedir. Bunun gerekçesi, aile hekimlerinin birimleri namına gruplandırma kriterleri gereğince temizlik ve sözleşmeli aile sağlığı çalışanı haricinde sağlık personel-

leri çalıştırması, bunların maaş ve sigorta ödemelerinin aile hekimlerince yapılmasıdır. Asgari ücretteki artışın memur maaş zammı oranından fazla olması, cari gider yardımının sağladığı mali imkanın bir önceki döneme göre nispeten azalmasına yol açmaktadır.

Nüfusu yoğun olan, ASM binası yapılacak alan bulunamayan bölgelerde kurulan Sanal ASM'lerin kira yükü, kamudan kiralanan yerlere göre daha yüksektir. Ayrıca kiralanan bu yerler genellikle dükkan niteliğinde olduğu için 3 ayda bir stopaj vergisi de ödemek zorunda kalınmaktadır. Sağlık yatırımları planlamasında sanal ASM'lerin azaltılmasına yönelik planlama yapılmalıdır. Bu bağlamda o bölgenin yerel idarelerine arsa oluşturulması konusunda irtibata geçilmelidir. Sanal ASM'ler ile kamudan kiralanan ASM'ler arasındaki stopaj adaletsizliği giderilmelidir. Dükkan niteliğindeki ASM'ler için maliye bakanlığının vergilendirme sistemi içinde bu sorun çözülemez ise sanal ASM'lerin kira sözleşmeleri ASM'de görev yapacak aile hekimleri ile birlikte Sağlık Müdürlüklerince de yapılmalı ve stopajı Sağlık Müdürlükleri karşılamalıdır.

Aile Sağlığı Merkezlerinde Güvenlik Problemi

Aile Sağlığı Merkezlerinde güvenlik personelinin olmayışı hastalar ile hekimlerin baş başa kalmasına, şiddet ve hırsızlık olaylarının ya-

şanmasına sebep olmaktadır. Aile hekimleri hizmet sunumu esnasında psikososyal açıdan problemlili birçok hasta grubu ile direkt temas

halinde baş başa kalmaktadır. Aile hekimlerinin çalışma ortamlarının güvenli hale getirilmesi, en azından hastanelerdeki güvenlik önlemleri

seviyesine çıkarılması gerekmektedir. Büyük ASM'lerden başlanarak güvenlik görevlisi planlanması ve istihdamı yapılmalıdır.

Performansa Dayalı İşlemler

Kişilerin adres değişikliği sonrası aile hekimi değişikliğinin yapılmaması, kronik hastalık takipleri, gebe ve aşı izlemleri gibi konularda aksaklıklar yaşanmasına sebep olmaktadır. Bu durumun kontrolü hekimin elinde olmamasına rağmen sonuçları negatif performans olarak hekime yansıtılmaktadır.

"Bu durumun kontrolü hekimin elinde olmamasına rağmen sonuçları negatif performans olarak hekime yansıtılmaktadır."

Toplumda giderek artan aşı reddi ve izlem reddi konularında hastanın kendi takipsizliği hekim üzerinde iş yükü artışı oluşturmakta ve negatif performans olarak hekime yansıtıl-

maktadır. Bu tarz durumlarda vatandaşta da belli ödev ve sorumluluk verilmeli ve her bireyin üzerine düşen sorumluluğu yerine getirmesini sağlayacak düzenlemeler yapılmalıdır. Örneğin nüfus idaresi sisteminde adres güncellemesi yapıldığında kişinin aile hekiminin değiştirilmesi önerisi mesaj olarak

gönderilmelidir. Farklı şehre taşınmış ise 3 ay aile hekimini değiştirmemiş ise otomatik olarak bulunduğu ilçedeki en düşük birime kayıt alınabilir.

Aile Hekimliği Uygulaması Yerleştirme İşlemlerinde Aile Hekimliği Uzmanları İçin 3'e 1 Kuralının Varlığı

Aile Hekimliği uygulaması hayata geçirildiğinde aile hekimliği uzmanlarına ulaşımın homojen olması için yürürlüğe konan 3'e 1 kuralı aile hekimliği uzmanlarının sayısının artması ile işlevini kaybetmiştir. Aile hekimliği uzmanları 3'e 1 kuralı varlığı sebebiyle sisteme yeteri kadar dahil olamamaktadır ve bu sistem aile hekimliği uzmanlarının mecburi hizmet sonrası aile sağlığı merkezlerinde çalışmasının önünde engel

oluşturmaktadır. Ayrıca aile hekimliği uzmanları beraber çalıştığı aile hekimlerinin konsültanı veya öğreticisi konumunda olmadığından bu kuralın uygulanması hastaların yararı için önem teşkil etmemektedir. Bu kural iptal edilmelidir. Bu durumla beraber aile hekimi yerleştirme işlemlerinde ASM'lerdeki uzman kadrosunun dolu olup olmadığı ve o ASM'deki SAHU asistanı sayısı açıklanmalıdır.



Cezaevlerinde Çalışan Aile Hekimleri İçin Ücret Düzenlemesi Gerekmektedir

Son yapılan cari gider kesilmesi düzenlemesi ile cezaevlerinde görev yapan aile hekimlerinin gelirlerinde düşüş olmuştur. Diğer bir olumsuzluk da; buralarda aile hekimliği birimi başına düşen kişi sayısının 1000 ile sınırlandırılmış olmasıdır. Çünkü bu AHB'lerde kayıtlı kişi başına katsayı 2.25 olarak uygulanmaktadır ve Hastalık Yönetim Platformu (HYP) aracılığıyla yapılan kronik hastalık, obezite tarama ve takip izlemleri ile yaşlı sağlığı izlemleri tam olarak yapılmış olsa dahi $2250 * 1,5 = 3375$ hastası varmış gibi işlem görmektedir. Yani hasta sayısı azami olsa ve gerekli tüm işlemler yapılsa bile diğer aile hekimlerinden daha az

ödeme almaktadırlar. Çünkü diğer AHB'lerde 2667 hastası olan bir sözleşmeli aile hekimi 4000 hastası varmış gibi ödeme alabilmektedir. Bu durum cezaevlerinde görev yapan aile hekimlerinin diğer birimlere geçmelerine neden olmaktadır. Cezaevlerinde AHB başına düşen kişi sayısı 1185'e çıkarıldığı veya azami hasta sayısı sabit bırakılarak kayıtlı kişi başına katsayı 2,67'e çıkarıldığı takdirde bahsedilen mağduriyet giderilmiş olacaktır. Cezaevlerinde verilen sağlık hizmetlerindeki sorunlar için Adalet Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı ortak çalıştaylar düzenlemeli ve sorunlara ortak çözümler üretilmelidir.

Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinde Yaşanan Sorunlar

Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminde saha eğitimi önemli olmakla birlikte yeterli sayıda Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri (EASM) açılmamıştır. Buna, yaşanan genel sorunlar ve ödeme yönetmeliğindeki kısıtlamalardan dolayı akademisyen hocaların motivasyon kaybı ve il-ilçe Sağlık Müdürlüklerinin, üniversite ve hastanelerin EASM açılması konusundaki çekimser durmaları etken olmaktadır. Temel olarak EASM çalışma sistemi mevcut ASM çalışma sistemine entegre edilmelidir. Bunun için;

a) EASM'lerde hoca görevlendirilmesi bir gün ile sınırlı olmayıp birim başına 4 saat görevlendirme yapılmalıdır. Hocaların sözleşmesi yıllık planlanmalıdır.

b) EASM'deki birim sözleşmesi asistan yerine hoca ile yapılmalıdır. Asistan hocanın yerine bakabilir. Sistemdeki diğer aile hekimlerinin tüm yükümlülükleri burada çalışan hekimlere de sağlanmalıdır (Aşı uygulamasındaki ve hasta yönetim platformundaki sorumluluklar gibi).

c) Cari ödemeler diğer ASM'lerde olduğu (ödül ve ceza durumları hesaplanarak) gibi direkt hocalara aktarılmalıdır. Hocalar, ASM'nin tüm işleyişinden sorumlu olmalıdır.

d) EASM deki ça-

lışan hemşireler bağlı buldukları hastanelerden görevlendirilmektedirler. ASM de çalıştıkları için hastane döner sermayesinden de faydalanamamaktadırlar. Ayrıca hastane idaresi ASM ye gönderdiği hemşire için iş gücü kaybı olarak değerlendirmektedir. EASM de çalışan aile sağlığı çalışanları diğer ASM'lerde olduğu gibi aile sağlığı çalışanı sözleşmesi imzalayabilmelidirler.

e) Aile sağlığı çalışanlarının izin kullanımında yerine bakacak aynı EASM deki aile sağlığı çalışanının (yan birimin aile sağlığı çalışanının) görevlendirilmesinde sorun yaşanmaktadır. Bu aile sağlığı çalışanları hastaneden görevlendirildikleri için "ikinci bir görevlendirme yapılamaz" anlayışı uygulanmaktadır. Halbuki EASM hastanedeki aile hekimliği kliniğinin bir birimidir. Burada hastanedeki görevlendirmenin bir iç görevlendirme olduğu düşünülmeli ve aile sağlığı çalışanının yan birime de bakabileceği sahaya iletilmelidir.

f) EASM birimleri mevcut sistemdeki gibi sınıflandırılmaya tabii tutulmalıdır. Sınıflandırmada A veya B tipi ASM şartlarını sağlamalıdır.

g) Aile hekimi yerleştirmelerinde eğitim birimi olan ASM lere boşalan birim, öncelikli olarak eğitim kliniğine teklif edilmelidir.

"Temel olarak EASM çalışma sistemi mevcut ASM çalışma sistemine entegre edilmelidir."

h) Mevzuatta “yeni açılan ASM lerin EASM olması için İl Sağlık Müdürlüklerinin eğitim birimlerine öncelikli olarak teklif etmesi” hükmü olmasına rağmen bu kural uygulanmamaktadır.

i) EASM de eğitici ve asistanların teşvik ödemeleri hasta sayısından bağımsız olmalıdır. EASM de öncelik asistan eğitimi olduğu için buraya gelen eğitici ve asistan hekimler ödeme konusunda mağdur edilmemelidir.

