



NASIL BİR
AİLE
HEKİMLİĞİ?

Temmuz / 2021



Hazırlayan

İstanbul Aile Hekimliği Derneği

DAHA İYİ BİR AİLE HEKİMLİĞİ VE SORUNSUZCA İŞLEYEN BİR SİSTEM İÇİN.



Nasıl Bir Aile Hekimliği? TEMMUZ 2021

İstanbul Aile Hekimliği Derneği

Ataköy 7-8-9-10. Kısım Mah.
E-5 Çobançeşme Cad.
NEF 22 Sit. B/265 - İSTANBUL
+90 (212) 909 20 10
www.istahed.org.tr

Hazırlanma Tarihi:

01 - 10 Temmuz 2021

Sunum Tarihi:

12 Temmuz 2021





İSTAHED HAKKINDA

Türkiye'nin en büyük aile hekimliği derneği olan İstanbul Aile Hekimliği Derneği, 3250'den fazla üyesi ve yüzlerce aktivistiyle, yalnızca daha iyi bir aile hekimliği için çaba harcamaktadır.

2010 yılının Eylül ayında, İstanbulun aile hekimliğine geçmesiyle kurulan İSTAHED (İstanbul Aile Hekimliği Derneği), 3250'yi aşkın üyesiyle, Türkiye'nin en büyük aile hekimliği derneğidir. Hekim arkadaşların tamamen gönüllülük esası ile ve büyük özveriyle çalıştığı, *"elini tutmadığın gözüne bakmadığın hekime ulaşamazsın"* şiarı ile çalışmalarına başlayan İSTAHED, yaptığı örgütlenme çalışmalarıyla, eğitimleriyle, kongreleriyle, sempozyumlarıyla, eylemleriyle, gazetesıyla, hukuki destekleriyle taraflı tarafsız herkesin takdirini kazanmıştır.

Tek Amaç Aile Hekimliği

Geleneksel STK anlayışlarını değiştirip, tüm siyasi görüşlerden uzak bir şekilde, amacı sadece aile hekimliği sistemindeki aksaklıkları çözmeye ve sistem içinde hekimlerin haklarını savunmaya, eksiklikleri gidermeye, yüklenen angaryalara karşı emek mücadelesi vermeye yönelik aktivitelerde bulunan derneğimiz, eğitimi de aksatmadan nasıl aktivist bir dernek olunabileceğinin güzel bir örneğini sunmaktadır.

İstanbul'un Her Köşesinde

Çalışan, üreten hekimlerin sayesinde örgütlenmesi üst seviyeye çıkan ve hala devam eden İSTAHED, her ilçesi ayrı bir şehir gibi olan İstanbul'da örgütlenmesini ilçe başkanları sistemi üzerinden yürütülmektedir. Bu sayede İstanbul'da çalışan tüm hekimlere ulaşmak için her ilçede düzenli toplantılar yaparak, aile hekimlerinin sorunlarına hem yerel hem genel çözümler üretmeyi sağlamaktadır.

Birliğimiz en büyük gücümüzdür...



GİRİŞ

Dr. Serkan Özbakış
İSTAHED Yönetim Kurulu Başkanı

NASIL BİR AİLE HEKİMLİĞİ?

Temel amacımız ülkemizde koruyucu hekimliğin güçlendirilmesi, sağlık personelinin güvenli, sağlıklı ve huzurlu bir ortamda çalışması, hasta-hekim ilişkisinin saygı ve güven zemininde geliştirilmesidir...

Dünyada gelişmiş ülkelerin uzun süredir uyguladığı Aile Hekimliği veya Genel Pratisyenlik Sistemi, kayıtlı kişilere yönelik, birinci basamak koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetlerinin etkin olarak verildiği bir sistemdir. Koruyucu hekimlik, bireyin hastalanmasını önlemeyi, var olan hastalığını iyileştirmeyi, hastalığın ilerlemesini durdurmaya, ilerlemiş olan hastalıkların da organ hasarı ve ölüme sebebiyet vermesini engellemeyi amaçlar. Bireyin sağlık ve iyilik halini arttırmakla birlikte, toplum ve çevre sağlığını da önceler. Bunu da en uygun maliyetlerle yapar, maliyet etkindir ve ülke ekonomileri için vazgeçilmezdir. Birinci basamak koruyucu hekimlik, yani Aile Hekimliği Sistemi, gelişmiş ülkelerde tüm sağlık sisteminin temelini oluşturur. Bu nedenle bu ülkelerde sağlık bütçesi, ağırlıklı olarak koruyucu hekimliğe aktarılır.