EASM’lerin ilgili aile hekimliği eğitim kliniğine bağlı olması, her klini-

ğin çalışma şartlarının farklı olması, hocaların EASM konusundaki farklı düşünceleri ve ASM deki tüm birimlerin eğitim birimi olması veya olmasına bağlı standardizasyonda sorunlar oluşmaktadır. Bu sorunların tespiti ve hocaların yaklaşımlarını öğrenmek açısından sağlık sisteminde yöneticilik yapmış deneyimli birkaç hoca görevlendirilerek sahanın fotoğrafı çekilebilir. Bu öneriler tekrar gözden geçirilerek daha doğru adım atılması ve atılan adımların da saha tarafından kabul görmesi sağlanabilir.

Nokta Atama İle Aile Sağlığı Çalışanı İstihdamı

Aile sağlığı çalışanı bulunmayan kırsal ASM’lerde değerlendirmek üzere İl Sağlık Müdürlüklerine tahsis edilen kamu dışı aile sağlığı çalışanı kadrolarında çalışanların memur olarak alınması üzerine, kırsal bölgede çalışan aile sağlığı çalışanları ayrılmışlardır. Bu kadroların iptal edilmesi ile de yeni kamu dışı aile

sağlığı çalışanı alınamamaktadır.

Kırsaldaki ASM’ler yerleştirmelerde tercih edilmediğinden dolayı buralarda özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinde aksama meydana gelmektedir. **Bu sorunun giderilmesi için kamu alımlarında nokta atama yapılmalıdır.**

Yeni Açılan ASM’lerde Hekimlerin 1 Yıl Sonra Ayrılması

Yeni açılan ve müdürlükçe tefrişat ve malzeme temini yapılan ASM’lere on aylık süre dolmadan aile hekimi yerleşmesi halinde on aylık sürenin sonuna kadar tavan ücretin % 50’si aile hekimine ödenmektedir. Bu şekilde yerleşilen birimlerde nüfus artırmadan ve gruplandırmaya tabi olmadan A grubu üzerinden alınan cari ödemenin bitmesi ve yerleşilmesinin ardından 1 yıllık sürenin dolmasıyla hekimlerin ayrılarak

farklı bir AHB’ye nakil olmaktadır. Bu süreçte ayrılacağını düşünerek hasta kaydı yapmamaktadırlar. Boş kalan AHB’nin nüfusu düşük kaldığı için tercih edilmemektedir. **Yeni açılan ASM’lere yerleşip tavan ücretten faydalanan hekimlerin yeni AHB’ye nakilleri için süre sınırının 1 yıldan 2 yıla çıkarılmalıdır.** Böylece suistimalin önüne geçilerek sağlık hizmetinin devamlılığı sağlanacaktır.

AİLE HEKİMLİĞİ SÖZLEŞME VE ÖDEME YÖNETMELİĞİ'NE DAİR ÖNERİLER

1- "MADDE 4- (1) Bu Yönetmelikte geçen;

a) Aile hekimi: Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belirli bir mekanda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici ve yerinde sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleri,..."

- İlgili maddede yer alan aile hekimi tanımı sadeleştirilmeli, görev tanımını netleştirilmelidir.
- Kamu Hastaneleri bünyesinde Evde Sağlık Hizmetleri ve YAŞAM birimlerinin kurulması ile aile hekimlerinin saha ziyaretleri atıl hale gelmiştir, uygulamaya son verilmesi uygun olacaktır.

2- "Sözleşmenin kendiliğinden sona ermesi

MADDE 8- (1) Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimi ve aile sağlığı çalışanının sözleşmesi, aşağıdaki hallerde herhangi bir işleme gerek kalmaksızın kendiliğinden sona erer:

a) Ölüm halinde.

b) Tabii olduğu mevzuata göre zorunlu olarak emekli olma yaşını doldurması halinde.

c) (Ek: RG-29/7/2023-32263-CK-7432/4 md.) 657 sayılı Kanununun 48 inci maddesinin birinci fıkrasının (A) bendinin (4), (5) ve (7) numaralı alt bentlerinde yer alan şartlar ile bu Yönetmelikte belirtilen şartları taşınmadığının veya bu şartların sonradan kaybedilmiş olduğunun tespit edilmesi.

ç) (Ek: RG-29/7/2023-32263-CK-7432/4 md.) Çalışanın kadrosu veya pozisyonundan istifa etmesi.

d) (Ek: RG-29/7/2023-32263-CK-7432/4 md.) Sağlık sebebiyle yüz seksen günü aşan süreyle görevini ifa edememesi.

e) (Ek: RG-29/7/2023-32263-CK-7432/4 md.) Gözaltına alınma, tutuklanma, hükümlülük veya 8/3/2012 tarihli ve 6284 sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun kapsamında uzaklaştırma kararı verilmesi nedeniyle görevi başında bulunamama süresinin sekiz haftayı aşması.

f) (Ek: RG-29/7/2023-32263-CK-7432/4 md.) Görevi başında bulunduğu halde entegre sağlık hizmetlerinde mazeretli olup olmadığına bakılmaksızın beş defa



nöbet görevini yerine getirmedeğinin/getiremediğinin tespit edilmesi.”

- Madde 8/1-e: Uzaklaştırma kararının ve sağlık sebebiyle görevini ifa edememe durumunun ne kadar süreceğinin incelenmesi için bir kurul oluşturulup kuruldan çıkan karara göre sözleşmenin kendiliğinden sona ermesi uygun olabilir.
- Madde 8/1-d: İlgili madde gereğince sözleşmesi sona eren hekimlere Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğindeki kura bölümü c torbasından, aktif çalıştığı ilde kuraya katılma imkânı tanınabilir.
- Madde 8/1-f: Entegre hastanelerin kaldırılması sebebiyle

bu maddenin geçerliliği kalmamaktadır.

3- Esnek mesainin düzenlenmesi

Esnek mesainin, başlangıçta istenilen hedefe ulaşamaması sebebiyle kaldırılması veya yeniden değerlendirilerek etkili ve verimli hale getirilmesi uygun görülmektedir. Sahada esnek mesainin işlevsizleşmesindeki en önemli sorunun “güvenlik kaygısı” olduğu görülmektedir.

4- "Aile hekimi ödeme esasları

MADDE 18- (1) Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine çalışılan gün sayısına göre ödeme yapılır.

(2) Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine aylık olarak yapılacak ödemeler, aşağıda yer alan unsurlardan oluşur:

a) Kayıtlı Kişiler İçin Ödenecek Ücret: Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine yapılacak ödemelerin hesaplanmasında, görev tanımlarında verilen hizmetler için aşağıdaki esaslara göre ödeme yapılır:

1) Kayıtlı kişiler için;

i) Gebeler için (3) katsayısı,

ii) Cezaevlerindeki tutuklu ve hükümlüler için (2,25) katsayısı,

iii) 0-59 ay grubu için (1,6) katsayısı,

iv) 65 yaş üstü için (1,6) katsayısı,

v) Diğer kişiler için (0,79) katsayısı,

esas alınır.

2) Kayıtlı kişiler, katsayısı yüksek olan gruptan başlanarak sıralanır ve puan hesaplaması yapılır.

3) Kayıtlı ilk 4000 kişiye kadar, her gruptaki kişi sayısı o grubun katsayısıyla çarpılır ve bulunan puanlar toplanarak ara puan hesaplanır.

4) Nüfus ve coğrafi yapısı nedeniyle kayıtlı nüfusun zorunlu olarak düşük olduğu Bakanlıkça belirlenen yerlerde ilk 1350 kişiye kadar, her gruptaki kişi sayısı o grubun katsayısıyla çarpılır ve bulunan puanlar toplanır (A). Bu toplam puan 2 katsayısıyla

çarpılır ($A \times 2$). Daha sonra, 1351 ile 2400 kişiye kadar kayıtlı kişiler için de her gruptaki kişi sayısı o grubun katsayısı çarpılır ve bulunan puanlar toplanarak (B), daha önce bulunmuş olan puana eklenir ($(A \times 2) + B$) ve ara puan hesaplanır.

5) Entegre sağlık hizmeti sunulan merkezlerde, nöbet hizmetlerini de kapsam üzere 2400 kişiye kadar, her gruptaki kişi sayısı o grubun katsayısıyla çarpılır ve bulunan puanlar toplanır (A). Daha sonra bu toplam puan, 1,65 katsayısıyla çarpılarak ($A \times 1,65$) ara puan hesaplanır.

6) Kayıtlı kişiler ile ilgili olarak, hipertansiyon, diyabet, kanser ve obezite gibi hastalıkların taranması, takibi ve takip sonucunda meydana gelen değişim oranları ile vaka yönetimine göre (0,90) ila (1,50) arasında belirlenecek olan tarama ve takip katsayısı ile ara puan çarpılmak suretiyle maaşa esas puan hesaplanır. Bakanlıkça sevk sistemi uygulamasına geçilmesine karar verilen il ve/veya ilçelerde tarama ve takip katsayısı (0,90) ila (2) arasında uygulanır. Tarama ve takip katsayısına dahil edilecek olan hastalıklar ile bu hastalıkların tarama, takip ve takip sonucunda meydana gelecek değişimlerin oranları, bu oranların hesaplanması ile ilgili usul ve

esaslar Hazine ve Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine Bakanlıkça belirlenir.

7) Maaşa esas puanın, kayıtlı kişi sayısına bakılmaksızın, ilk 1.000 puana kadarki kısmı için (1.000 puan dahil);

i) Uzman tabip veya tabip için tavan ücretin % 78,5'i,

ii) Aile hekimliği uzmanları için tavan ücretin % 113,5'i,

tutarında ödeme yapılır. 1.000 puanın üzerinde kalan puanların tavan ücretin onbinde 5,22'si ile çarpılması sonucu bulunan tutar ayrıca ödenir.

8) Ödemeye esas olacak pozisyonun entegre sağlık hizmeti sunulan merkezlerde ya da nüfus ve coğrafi yapısı nedeniyle kayıtlı nüfusun zorunlu olarak düşük olduğu Bakanlıkça belirlenen yerlerde olması halinde, kayıtlı kişi sayısının 2400'den fazla, diğer yerlerde ise 4000'den fazla olması halinde; büyükten küçüğe doğru grup katsayısı sıralaması esas alınmak üzere ödeme yapılır ve bu sayıları aşan kısım için ise aile hekimlerine herhangi bir ödeme yapılmaz.

9) Aile hekimliği biriminin hizmet sunmaya başladığı tarihten on sekizinci ayın sonuna kadar - altıncı ayın sonundan itibaren en az 500 nüfusa sahip olması şartıyla - bu bendin (7)

numaralı alt bendi; Maaşa esas puanın, kayıtlı kişi sayısına bakılmaksızın, ilk 2.000 puana kadarki kısmı için (2.000 puan dahil);

i) Uzman tabip veya tabip için tavan ücretin % 131'i,

ii) Aile hekimliği uzmanları için tavan ücretin % 166'sı,

tutarında ödeme yapılır. 2.000 puanın üzerinde kalan puanların tavan ücretin onbinde 5,22'si ile çarpılması sonucu bulunan tutar ayrıca ödenir şeklinde uygulanır.

10) Deprem, sel felaketi ve salgın gibi olağanüstü durumlarda yapılacak hizmetler için bu bentte belirtilenlerin dışında ayrıca bir ödeme yapılmaz.

11)(Ek:RG-25/8/2022-31934-C.K-5988/1 md.) Aile hekimlerine, halk sağlığının geliştirilmesine destekleri, halkın birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimlerini kolaylaştırmaları ve düzenli hizmet sunumuna katkıları nispetinde ödüllendirilmeleri ve motivasyonlarının sürdürülmesi amacıyla destek ödemesi yapılır. **(Değişik cümleler:RG-29/7/2023-32263-CK-7432/9 md.)** Bu ödeme, herhangi bir disiplin cezası almamış olan sözleşmeli aile hekimlerine tavan ücretin % 42'si oranında yapılır. Ancak bu ödeme uyarma cezası alanlara bir

ay, kınama cezası alanlara iki ay, aylıktan kesme veya kademeler ilerlemesinin durdurulması cezası alanlara ise üç ay süre ile yapılmaz.

12)(Ek:RG-25/8/2022-31934-C.K-5988/1 md.) Aile hekimliği birimince yapılan günlük muayene sayısının;

i) 41-50 arasında olması halinde tavan ücretin % 10'u,

ii) 51-60 arasında olması halinde tavan ücretin % 21'i,

iii) 61-75 arasında olması halinde tavan ücretin % 31'i,

iv) 76 ve üzeri olması halinde tavan ücretin % 42'si

oranında teşvik ödemesi yapılır. Bu alt bent kapsamında aile hekimliği biriminin günlük muayene sayısı, aile hekiminin yaptığı aylık toplam muayene sayısının, aile hekiminin ilgili aydaki fiilen görev yaptığı gün sayısına bölünmesi ile bulunur.

b) Sosyoekonomik Gelişmişlik Düzeyi Ücreti: Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine, sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi esas alınarak, bu Yönetmeliğin eki (EK-4 SOSYO-EKONOMİK GELİŞMİŞLİK DÜZEYİ ÜCRETİ LİSTESİ)nde belirtilen ödeme göstergesi ile tavan ücretin % 14'ünün çarpımı sonucu elde edilen tutar ödenir.

c) Aile Sağlığı Merkezi Giderleri:

1) Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine, hizmet verdiği merkezin kira, elektrik, su, yakıt, telefon, internet, bilgi-işlem, temizlik, büro malzemeleri, küçük onarım, danışmanlık, sekreteryaya, iş sağlığı ve güvenliği hizmetleri ve tıbbi sarf malzemeleri gibi Bakanlıkça belirlenecek asgari fiziki ve teknik şartların devamına yönelik giderleri için her ay tavan ücretin % 50'sinin, Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yayımlanan illerin satın alma gücü paritesi puanı ile çarpımı sonucuna göre bulunacak tutarda ödeme yapılır. Aile hekimliği pozisyonunun, sözleşmeli aile hekimi bulunmaması nedeniyle boş olması durumunda, bu ödeme müdürlüğün döner sermayesine aktarılır ve birimin giderleri fatura ve benzeri belgeler ile yönetim karar defterinin ibrazı üzerine müdürlüğün döner sermayesinden karşılanır.

2) Ceza infaz kurumunca, aile hekimliği biriminin teknik tıbbi ve fiziki donanımı için yapılan harcama bedelleri ile kira, elektrik, su, yakıt, temizlik, tıbbi sarf malzemesi gibi Bakanlıkça belirlenen asgari fiziki ve teknik şartların devamına yönelik giderlerden oluşan aylık kullanım bedelleri karşılığında bu bendin (1) numaralı alt bendinde belirtilen aile sağlığı merkezi gider

ödemesinin % 80'i ödenmeksiz, iletişim, kırtasiye ve benzeri harcamalar için aile hekimine bunun % 20'si ödenir.

3) Cezaevi aile hekimliği birimlerinde görev yapanlar dışında, her aile hekimine ayrıca yukarıdaki tutara ek olarak her ay, Bakanlıkça belirlenen aile hekimliği birimleri gruplandırmasına göre tavan ücretin;

i) D grubu aile hekimliği birimleri için tavan ücretin % 10'u,

ii) C grubu aile hekimliği birimleri için tavan ücretin %20'si,

iii) B grubu aile hekimliği birimleri için tavan ücretin %35'i,

iv) A grubu aile hekimliği birimleri için tavan ücretin %50'si,

oranı kadar ödeme yapılır.

4) Bu gruplandırmalara göre daha yüksek ilave ödeme gerektiren gruba göre ödeme yapılabilmesi için aile hekimince, ilgili gruba ait tüm kriterlerin sağlandığına dair belgeler ile müdürlüğe başvurulur. Başvuru tarihinden itibaren müdürlük veya Bakanlık ya da Bakanlıkça yetki verilen özel veya kamu kurum ve kuruluşlarınca, en geç otuz gün içinde Bakanlıkça belirlenecek esaslara göre

yerinde değerlendirme yapılır. Değerlendirme evrakının bir nüshası aile hekimine verilir. Talep müdürlükçe, evrakın müdürlüğe intikalinden itibaren on gün içinde sonuçlandırılır. Talebin olumlu sonuçlanması halinde, talebin olumlu sonuçlandığı tarihten itibaren belirlenen yeni grup esas alınarak ödeme yapılır.

5) Grup değiştiren aile hekimi aynı yer için üç aydan önce yeniden grup değiştirmek için müracaat edemez.

6) Aile hekimliği birimleri, gruplandırma kriterleri açısından, asgari altı ayda bir denetlenir. Denetim ekibi müdürlük tarafından oluşturulur. Bu denetimlerde aile hekimliği birimlerinin ödeme aldığı grubun şartlarını kaybettiği tespit edilirse, bu şartların hangi tarihten itibaren kaybedildiği ve hangi gruba göre ödeme alınması gerektiği denetim raporunda belirtilir. Denetim raporunun müdürlükçe onaylanmasını müteakiben, ödeme yeni duruma göre yapılır ve şartların kaybedildiği tarihe göre yapılan fazla ödemeler geri alınır.

7) Denetim ekibi tarafından oluşturulan denetim raporuna karşı yedi gün içinde itiraz edilebilir. Müdürlüğe yapılan bu itiraz, oluşturulan bir komisyon marifetiyle on beş gün içinde



değerlendirilir. İtiraz komisyonunun teşekkülü ile çalışma usul ve esasları Bakanlıkça belirlenir.

8) Yeni açılan ve müdürlükçe hizmet verilecek aile sağlığı merkezi mekanı gösterilemeyen birimler için aile sağlığı merkezi giderleri, on ay boyunca yukarıdaki kriterlere bağlı olmaksızın tavan ücretin % 100'ü olarak ödenir. Bu birimlerin açılmasını müteakiben ilk yerleştirme sonucunda boş kalması halinde müdürlüğün teklif ettiği ve Bakanlıkça uygun görülen yerler için giderleri döner sermaye bütçesinden karşılamak üzere müdürlükçe kiralama, iç mekan tadilatı, tefrişat ve malzeme temini de dahil ol-

mak üzere aile sağlığı merkezi oluşturulur. Ancak müdürlükçe, gerekçelendirmek ve Bakanlıkça onaylanmak kaydıyla yerleştirme işlemi beklenmesizin, giderleri döner sermaye bütçesinden karşılanmak üzere aile sağlığı merkezi oluşturulabilir. Oluşturulan birime on aylık süre dolmadan aile hekimi yerleşmesi halinde on aylık sürenin sonuna kadar tavan ücretin % 50'si aile hekimine, kalan % 50'si ise müdürlük döner sermayesine ödenir.

9) Aile hekimlerinden herhangi birinin, aile sağlığı merkezi giderlerinin kendisine isabet eden kısımlarını ödemediği yönetim karar defteri ile ispatlandığı takdirde, aile sağlığı

merkezi giderlerini karşılamak üzere söz konusu aile hekimine yapılan ödemelerden müdürlükçe kesinti yapılır.

10) Aile hekimlerinden herhangi biri kendisine bildirim yapılmasına rağmen, aile sağlığı merkezinin asgari fiziki ve teknik şartlarını yerine getirmediği takdirde, müdürlükçe bu eksiklikler giderilir ve bedeli söz konusu aile hekimine yapılan ödemelerden kesilerek müdürlük döner sermayesine aktarılır.

ç) Gezici Sağlık Hizmeti Giderleri:

1) Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine, gezici sağlık hizmeti giderleri için;

i) Asgari kat edilmesi gereken her bir kilometre için tavan ücretin onbinde 5'i,

ii) Gezici hizmet bölgesindeki kendisine kayıtlı her kişi için tavan ücretin yüzbinde 7,5'i, kadar ödeme yapılır. Kat edilecek mesafenin hesabına yönelik usul ve esaslar Bakanlıkça belirlenir.

2) Gezici sağlık hizmetinin yürütülmesinde, müdürlüğe ait gezici sağlık araçları aile hekimlerine kullanılabilir. İklim ve ulaşım şartları gibi nedenlerle gezici sağlık hizmetinin normal araçlarla verilemediği durumlarda, müdürlük aile hekimine kar paletli araç, 4x4 çekerli ara-

zi tipi araç ve vasıtalarla ulaşım imkanı sağlayabilir. Araç tahsisi yapılan durumlarda gidilen yer veya yerlere ait bu bentte yer alan esasa göre yapılacak gezici sağlık hizmeti giderleri aile hekimi yerine müdürlüğün döner sermayesine aktarılır...."