Ülkemizde 2005 yılında Düzce’de pilot uygulama olarak başlatılan Aile Hekimliği Sistemi, 2010 yılında aralarında İstanbul’un da bulunduğu tüm illerin sisteme dahil edilmesiyle birlikte tüm Türkiye’de birinci basamak temel sağlık hizmet sunumu haline almıştır. Bu döneme kadar Sağlık Ocakları’nda 657 Sayılı Kanun’a tabi olarak çalışan hekimler ile kurum hekimleri, acil servis hekimleri, idari kadrodaki hekimler ve özel sektördeki hekimler kısa bir uyum eğitimi sonrası kendilerini idareyle hizmet sözleşmesi imzalamış Aile Hekimi olarak, sistemin içinde saha uygulayıcısı şeklinde bulmuşlardır. Sistem değişikliği, sözleşmeli çalışma, bir binanın Aile Sağlığı Merkezi haline dönüştürülmesi, Aile Sağlığı Merkezleri’nin fiziki ve teknik eksikliklerinin tüm sorumluluğunun alınması, personel çalıştırılması ve diğer belirsizliklerin yarattığı kaos içinde hekimlerin ve sağlık personellerinin insanüstü çabaları sonucunda sistem kısmen rayına girebilmiştir.



Bununla birlikte sürekli artan iş yükü, kayıtlı nüfusun 4000 civarında olması, gittikçe artan “Sağlıkta Şiddet” sorunu, yaşanan maddi kayıplar, özlük haklarında beklenen düzenlemelerin hayata geçirilememiş olması, hiçbir meslek grubunda görülmeyen denetimler ve soruşturmalar ile mesleki değersizlik hissi, tükenmişlik duygusunu yaygınlaştırmış ve ne yazık ki çözüm bekleyen sorunların artmasına neden olmuştur.

İstanbul Aile Hekimliği Derneği, 2010 yılında İstanbul’da Aile Hekimliği Sistemine geçmeden hemen önce sahadaki hekimlerin bir araya gelerek kurdukları bir dernektir. Temel amacımız ülkemizde koruyucu hekimliğin, yani Aile Hekimliği’ nin güçlendirilmesi, sağlık personelinin güvenli, sağlıklı ve huzurlu bir ortamda çalışması, hasta-hekim ilişkisinin saygı ve güven zemininde geliştirilmesi, sağlık sunumundaki aksaklıkların giderilmesi ile birlikte birey ve toplum sağlığının geliştirilmesidir. Bizler İSTAHED olarak geçiş sürecindeki sıkıntıların aşılması konusunda gayret gösterdikten sonra, şu anda da 3250’yi aşan üyemizle sağlık sunumundaki sorunların çözümü için İl Sağlık Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı ve Cumhurbaşkanlığı Sağlık ve Gıda Politikaları Kurumu ile diyalog halinde çalışmalarımızı yürütmekteyiz. En büyük Aile Hekimliği Derneği’nin yöneticileri olarak sorumluluk ve yükümüzün farkındalığı ile hazırladığımız bu raporda, temel amaçlarımız doğrultusunda ülkemizin menfaatlerini gözeterek toplum sağlığının daha ileriye taşınması için Aile Hekimliği’ nde yaşadığımız sorunlarımızı ve çözüm önerilerimizi özet halinde sunmayı hedefledik.



Dr. Serkan Özbakış
İSTAHED Yönetim Kurulu Başkanı

Dikkate alınması dileği ile,
Saygılarımızla...

İÇİNDEKİLER

- 08 SAĞLIKTA ŞİDDET (TERÖR BOYUTUNDA BİR DURUM)
- 09 MEVZUAT EKSİKLİĞİ
- 10 ASM'LERİN FİZİKSEL YAPISI VE EKSİKLİKLERİ
- 11 SAĞLIK RAPORLARI
- 12 İZİNLER - I
- 13 İZİNLER - II
- 14 İŞ YÜKÜ - I
- 15 İŞ YÜKÜ - II
- 16 İŞ YÜKÜ - III
- 17 ÜCRET VE HAK KAYIPLARI
- 18 NEGATİF PERFORMANS SİSTEMİ
- 19 KAYITLI NÜFUS
- 20 RPT (İLAÇ YAZDIRMA), AİLE HEKİMLİĞİNDE SUT KISITLAMALARI
- 21 EVDE SAĞLIK HASTALARI VE AİLE HEKİMLİĞİ İLİŞKİSİ



İÇİNDEKİLER

- 22 YARDIMCI SAĞLIK PERSONELİ EKSİKLİĞİ
- 23 KRONİK HASTALIK TAKİBİ
- 24 SEVK ZİNCİRİ
- 25 ŞİKAYET - DENETİM VE SORUŞTURMALAR
- 26 HİZMET İÇİ EĞİTİMLER
- 27 AŞI LOJİSTİĞİ VE SOĞUK ZİNCİR
- 28 GRUPLANDIRMA
- 29 KİRALIK BİNALARDA HİZMET VEREN HEKİMLERİN SORUNLARI
- 30 TOPLUMDA AŞI KARŞITLIĞI
- 31 AHBS SORUNLARI ELEKTRONİK ORTAM - ŞİFRELİ SİSTEMLER
- 32 GEZİCİ HİZMET
- 33 PERSONEL ÇALIŞTIRMA
- 34 ASM'LERİN STATÜSÜ HEKİMLER ARASI VE PERSONEL İLE İLİŞKİLER
- 35 SONSÖZ



SAĞLIKTA ŞİDDET

TERÖR BOYUTUNA ULAŞMIŞ BİR DURUM



Beş yılda 60 bin bildirilmiş, bir o kadar da bildirilmemiş vakadan bahsedilmektedir. Diğer taraftan, sözel şiddetin artık mağdurlar tarafından da olağan kabullenilişi, durumun vahametini en net şekilde açıklamaktadır.

Son düzenleme ile 7151 Sayılı kanununun 21. maddesi ile 3359 sayılı kanuna eklenen Sağlıkta Şiddetle ilgili fıkra ne yazık ki şiddeti önlemek için yeterli değildir. Daha önce kolluk kuvvetlerince ifadesi alınan şüphelilerin, ifadesinin savcılıkça alınıp salıverilebilecek olması, Sayın Cumhurbaşkanımız tabiriyle Sağlık Çalışanlarına uygulanan terör boyutundaki şiddeti, önleyecek yeteneğe sahip değildir. Hangi kurum veya kuruluşta olursa olsun bir sağlık çalışanına, mesleği nedeniyle uygulanan her türlü şiddet eylemi ertelenemez, paraya çevrilemez ve indirim uygulanamaz bir şekilde en az 2 ila 4 yıl hapis cezası ile cezalandırılmalıdır. Eğer uygulanan şiddet fiili en değerli kamu hizmetlerinden olan sağlık hizmetini engelleyecek, diğer hastaların hizmet almasını aksatacak boyuta eriştiyse ceza yarı oranında arttırılmalıdır. Kasten yaralama olan olaylarda, ceza alt sınırı 5 yıldan az olmayacak şekilde arttırılmalıdır. Tek başına ceza arttırımı ile çözülemeyecek bu sorunda ceza arttırımı caydırıcı olması gerektiği için elzemdir. Bunlar dışındaki sağlık kuruluşlarında adli suç teşkil etmeyen ama huzuru bozan kabahat niteliğindeki suçların da anında ve yerinde cezalandırılabilmesi sağlanmalıdır. Kabahatler Kanunu buna göre düzenlenmelidir. Eklenecek sağlıkta şiddet maddeleri Türk Ceza Kanunu'nda kendine yer bulmalıdır, şu anda olduğu gibi ilgili maddelerin Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na eklenmesi uygulamada sıkıntılara neden olmaktadır.

Türk Ceza Kanunu'nda sağlıkta şiddet suçuna ayrıca bir başlık açılarak konunun önemine vurgu yapılmalı, medya ayağında sağlık haberleri için ilgili kuruluşların sağlık danışmanı bulundurulması sağlanmalı, vatandaşın sağlık okuryazarlığını geliştirici önlemler için ayrıca bir bütçeli kurum oluşturulmalıdır. Toplumda saygınlığı bulunan insanlar ile kamu spotları çekilmeli, sağlık okuryazarlığını artırıcı faaliyetler anaokulundan başlayarak eğitim sistemine yerleştirilmelidir. İş yükünü azaltacak, kaliteyi artıracak, hastalarımıza yeterli zamanı ayırmamızı sağlayacak bir yapılanmaya gitmemiz sağlanmalıdır. Bunun için öncelikle halkın bilinç seviyesi artırılmalı gereksiz muayene başvuruları önlenmelidir.



MEVZUAT EKSİKLİĞİ

657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu'nda kamuda 4 şekilde istihdam türü olduğu; bunların 4-A memurlar, 4-B Sözleşmeli Personeller, 4C Geçici Çalışanlar ile 4-D Kamu işçileri olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte 5. Maddede bu dört istihdam şekli dışında kamu kurumlarında herhangi bir istihdam yöntemi olmadığı kayıt altına alınmıştır. Bizler 5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanununa göre istihdam edilmekteyiz.