• Madde 18/2-a,8: Kayıtlı kişi sayısına değil (4.000), hesaplanan puana bir tavan getirilmesi gerekir.

• Madde 18/2-a,6: Tarama ve takip katsayısı hali hazırda (0,90) ile (1,50) iken (1) ile (2) arasında olacak şekilde değiştirilmelidir.

• Madde 18/2-a,7: İlk 1.000 puana kadarki, tabip için olan % 78,5 tavan ücretin % 100 olarak güncellenmesi, uzman tabip için olan % 113,5 ün de % 200 olarak güncellenmesi gerekmektedir.

• Madde 18/2-a,9: Uzman tabip veya tabip için tavan ücretin % 131'den %150' ye çıkarılması gerekir.

• Aile hekimliği uzmanları için tavan ücretin % 166'den %200'e çıkarılması gerekir.

• Madde 18/2-a,10: Bu fıkra yönetmelikten kaldırılmalıdır.

• Madde 18/2-a,12: Günlük muayene sayısı baremlerinin düşürülmesi gerekmektedir.

- Madde 18/2-b: Tavan ücretin %14'ten %28'e çıkarılması gerekmektedir.
- Madde 18/2-c,1: Personel giderleri ile kiranın müdürlükçe karşılanması, özelden kiralamanın müdürlük eliyle yapılması cari ödemelerin yetersizliği problemine çözüm olacaktır.
- Madde 18/2-c,1: Son cümlede yer alan fatura ve benzeri belgeler ibaresinin kaldırılması gerekmektedir.
- Madde 18/2-c,3: Aile Sağlığı merkezi gider ödemesinde yer alan oranların artırılması gerekmektedir.
- Madde 18/2-ç: Gezici sağlık hizmetleri ödeneğinin oranlarının artırılması gerekmektedir.
- Madde 18/2ç-2: Gezici sağlık hizmetinde mekan ve araç sağlanması gerekmektedir. (Mobil araç vb.)
- Madde 18/2ç-2: "...Gezici sağlık hizmetinin yürütülmesinde, müdürlüğe ait gezici sağlık araçları aile hekimlerine kullanılabilir..." hükmünde "kullanılabilir" ibaresi "kullanılır" şeklinde düzenlenmelidir.

5- "Aile hekimi ödemelerine ilişkin diğer esaslar

MADDE 19- Aile hekimi ödemelerine ilişkin diğer esaslar

(1) Sözleşme ile çalıştırılan aile hekimine, 16 ncı maddenin;

a) Birinci fıkrasının (a) ve (b) bentlerinde belirtilen hallerde,

b) İkinci fıkrasının (e) bendinde belirtilen halde,

c) Üçüncü fıkra kapsamında vekâleten hizmetin görülmesini sağlaması halinde,

ç) Tek birimli aile sağlığı merkezinde görev yapan ve yıllık izin sebebiyle görevi başında bulunamayan aile hekimine, toplam yıllık izin süresinin ilk on dört günlük kısmı için,

ödemeler tam olarak yapılır. Bu fıkra kapsamında tam ödeme yapılan aile hekimlerine, ikinci fıkraya göre ayrıca ödeme yapılmaz...."

• Madde 19/1-ç ve Madde 22/1-ç: Toplam yıllık izin süresi 14'ten 30'a çıkarılmalıdır.

6- "Aile sağlığı çalışanı ödemelerine ilişkin diğer esaslar

MADDE 22- (1) Sözleşme ile çalıştırılan aile sağlığı çalışanına, 16 ncı maddenin;

a) Birinci fıkrasının (a) ve (b) bentlerinde belirtilen hallerde,

b) İkinci fıkrasının (c) bendinde belirtilen halde,

c) Üçüncü fıkra kapsamında vekâleten hizmetin görülmesini sağlaması halinde,

ç) Tek birimli aile sağlığı merkezinde

görev yapan ve yıllık izin sebebiyle görevi başında bulunamayan aile sağlığı çalışanına, toplam yıllık izin süresinin ilk on dört günlük kısmı için,

ödemeler tam olarak yapılır. Bu fıkrada kapsamında tam ödeme yapılan aile sağlığı çalışanına, ikinci fıkraya göre ayrıca ödeme yapılmaz....”

- Madde 22/1-ç ve Madde 22/1-ç: Toplam yıllık izin süresi 14'ten 30'a çıkarılmalıdır.

7- "Aile sağlığı çalışanı ödeme esasları

MADDE 21- (1) Sözleşmeyle çalıştırılan aile sağlığı çalışanına, çalışılan gün sayısına göre ödeme yapılır.

(2) Sözleşmeyle çalıştırılan aile sağlığı çalışanına, aylık olarak yapılacak ödemeler, aşağıda yer alan unsurlardan oluşur:

- a)** Kayıtlı Kişiler İçin Ödenecek Ücret: Sözleşmeyle çalıştırılan aile sağlığı çalışanına yapılacak ödemelerin hesaplanmasında, görev tanımlarında verilen hizmetler için aşağıdaki esaslara göre ödeme yapılır.

1) Kayıtlı kişiler için;

- i) Gebeler için (3) katsayısı,
- ii) Cezaevlerindeki tutuklu ve hükümlüler için (2,25) katsayısı,
- iii) 0-59 ay grubu için (1,75) katsayısı,
- iv) 65 yaş üstü için (1,75) katsayısı,

v) Diğer kişiler için (0,80) katsayısı,

esas alınır....”

- Madde 21/2-a,7: İlk 1.000 puana kadarki kısım içim tavan ücret oranları da en az %10 oranında artırılmalıdır.

- Madde 21/2-a,11,12: Bu maddelerde belirtilen destek ve teşvik oranları artırılmalıdır.

8- "Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitimi

MADDE 26-... (5) Bu madde doğrultusunda yapılacak ödemelere ilişkin usul ve esaslar şunlardır:

a) Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitimini alan her hekim için eğitim sorumlusuna eğitim süresince her ay tavan ücretin % 5'i ödenir.

b) Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitimi klinik rotasyonları sırasında aile hekimlerinin ödemelerinde, 19 uncu maddenin ikinci fıkrasının (a) bendinde asıl aile hekimi için öngörülen % 50 oranı % 70 olarak uygulanır....”

- Madde 26/5-a: Eğitim süresince eğitim sorumlusuna her ay tavan ücret için belirlenen %5 oranı %10'a çıkarılmalıdır.

- Madde 26/5-b: SAHU rotasyonlarında yapılan %30 kesintinin kaldırılması gerekmektedir.

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMA YÖNETMELİĞİ'NE DAİR ÖNERİLER

EK-1 Sayılı Aile Sağlığı Merkezi Gideri Olarak Yapılacak Katkıların Tespitinde Kullanılmak Üzere Aile Hekimliği Birimi Gruplandırması.

- EK-1/11: Birden fazla aile hekiminin görev yaptığı aile sağlığı merkezlerinde gruplandırılan her aile hekimliği birimi tarafından haftada asgari 3 saat esnek mesai uygulaması yapılmaktadır. (Gruplandırılmış 5 birime kadar aile hekimliği biriminin bulunduğu aile sağlığı merkezlerinde esnek mesai saatleri farklı zamanlarda planlanır ancak gruplandırılmış birim sayısının 5 ve üzerinde olması halinde ise aile sağlığı merkezi haftalık en az 55 saat açık kalacak şekilde planlama yapılır)

Hükmünün;

Birden fazla aile hekiminin görev

yaptığı aile sağlığı merkezlerinde gruplandırılan her aile hekimliği birimi tarafından haftada asgari 3 saat esnek mesai uygulaması yapılmaktadır. (Gruplandırılmış 7 birime kadar aile hekimliği biriminin bulunduğu aile sağlığı merkezlerinde esnek mesai saatleri farklı zamanlarda planlanır ancak gruplandırılmış birim sayısının 7 ve üzerinde olması halinde ise aile sağlığı merkezi haftalık en az 55 saat açık kalacak şekilde planlama yapılır.) şeklinde değiştirilmesi izin gibi durumlarda hizmetin usule uygun devam etmesine katkı sağlayacaktır.

- Ayrıca ilgili hüküm içerisine 55 saatlik mesainin kimler tarafından yapılacağı, vekalet eden aile hekiminin bu 55 saati tamamlamasının gerekli olup olmadığı konusunda açıklayıcı bir hüküm eklenmelidir.



AİLE HEKİMLİĞİNDE UZMANLIK EĞİTİMİNDE YAŞANAN SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

1- Türkiye’de aile hekimliği uzmanlık eğitimi, aile hekimliği uzmanlık eğitimi ve sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitimi olmak üzere iki şekilde verilmektedir. Başka hiçbir ana branşta olmayan yöntem farklılığı eğitimin kalitesi, maddi ve özlük haklarda farklılıklar oluşturmaktadır ve bu durum meslek barışına zarar vermektedir. Aile Hekimliği Uzmanlığı için diğer branşlarda olduğu gibi TUS ile girilebilen tek bir uzmanlık yöntemi benimsenmelidir.

2- Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi diğer ülkelerdeki aile hekimliği uzmanlık eğitimi ile akredite edilecek şekilde planlanmalıdır. UÇEP ve TUKMOS eğitim müfredatları akreditasyon standartları seviyesine çıkarılmalıdır. Bunun için Sağlık Bakanlığı Bünyesinde Aile Hekimliği Bilim Komisyonu kurulmalıdır ve Uzmanlık eğitimi verilen kliniklerin akredite edilmeye teşvik edici uygulamalar planlanmalıdır.

3- Aile Hekimliği Uzmanlık eğitiminde rotasyonlar önemli bir yer almaktadır. Rotasyonların kalitesi artırılmalı rotasyonlardaki eğitimlerde belirli bir standardizasyon belirlenmeli UÇEP’te belirlenen yetkinliklerin kazanılması takip edilmelidir.

Eğitim planı içerisine sahada sık karşılaşılan hastalıklara yönelik fizik tedavi, geriatri, göz hastalıkları, nöroloji ve kulak burun boğaz rotasyonu eklenmelidir.

4- Sevk sistemi altyapı sorunları nedeniyle uygulanamamaktadır. Sahada yeterince aile hekimliği uzmanı olduğunda önce pilot bir yerden sonra yaygın şekilde sevk sistemi uygulanmalıdır. Aile Hekimliği Uzmanı kadroları artırılarak bu sorun çözülmelidir.

5- Aile Hekimliği Uzmanları; diyabet polikliniği, obezite polikliniği, sigara bırakma polikliniği, evde bakım hizmetleri, palyatif bakım hizmetleri ve GETAT uygulamalarının yürütülmesinde aktif görev aldıklarından uzmanlık eğitimi süresince bu konularda da yeterli yetkinlik kazandırılmalıdır. Bu kliniklerde çalıştıklarında teşvik ödemeleri hastane ortalamasından olmalı veya bu kliniklerde elde ettikleri teşvik puanları kendi kliniklerindeki puanlara eklenmelidir.

6- Aile Hekimliği Uzmanlık eğitimi içerisinde EASM’ler önemli bir yer tutmaktadır. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi veren kliniklerin EASM’si olmalıdır. Eğitim ASM’si olmayan

kloniklerde de asistan hekimler rotasyonlarını tamamladıktan sonra sahada 5 yıl ve üzeri çalışan Aile Hekimliği Uzmanlarının yanında saha eğitimi almaları sağlanmalıdır.

7- Aile Hekimliği Uzmanlarının pratisyen aile hekimlerine göre reçete, tedavi ve girişimsel işlemlerdeki yetkinlikleri artırılmadır. USG'nin tanı ve tedavide kullanımını aile hekimliği uzmanlık eğitimi içerisine eklenmelidir.

8- Sahadaki ASM'lerden uygun olanların Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde kullanılmak üzere Eğitim

ASM'lerine çevrilerek veya klinikler ile entegre edilerek aile hekimliği uzmanlığı eğitimi içerisinde daha aktif rol alması sağlanmalıdır.

9- Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan aile hekimliği asistanlarının ve eğiticilerin teşvik ödemeleri hasta sayısından bağımsız olmalı ve hastane ortalamasının altında olmamalıdır.

10- Aile Hekimi Uzmanları için geriatri ve sosyal pediatri alanlarında yan dal eğitim hakkı verilmesi planlanmalıdır.



AİLE HEKİMLİĞİNDE GELECEK VİZYONU

Bu başlıkta aile hekimliğinin geleceğinin nasıl olacağı ve hangi şartlar altında şekilleneceği temel olarak

ele alınmıştır. "İdeal aile hekimliği nasıl olmalıdır?" sorusunun cevabı yanıtlanmaya çalışılmıştır.

Hizmetin Mahiyeti

Aile hekimliğinde hizmetin mahiyeti; koruyucu sağlık hizmetlerinin yanı sıra 1. Basamak tanı-tedavi işlemleridir. Koruyucu sağlık hizmeti sadece aile hekimliklerinde verilmektedir. Aile hekimlerinin hastalık öncesi aşamasında aktif rol alması gerekmektedir. Hastalık oluştuktan sonra değil, hastalık oluşmadan

önce müdahale edilmelidir. 1. Basamak sağlık hizmetinin öncelik olarak belirlenmesi için genel gerekçe 2. ve 3. Basamak sağlık hizmetinin yoğunluğunu azaltmak, hastalığın ortaya çıkma oranını azaltmak ve nüfusun sağlıklı bir şekilde yaşlanmasını sağlamaktır.

Sevk Zinciri: Sevk zincirine geçiş davranış değişikliği ve sistemsel düzenleme gerektirdiğinden süreçte yayılarak kademeli bir şekilde

"Sevk zincirine geçiş davranış değişikliği ve sistemsel düzenleme gerektirdiğinden sürece yayılarak kademeli bir şekilde gerçekleştirilmelidir."

gerçekleştirilmelidir. Aile hekimi sevk istediği zaman MHRS'ye girip randevu almak zorunda olmamalıdır. MHRS de aile hekimine alan açılmalı ve aile hekimleri buradan sıra beklemeden aynı gün veya ertesi güne randevu

alabilmelidir. Entegrasyon sağlanıp internet üzerinden doğrudan sevk sağlanması gerekmektedir. Bu iletişim ile basamaklar arası entegrasyon sağlanmış olup hekimlerin sistem üzerinden birbirleri ile irtibatı sağlanmış olacaktır. Hastaların rahatsızlıklarında yanlış branş yöneliminden kaynaklı sistemdeki yoğunluk böylece giderilmiş olacaktır. Sevk zinciri küçük adımlarla günlük uygulamaya entegre edilerek büyütülmelidir. Kişilerin doğrudan has-

tanelere yönelmesinden ziyade, aile hekimliklerine yönlendirilip, tanı-te-davi aşamasının aile hekimliğinde başlaması sağlanmalıdır. Örneğin; “hastanın direkt 3. basamak hastaneye başvurması halinde katkı payı %30 artırılır, aile hekiminden sevk ile giderse ücretsizdir” gibi benzeri uygulamalar getirilerek, kişilerin başvurularının aile hekimliğinden başlatılarak doğru yönlendirmenin yapılması teşvik edilmelidir. Tabii bu süreçte aile hekimine sevk baskısı yapılması da engellenmelidir. Bu sistemin oturması sürece yayılmalı ve aile hekimliği birim sayılarının eş zamanlı artırılmaları gerekmektedir. Sevk zincirine “teoride iyi görünüyor ancak pratikte uygulanması zor” anlayışından çıkarak basamaklar arası entegrasyon ile başlamak gerekmektedir (<https://rize.saglik-sen.org.tr/cdn/uploads/newscast/files/3f40e303347235b0b6fbb5c8f8a8f92c.pdf>). Basamaklar arası entegrasyona hastane bilgi yönetim sistemi ve aile hekimliği bilgi sistemi birbirlerini görececek şekilde düzenlenerek başlanabilir.

Sevk zincirine geçişte ilk başta MHRS den aile hekimleri için açılan alan % 20 olarak planlanabilir. Yani aile hekimini sevk edeceği zaman MHRS de sıra sistemini by-pass ederek randevu alabilmeli ve sevk görüşünü sisteme yazabilmelidir. Hastanede hastayı karşılayan hekim (konsültan) ise muayene sonu-

cunu sisteme yazmalı ve aile hekimi ile branş uzmanları arasında dijital iletişim oluşmalıdır. Burada aile hekiminin konu hakkındaki uzman yaklaşımını öğrenmesi de ikincil bir kazanç olacaktır. Aile hekimi için MHRS’de ayrılan %20 oran dolduğunda %70 e kadar kademeli olarak artırılmalıdır. Buna paralel olarak aile hekimliği birimi sayısı artırılarak aile hekimi başına düşen nüfus azaltılmalı ki sistem, aile hekimliğinde tıkanmamalıdır. Diğer yandan MHRS den hastaneye direkt randevu ile gidenlerin hastane müracaat ücretleri artırılabilir. Böylece hastalar tarafından acil olmayan rahatsızlıklarında önce aile hekimine gitmesi gerektiği öğrenilecektir. MHRS de aile hekimine ayrılan oranın %20 ‘den %70’e çıkması en az 2 yıl süreçte gerçekleşmelidir. Bu süreçten sonra en çok sevk eden aile hekimlerinin en çok sevk ettikleri branşlara küçük branşlarda 1 ay, büyük branşlarda 2 ay rotasyon yapmaları sağlanarak dinamik öğrenme süreci başlatılmış olacaktır. Böylece aile hekiminin zayıf olduğu branşta yetkinliğinin artması ve branş uzmanları ile irtibatları artırılması sağlanacaktır. Bununla birlikte mesleki uygulamaların artması için aile hekiminin talebi olması durumunda yılda 2 ay rotasyon hakkı verilebilir. Bu süreçte ASM’deki birimine Sağlık Müdürlüğü tarafından görevlendirme yapılır.

Evde Sağlık Hizmetleri:Evde sağlık hizmetlerinin birinci basamak ayağı aile hekimleri tarafından verilmektedir. Yönetmelikte olmasına rağmen aile hekimliğinde evde sağlık hizmetleri oturmamıştır. Bunun en önemli sebebi ise yoğun iş yükünün arasında ev ziyaretleri planlamanın yapılamaması ve bu hizmetin ek ödemesinin olmamasıdır. Bunun için Aile hekimliği merkezli bütünleşik evde sağlık hizmetleri modeline geçilmelidir. Bu modelde aile hekimliği ilk ev ziyaretini planlamakta ve gerektiğinde hastaneler ile koordinasyonu sağlamaktadır. Aile hekimi ve hemşiresine her ev ziyareti için (gidilen adrese olan uzaklık değerlendirilerek) ek ödeme yapılması bu sistemin oturmasını sağlayacaktır. Bununla beraber yeni açılan YAŞAM poliklinikleri ve Palyatif servisler Aile Hekimliği uygulaması ile entegre edilmeli , bu alanlar aile hekimliği kliniklerinin uzmanlık eğitimi uygulama alanı olarak belirlenmeli ve gereksiz iş gücü kaybı bertaraf edilmelidir. (https://www.researchgate.net/publication/365978050_Evde_Saglik_Hizmetlerinin_Yapilandirilmasina_Yeni_Bir_Bakis#fullTextFileContent)



Çalışanların mahiyeti

Aile Hekimleri nitelikli, koruyucu sağlık hizmetleri bakımından tam donanıma sahip, tedavi hizmetleri açısından ise birinci basamak yaklaşımı iyi bilen ve ne zaman sevk edeceğine karar verebilen hekim olmalıdır. Diğer taraftan birinci basamak yönetimini bilen, toplum yönelimli, bütüncül ve kapsamlı yaklaşım yapabilen, özgül sorun çözme becerileri ile kişi merkezli bakım yapabilen hekimlerdir.

Aile Hekimlerinin diğer bir tanımı da Avrupa Aile Hekimleri Derneğinde belirtildiği gibi genel pratisyendir. Burada belirtilen "Genel pratisyen/ Aile Hekimi, yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve bir sağlık birimine bağlı nüfusa, kişisel ve sürekli birinci basamak sağlık bakımı sunan tıp fakültesi mezunudur. Hastalarına hasta görüşme odasında, hastalarının evlerinde ve bazen bir klinik ya da hastanede hizmet sunar. Amacı erken tanı koymaktır. Hastalarının bakımı sürecinde sağlık ve rahatsızlık durumlarını değerlendirirken fiziksel, psikolojik ve toplumsal etkenleri dikkate alır ve bütünleştirir. Kronik, yineleyen ya da terminal dönem rahatsızlıkları olan hastaların sürekli yönetim sorumluluğunu üstlenir. Uzun süreli temas, genel pratisyenin yineleyen hastayla karşılaşma olanaklarını, her hasta için

uygun bir hızda bilgi toplamak ve mesleğini uygulamada kullanabileceği bir güven ilişkisi oluşturmak üzere kullanabilmesi anlamını taşır. Tedavi, koruma ve eğitim yoluyla nasıl ve ne zaman hastalarının ve ailelerinin sağlığını geliştirme girişimlerinde bulunabileceğini bilir. Ayrıca topluma karşı da mesleki sorumluluğu kabul eder." olarak belirtilmiştir.

Aile Hekiminin görevleri ise;

- a) Koruyucu hekimlik uygulamaları
- b) Birinci basamak tanı ve tedavi hizmetleri
- c) Kronik hastalıkların takibi, rehabilitasyonu ve yaşlanma sağlığı
- d) Veri toplama ve kayıt tutma
- e) Sağlık danışmanlığı ve yönlendirme
- f) Sağlık eğitimi

Aile hekimleri kendilerine başvuran hastaları hastaneye gitmeden önce değerlendirmeli ve birinci basamakta tedavi edilecek hastaları yönlendirmemelidir. Yani "kapı tutucu" rolünü yerine getirebilmelidir.

Aile Sağlığı Merkezinde sekreter planlamasının yapılması hekimlerin verimlerini artıracaktır.

Fiziksel Şartlar

Aile Hekimliği birimlerinin A-B-C-D... sınıflandırılması; mekânsal-fiziksel konulara bağlı durumdadır. Bu sınıflandırma daha fonksiyonel hale getirilmelidir. Bu sınıflandırmada hali hazırda A tipi birimde mekânsal olarak A tipi standartları sağlamalı, esnek mesai yapılmalı ve mevcut aile sağlığı çalışanı harici dışarıdan hemşire çalıştırılması gerekmektedir. Bu sınıflamanın işlevsel bir zemine oturtulması ve fonksiyonel durumların öne çıkartılması sağlanmalıdır. Örneğin A tipi ASM (birim olmamalı) de gece polikliniği yapılmalı ve asgari 5 birimden oluşmalı-

dır. Röntgen ve ultrason hizmetleri, alerji testleri gibi birinci basamakta uygulanabilecek bazı uygulamalar buralarda planlanabilmelidir. Aile Hekimliği birim gruplandırılması ASM olarak yapılmalıdır. ASM'de bir birim A grubu iken aynı ASM'de diğer birim grupsuz olmamalıdır. Gruplandırma sayısı ise en fazla 3 grup olarak planlanabilir.

Aile Sağlığı Merkezleri müstakil bina şeklinde planlanması önceliklenmelidir. Beraberinde Sağlıklı Hayat Merkezi ve 112 acil sağlık istasyonu gibi Bakanlığın birimleri bulunabilir.

Paydaşların Konumu

a) Hastaneler ve 112 acil sağlık hizmetleri gibi sağlığın diğer alanları ile tam entegre olarak onlarla birlikte çalışması için birlikte programlar düzenlenmeli ve hizmet geçişlerinde sorun yaşanmamalıdır. Aile hekimleri şehrin hangi hastanesinde hangi hizmetler verildiğini, 112 istasyonlarının yerlerini, toplum ruh sağlığı ve çocuk izlem merkezleri gibi sistemin tüm parçalarını görev ve sorumlulukları ile birlikte bilmelidirler. Bu merkezler de aile hekimlerinin yönlendirdiği hastalara bakarak aile hekimine sonraki tedavinin sürecine dair sistem üzerinden bil-

gilendirme yapmalıdır.

b) ASM'lerin oluşturulmasında yerel idarenin etkisi çok büyüktür. Bu doğrultuda gerekli hallerde, yerel idare ile bu konuda görüşmeler yapılmalıdır. Yeni ASM planlamalarında yerel yönetimler ile birlikte hareket edilmelidir.

c) Dernekler ve meslek örgütleri aile hekimliği konusunda yapıcı tutum sergilemelidirler. Yapılacak her düzenlemeye tepkisel yaklaşım yerine işin verimliliğini artırıcı öneriler sunulmalıdır.

d) Diğer kurumlar ile ortak çalışma alanları artırılmalıdır. Özellikle Milli Eğitim ile ana okulundan itibaren sağlıklı yaşam konusunda dersler oluşturulmalı ve toplumun sağlık okuryazarlığına katkı sunulmalıdır. Sigara denetimlerinden sağlık ekibi çıkartılmalı ve kolluk kuvvetleri yapılmalıdır. Sağlık camiası sigaranın zararları konusunda eğitim vermeli ve sigara bırakma poliklinikleri ile sigara

ra cezası alanların bağlantısı kurulmalıdır (<https://dergipark.org.tr/tr/pub/bagimli/issue/75612/1215574>). Aile hekimleri bu konularda toplumu bilinçlendirecek şekilde aktif görev almalıdırlar. Kendi bölgesindeki kamu kurum kuruluşları, STK'ları, işyerlerini ziyaretler planlamalı ve sağlık okuryazarlığı kapsamında uygulamalar yapılmalıdır.

Uygulamanın Güncellenmesi

Uygulamanın yeniden yapılandırılmasından ziyade rehabilitasyonu öne çıkarılmalıdır. Burada da aile hekimliğinin işlevselliğini artıracak uygulamalar sisteme entegre

edilmelidir. Bakanlık içerisinde Aile Hekimliği uygulamasının güncellenmesini sağlayacak kolların güçlendirilmesi, desteklenmesi gerekmektedir.



ÖNERİLER

1) Aile hekimliğinde sunulan hizmetin kalitesinin artırılması için hekim başına düşen nüfus (çalışanlar için gelir kaybına neden olmadan) azaltılmalıdır. Aile hekimliğinde hekim sayısının artırılması gerekmektedir. İl ve ilçe sağlık müdürlüklerinde aktif hekimlik yapmayan aile hekimliği uzmanlarının uygulamaya dahil edilmeleri sağlanmalıdır. TUS kontenjanlarında aile hekimliği branşına ayrılan sayı öğretim görevlisi sayısına bağlı olarak yüksek tutulmalıdır. Aile hekimliği birim sayısının artırılması için yeni ASM'lerin planlanması ve yapılması gerekmektedir. Hali hazırda 28 bin olan aile hekimliği birimi asgari 40 bine çıkarılmalıdır.

2) ASM de hemşire ile hekimin ortak çalışması konusunda düzenleme getirilmelidir. Aşı ve gebe takipleri aile sağlığı çalışanı tarafından yapılmakta ancak hekimin bu takiplere katkısının artırılması gerekmektedir. Sağlık profesyonelleri (hekim-hemşire) arasında iletişimde kopukluk yaşanmamalıdır.

3) Karşılama alanı, hekim odası, hemşire odası gibi kompleks bir yapı oluşturulmalı ve sistem net olarak belli olmalıdır.

4) Aile sağlığı çalışanı sayısının artırılması gerekmektedir, Mevzuatta hekim başına en az 1 aile sağlığı çalışanı olarak geçmektedir. 3 hekime ek bir aile sağlığı çalışanı planlaması kamu üzerinden yapılmalıdır. Aynı şekilde her ASM ye bir tıbbi sekreter planlaması yapılmalıdır.

5) Poliklinik sayısından ziyade randevu sistemine öncelik verilmesi gerekmektedir. Nitelikli hasta muayenesi ve hastaya ayrılan zamanın artırılması öne çıkarılmalıdır.

6) Sevk sistemi kademeli olarak getirilmelidir. Aile hekimliğinin vazgeçilmezi olan sevk zincirinde basamaklar arası iletişim artacak ve mezuniyet sonrası dolaylı öğrenme devam edecektir.

"3 hekime ek bir aile sağlığı çalışanı planlaması kamu üzerinden yapılmalıdır. Aynı şekilde her ASM ye bir tıbbi sekreter planlaması yapılmalıdır."

7) Aile hekimliğinde nöbet uygulaması olmalıdır. Ancak nöbet uygulaması olacaksa ihtiyaç halinde ve



aile hekiminin “gönüllülük” koşulu ile sağlanmalı, ayrıca artırılmış nöbet ücreti uygulanmalıdır.

8) ASM’lerin planlamasında yerel idarenin etkisi çok büyüktür. Bu doğrultuda gerekli hallerde, yerel idare ile bu konuda görüşmeler yapılmalıdır. Yeni ASM planlamalarında yerel yönetimlerle birlikte hareket edilmelidir.

9) Aile hekimliğinde verilen raporların ücretli olması: ASM’lere gereksiz sağlık raporu talebi (satranç oynamak için sağlık raporu, okula gidebilmesi için sağlık raporu vb.) olmaktadır. “Askerlik yapabilir” raporu ve “evlilik raporu” gibi zorunlu raporlar ücretsiz olması gerekir iken işe giriş raporu, sporcu sağlık raporu ve ehliyet raporu gibi isteğe

bağlı raporlar ücretli yapılabilir. Raporlar için ortak bir yazılım yapılmalı ve hastanın medulla, e-nabız ve reçete bilgileri sistemde otomatik olarak görülmelidir. Burada aile hekimine kısmi yazılım ile destek oluşturulmalıdır. Örneğin aile hekimine ehliyet için başvuran bir şahsın geçmiş bilgilerinde antipsikotik kullanımı var ise sistem otomatik olarak psikiyatri değerlendirmesi istemelidir. Aile hekimi rapor vermekten kaçınmamalı ancak sevk kriterleri var ise sistem otomatik sevk etmelidir. Ayrıca kişi onayına bağlı konularda (satranç oynama sağlık raporu) rapor ihtiyacının oluşmadığı sistem tarafından otomatik olarak belirtilmelidir. Sistemdeki diğer bir sorun ise okul öğretmenlerinin geç kalan veya okula gelmemiş olan öğrenci-

leri hasta olmadıkları halde sağlık raporuna yönlendirmeleridir. Hasta olmadan kişiye raporun oluşturulmasının uygun olmadığı durumunun eğitim camiasındaki farkındalığının artırılması gerekmektedir. Bu konuda velilerin 30 güne kadar mazeretsiz çocukları için izin alabilme hakları mevcuttur. Ancak bu haklar kullanılmayıp hekime rapor almaları için yönlendirme yapılmaktadır. Bu konuda Milli Eğitim Bakanlığı ile iş birliği yapılarak uygunsuz rapor taleplerinin önüne geçilmesi gerekmektedir. Aile hekimi bu gibi durumlarda zor durumda kalmamalıdır.

10) Aile hekimlerine ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine başvuruyu engelleyen (hastalığı çözümlen) işlemler sonucunda ödeme yapılması gerekmektedir. Çünkü ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin yoğunluğu azaltılmış, hasta sevk işlemleri ile ekstra yorulmadan sağlık hizmetinden faydalanmış olacaktır.

11) İlaç kutularının boyutlarının farklı olması sebebi ile birden fazla ilaç kullanan hastalar için de aile hekimleri için de iş yükü artmaktadır. Raporlu ilaçlar konusunda ilaçların kullanımına göre standardize edilmesi sürekli ilaç yazımı konusunda yoğunluğu engelleyecektir. Örneğin: Diyabetik, Kalp rahatsızlığı, reflüsü ve romatizma rahatsızlığı olan bir hasta, raporlu 7 çeşit ilaç ve

raporsuz 2 ilaç kullanmaktadır. Bu ilaçların günlük kullanım pozolojileri ve kutu içerikleri aynı olmadığı için hasta ilacı bittikçe yazdırmak istemekte ve üç aylık süreç içerisinde en az 4-5 defa aile hekimini ziyaret etmektedir. Bunların kullanımı için ilaç kutularının 28'lik blisterler yerine 1x1 kullanılanlar 30'luk blisterler halinde, 2x1 kullanımı olan ilaçlar 60'lık blisterler haline getirilebilir. Diğer bir çözüm yolu da eczanelerden ilaç kutusu bittikçe sistemden otomatik olarak alabileceği bir durum oluşturulabilir. Yapay zeka destekli takip prosedürleri geliştirilip gerektiğinde tahlil ve kontrol için doktora yönlendirme yapılabilir.

12) Kısırlanmış sağlık talebinin azaltılması: 2023 yılında 805 milyon civarında kişi sağlık kuruluşlarına başvuru yapmıştır. Acil servis başvuruları ise 150 milyondur. Acile başvuranların %86'sının gerçek acil olmadığı tespit edilmiştir. Bunun azaltılması için altyapısı iyi düzenlenebilirse kamu hastanelerinde akşam (17-24.00 arası) aile hekimliği poliklinikleri açılabilir. Diğer yandan aile hekimliklerini meşgul eden önemli bir durum yaşlı kişilerin aile hekimliklerine gezme-sosyal ortam oluşturma vb. maksatlı ziyaretleridir. Bunun için başvuru başına alınan ücret artırılmalıdır ve bu ücret memur maaş zammına endeksli hale getirilmelidir. Kişilerin defalarca muayene için başvuruda bulun-

maları önlenmelidir. Bu gibi konularda Bakanlık denetimi yürürlüğe girmelidir. Özel hastane ve muayenehanelerde (özellikle diş hekimleri reçeteleri) yazılan ilaç ve raporlar SGK tarafından ödenmelidir. Aile hekimliklerine bu nedenle sadece ilaç yazdırmaya gelen kişiler yoğunluğa sebebiyet vermektedir.

13) Sağlık okur-yazarlığının artırılması: Sağlık okur-yazarlığına yönelik çalışmalar yapılmalıdır (Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğüyle entegre bir çalışma içerisine girilmelidir). Vatandaşın sorumluluğu teşvik edilmelidir. Sağlık alanına özel dizi ve filmlerde senaryo denetimi yapılması gereklidir. Televizyon dizilerinde verilen sağlık ile ilgili alandaki yanlış bilgiler ve tutumlar kontrol altına alınmalıdır (sağlıkta şiddetin artmasında dizilerdeki yanlış tutumların pasif öğrenilmişliğinin etkisi bulunmaktadır). Hem kişilerin dizilerdeki yanlış uygulamaları esas almaları, hem de sağlıkta şiddet gibi toplumsal problemlerin önüne geçilmelidir. RTÜK-Sağlık Bakanlığı iş birliği doğrultusunda kamu spotları artırılmalı, televizyonda yer verilen sahnelerde doğru bilgi yansıtılması önceliklenmelidir. **Sağlık TV** kurulabilir ve doğru bilgilendirmeler bu TV üzerinden yapılabilir.

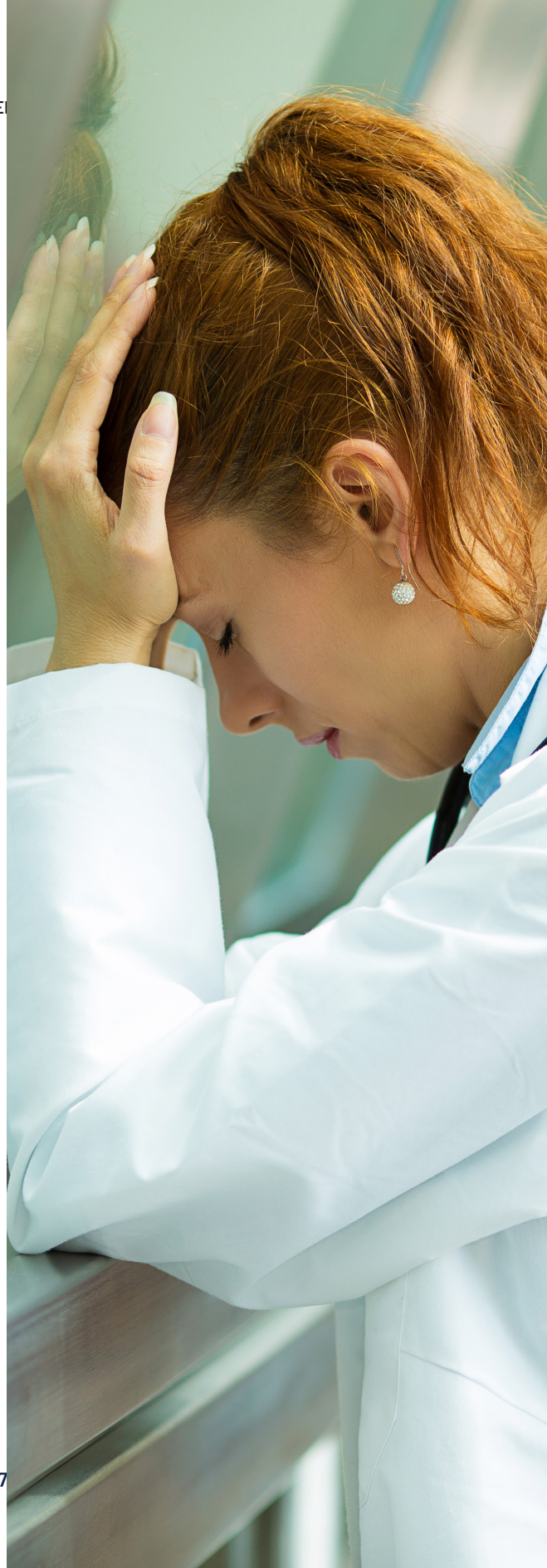
14) Aile hekimlerinin motivasyonu artırılmalı, yorgunluk sendromlarından arınmaları sağlanmalıdır.

Motivasyon artırıcı faaliyetlerin yapılması için bakanlık bünyesinde ekip oluşturulması gerekmektedir. Mesleki öğrenmede aktif yönelim sağlanmalıdır. Sevk zinciri uygulamasına kademeli olarak geçildikten sonra aile hekiminin sevk oranı belli bir oranı geçtikten sonra en fazla sevk edilen bölüme 1 veya 2 aylık (dahiliye, pediatri ve acil için 2 ay, diğer branşlar için 1 ay) rotasyona gönderilip orada aktif öğrenme sağlanabilir. Bu sürede yerine ilçe sağlık müdürlüğü tarafından görevlendirme yapılabilir.

Aile hekimlerinin yaptığı işlemlerin fonksiyonları ve bu fonksiyonların önemi vatandaşa doğru bir şekilde aktarılması gerekmektedir. Bu sayede mesleki saygınlığın sağlanmasıyla birlikte, aile hekiminin kendisine olan güveni de güçlenmiş olacaktır.

15) Bu alanda bir vakıf kurularak, 1. Basamak sağlık hizmetlerinin vakıf aracılığıyla desteklenmesi gerekmektedir. (Alternatif: Kantin işletmeciliği için özel bir vakıf kuruldu. Örnek olarak alınabilir). Bu vakıf aracılığıyla özellikle sanal ASM binalarının kira ve ödeneklerine yardım edilmelidir. Sanal ASM olarak kurulan ASM'lerin stopaj ödemeleri de olduğu için sistemdeki adaletsizliklerin önüne bu vakıf üzerinden çözümler üretilebilir. Avrupa'da vakıflar; 25 yıl geri ödemeli hekimlere

mesleğe başlangıç parası veriyor. Kişilerin düzenlerini kurmaları için bir yatırım sermayesi sağlanıyor. Bu sermaye ile kişilerin başlangıç aşamalarında karşılaştıkları zorluklar minimuma indirilmeye çalışılıyor. Benzeri bir çalışma-düzenleme bu vakıf üzerinden planlanabilir. Yeni görevine başlayan doktorlara yeni duruma uyum sağlamaları ve maddi sıkıntıya düşmemeleri için faizsiz kredi oluşturulabilir. Örneğin; mezun olduklarında kamuda 10 yıl çalışma şartı ile sıfır faizli 10 yılda geri ödemeli kredi verilebilir (pratisyenler için 1 milyon, uzmanlar için 2 milyon, yan dal uzmanlar için 3 milyon, doçentler için 4 milyon, profesörler için 5 milyon şeklinde planlanabilir). Bu uygulama hekimlerin yurtdışına gidişleri veya dışarıda başka işler yapma konusundaki eğilimlerini azaltacaktır. Mesleğe yeni başlayan hekimler için özendirici bir durum olacaktır. Diğer yandan bu konuda ara şartlar oluşturulup sağlık sisteminin ihtiyacı olan uzmanlık alanlarına (pediatri asistanlarına asistanlık boyunca burs verilmesi veya bu uygulamanın ihtiyaç olan şekilde çalışan hekimlere verilmesi gibi) yönelik özendirici uygulamalar yapılarak sistem düzenlenebilir. ASM'lerdeki cari ödemeler bakanlık eliyle değil de vakıf eliyle yürütülebilir. Vakıf eliyle yürütülecek işlemler içerisinde sadece binaların fiziki harcamaları değil, çalışan durumları



da düzenlenmelidir. Rutin prosedür sonucu cari ödemelerin yapılması gecikmektedir. ASM'de düzeltilmesi gereken akut durumlarda (kapı kırılması, kameranın zarar görmesi veya çatının akması gibi) hekimler inisiyatifle bu işlemi hemen yapabilmelidir.

16) Aile hekimleri çalıştırdıkları temizlik personeli veya kamu dışı hemşirelerin ayrılışlarında kıdem tazminatı ödemesinde sorun yaşamaktadırlar. ASM'de yer değiştiren hekimlerin çalışan kişinin kıdem tazminatı paylaşımında rolü net olarak belirlenmeli ve hüküm altına alınmalıdır. Güncelde bu problemler dava ile çözülmeye çalışılmaktadır.

Bu konuda yasal düzenleme getirilmelidir. Aile hekimlerinin ve çalışanların mağdur olmayacakları bir sistem kurulmalıdır.

17) Belediyelerin, ASM bina yapılarının yapılmasında ve planlamasında net hükümler belirleyerek ilgili hükümleri uygulaması gerekmektedir. ASM binaları şahsına münhasır olmalıdır. ASM'nin yapıldığı bina sadece hekim ve çalışana özel olmalıdır. Mümkünse tek bina halinde müstakil yapı şeklinde olmalıdır. ASM'ler ile SHM planlamaları birlikte yapılmalıdır. Acil 112 istasyonlarının ASM binaları ile birlikte planlanması 112 çalışanlarının kurumsal kimlik kazanmaları açısından önemlidir.



Ayrıca ASM'deki doktorların acil durumları sevk etmeleri durumunda, yakınlık açısından aynı yerleşkede olmaları hekimlere güvence kaynağı olacaktır. Eczacı ile ortak çalışma alanlarında, fiziki problemlerde ortaya çıkan sorunlar için (bina-yönetim) belediyeler nezdinde düzenleme yapılması gerekmektedir.

18) Kamu dışı aile sağlığı çalışanı kamuya geçtiği için aile sağlığı çalışanı bulmakta zorlanmaktadır. İlçe sağlık müdürlüğü tarafından görevlendirmeler ile bu sorun giderilmeye çalışılmaktadır ancak bu süreç içerisinde hizmet aksaması yaşanabilmektedir. Özellikle kırsaldaki aile hekimliklerinde bu durum sıkça ya-

şanmakta olup nokta atama ile aile sağlığı çalışanı istihdamı sağlanmamaktadır.

19) Sistemde aile hekiminin kariyer planlamasının yapılabilmesi (Klinik becerilerinin, klinik fiziki şartların gelişimi ile doğru orantılı olacak şekilde artırılması) gerekmektedir. Aile Hekimlerinin sertifikalı/sertifika-sız eğitiminin desteklenmesi, artırılması buna göre de aile hekimine pozitif etkisi olacak düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

20) Aile hekimleri klinik alanlara müdahil olmalı, hastasını sevk ettiği hastane tarafında yapılan konsültasyonlar ve yatışlarda ilgili hekim ile işbirliği halinde hastasının takibine devam etmelidir.

21) Sağlıklı Hayat Merkezlerinin (SHM) aktif hale getirilmesi ve ASM'lere beklenen desteği sağlaması gerekmektedir. SHM'lerde görev yapan personelin, aile hekimliğinden sevk ile gelen hastaya gerekli desteği vermesi ve aile hekimine geri bildirimde bulunması gerekmektedir. SHM'ler Aile Hekimliği ile tam entegre olmalıdır. Aynı bina içinde planlanması işlevselliklerini artıracaktır. SHM olmayan büyük ilçe sağlık müdürlüklerinde de psikolog fizyoterapist çocuk gelişimci bulunmakta, fiilen görev yapmaktalar fakat yaptıkları işlemler SHM bünyesinde görülmemektedir. Bunların değerlendirilerek uygulamaya katılması gereklidir.





22) Proje ASM'lerin kurulması: Akademisyen veya uzman aile hekimlerinden bir grup oluşturarak yapacakları iş ve işlemleri kendilerinin belirlediği istedikleri her türlü tıbbi malzeme ve cihazların temin edildiği, istedikleri her türlü tahlil ve tetkikin anlaşmalı hastane tarafından yapılabildiği bir ortam hazırlanabilir. Koruyucu ve sağlık hizmetlerinin yanında tedavi edici hizmetlerin artırılması sağlanır. Bunun için başta röntgen ve USG hizmetleri (gebe takibi vb) gibi görüntülemenin yapıldığı, spirometre, tansiyon ve ritm holter uygulaması gibi aile hekimliğinde değerlendirilebilecek uygulamaların yanında küçük cerrahi uygulamaların (sünnet, kist eksizyonu, tırnak çekimi, RIA takılması vb.) yapıldığı büyük proje ASM'ler planlanabilir. Burada diyetisyen, psikolog ve röntgen teknisyeni gibi sağlık profesyonelleri açısından destekle-

nerek işlevselliğin azami derecede olduğu proje ASM'ler oluşturulabilir. Buralarda yapılan işlemler SGK tarafından ödenir. Bu proje ASM'ler öncelikle büyükşehirlerde olmak üzere birkaç adet planlanır ve uygulamalardaki eksiklikler gözlenir. Sonrasında proje olarak tüm illere yayılarak devam edilir.

23) Dijital sistemlerden azami derecede faydalanılması: Aşı uygulamaları reddinde aileye dijital ortamlarda yaptırmadıkları aşılar nedeniyle çocuklarının hasta olduklarında nasıl bir durumda olacağını anlatan video ve bilgiler paylaşılabilir.

E-rapor sisteminde ehliyet, sporcu sağlık ve evlilik raporları gibi raporlarda sistem e-nabız, e-reçete, mesleki yeterlilik kurulu vb. gibi paydaşlar ile tam entegre bir sistem oluşturularak aile hekiminin işini

kolaylaştıracak modüller oluşturulmalıdır.

Kişilerin laboratuvar sonuçları, hastane süreçleri ve sağlıkla ilgili tüm bilgilerinin aile hekiminin sistemine otomatik olarak düşmesinin sağlanması ve alarm durumlarında aile hekimine mesaj olarak durumun iletilmesi sağlanabilir.

Aile hekiminde akılcı uygulamalar sistemi kurularak yapay zeka destekli dijital yönlendirmeler yapılabilir.

Yurtdışı uygulamalarından örnek alınabilecek konular;

Aile hekimlerinden gelen anamnez bulguları gibi bilgilerin doğrudan hastanelerde görev yapan hekimlere iletilmelidir. Tüm aşamalarda tanı tetkikler tekrar tekrar yapılması halinde hastanın sağlık hizmetine olan güveni azalmaktadır.

a) Sevk Zinciri

b) Yarı zamanlı çalışma sistemi: Bu konuda ilgili mevzuat düzenlenmesi yapılması gerekmektedir (emeklilik yaşı gelmiş, yarı zamanlı çalışmak isteyen hekimler ve çocuklu kadın hekimler için). Belli başlı alanda uzmanlığı olan kişiler için; dahiliye, çocuk ve kadın doğum uzmanlarının yarı zamanlı olarak aile hekimliğinde görev yapmasının önü açılmalıdır.

c) Sağlık okuryazarlığının artırılması: Sağlık okuryazarlığında aile hekimlerinin kişilerin sağlık danışmanlarının olduğu öne çıkarılarak bu konuda yeni uygulamalar yapılabilir. Aile hekimlerine telefon ile danışmanlık nöbeti uygulaması planlanabilir. Sosyal medya platformlarından yanlış bilgi yayıcılığının önüne geçilmeli ve resmi hesaplardan toplum ile iletişimin artırılması sağlanmalıdır.

d) Aile hekimlerinin akademik çalışmalara aktif katılmalarının sağlanması

e) Randevu sistemi ile hastalara ayrılan sürenin artırılması

SONUÇ

Ülkemizde son 20 yılda sağlıkta yapılan iyileştirmelerden birisi de aile hekimliği uygulamasıdır. Ancak 15 yılda statik bir yapıda bırakılan aile hekimliği tam anlamıyla işlevselliğine kavuşmamıştır. Burada sevk zincirinin kurgulanamamış olması ve üst basamaklarla entegrasyonun

oluşturulamaması en büyük et-kendir. Mevcut yapıda aile hekimliğinde sistemin rehabilitasyonu ve çalışanlar açısından motivasyon artırıcı uygulamalar gerekmektedir. Bu çalıştay ile uygulanan aile hekimliği uygulamasının daha verimli çalışması için sorunlar ve çözüm önerilerinin yanın-



da aile hekimliği gelecek vizyonu ortaya konmaya çalışılmıştır. Sağlıkta dönüşümün tamamlanması açısından aile hekimliğinin kurgusunun tam oturması gerekmektedir. Sistemin temelini oluşturan birinci basamağın işlevselliğinin ve kalitesinin artırılması sorunların çözümünde

önemli rol oynayacaktır. Aile Hekimliği uygulamasının rehabilite edilerek güçlendirilmesi, sağlık hizmet sunumunun kalitesinde artışa, hekimlerin ve sağlık profesyonellerinin memnuniyetine, hastaların şifaya giden yolda kolay ve ulaşılabilir bir sağlık sistemine ulaşmasını sağlayacaktır.

Doç. Dr. Muhammet Ali ORUÇ

Çalıştay Başkanı





Sağlık-Sen Daima Yanınızda...



Tel: 444 1995 • Faks: 0312 230 83 65 • Zübeyde Hanım Mh. Sebze Bahçeleri Cd.
No: 86 Altındağ/Ankara (Memur-Sen Binası Kat: 11-12-13)



www.sagliksen.org.tr



sagliksen



ssagliksen