657 sayılı kanunun kamuda istihdam yasağı maddesine çözüm olarak kanunumuzda bu şekilde sözleşmeli personel çalıştırılmayacağı ile ilgili maddelerin geçersiz olduğunu belirten bir madde eklenmiştir (5258 Sayılı Kanun Madde-3). Yani Aile Hekimliği çalışanları devletin temel 4 istihdam şekli dışında 5. bir istihdam şeklidir. Bu yüzden 8 maddeden oluşan Aile Hekimliği Kanunu bu istihdam şeklinin sorunlarını çözme kapsamında yetersiz kalmaktadır. 657 Sayılı kanuna tabi olarak çalışırken kurumundan ücretsiz izinli sayılarak Aile Hekimliği yapanlarla, özel sektörden gelip Aile Hekimliği yapanların ve Aile Sağlığı Çalışanı olarak sözleşme imzalayanların çalışma statüsü, SGK ilişkileri, emeklilik hak ve ödenekleri, ek sosyal hakları farklıdır ve çoğunlukla belirsizlikler içermektedir.

Bu yüzden bütün bunların tanımlandığı, ücretlerin, sözleşme şartlarının, izin, görev, yetki ve sorumlulukların net bir şekilde belirtildiği bir Aile Hekimliği Kanunu'na ihtiyaç duyulmaktadır. Bununla birlikte Aile hekimliği çalışanlarının statüsü netleştirilmelidir, kurum ve kuruluşlarla olan ilişkisi ve bakanlık taşra teşkilatındaki yerini açıklayan, yetki görev ve sorumluluk tanımları ayrıntılı olarak açıklanmış bir mevzuat ile özerkliği güçlendirilmelidir.

Aile Sağlığı Merkezi kavramı kanunda net bir şekilde izah edilmelidir. İzinler, denetlemeler, sınıflandırma ve sınıf düşümü, kesintiler, boş birim ile ilgili ödeme sorunları, esnek mesai, emeklilik, iş kazaları, vekalet sistemi ve bir çok konuda tüm yerel pratik uygulamalarda çıkan sorunlar ve mevzuatta yanıtı olmayan konular sivil toplum kuruluşları ile birlikte yerel örnekler eşliğinde tespit edilmeli, Bakanlığın hazırladığı pratik uygulamaların eşliğinde geliştirilen ve elektronik ortamda ulaşılabilir olan bir Aile Hekimliği Kitapçığı tüm Aile Hekimliği çalışanlarının kullanımına ve uygulamasına sunulmalıdır.

İl Aile Hekimliği Dernekleri'nin desteklenmesi, ildeki aile hekimliği uygulamasının yürütmesinde aktif rolünün bulunduğu bir yapıya dönüştürülmesi, Aile Hekimliği etik kurulunun kurularak bunun yürütmesinin il derneklerine verilmesi, denetimlerin cezalandırma, sınıf düşürme, ücret kesme gibi amaçlar gütmek yerine kaliteyi artırıcı ve eğitici yönünün kullanılması, denetimlerde hekimi bizzat hekimin denetlemesi, denetime il dernek yetkililerinin de müdahil olmasının yolunun açılması iş barışına ve güven konusuna ciddi katkılar sağlayacaktır. Kişisel verilerin gizliliğinin korunması adına Aile Hekimliği Bilgi Sistemleri'ne denetim butonu konarak, denetimlerde bu butonla hastaların kişisel bilgi kayıtlarının numerik karakterlere dönüşmesi ve özel bilgilerinin gizlenmesi de önem arz etmektedir.

ASM'LERİN FİZİKSEL YAPISI

Son yıllarda ülkemizdeki hastanelerinin modernize edilmesine ve çok güzel hizmet binalarının yapılmasına şahitlik ettik. Buna karşı birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu Aile Sağlığı Merkezleri'nin fiziksel şartları ülkemize yakışmayacak seviyede bulunmaktadır. Özellikle İstanbul'da özel şahıslardan kiralanan Aile Sağlığı Merkezleri'nin, kamu kaynakları ile yapılacak müstakil binalara peyderpey taşınması gerekmektedir. Binaların fiziki yetersizliği sonucu, mesleki değersizleştirilme ve bunun doğal sonucu olarak sağlıkta şiddet ile çalışan memnuniyetsizliği, en sonunda da hasta memnuniyetsizliği artmaktadır. Bina sorunu sistemin uygulamaya girdiği tarihten beri dile getirilmekte ancak köklü bir çözüm bulunamamaktadır.

Özellikle büyük şehirlerde, özel şahıslardan kiralanan dükkân ya da dairelerin dönüştürülmesi ile kullanılan Aile Sağlığı Merkezleri ile kamu binasında hizmet veren Aile Sağlığı Merkezleri arasında ciddi eşitsizlikler yaşanmakta, buralardaki yüksek kiralar ve yüksek yatırım bedelleri hekimlerin sisteme girmesini engellemekte, binası ve nüfusu olmayan boş birimler yığını ile bizleri karşı karşıya bırakmaktadır. Toplu konut ve belediyelerin hizmet kompleksleri projelerinin içerisinde A grubu Aile Hekimliği Birimine uygun şekilde donatılmış, sağlık birimi eklenmesi zorunlu hale getirilmelidir.

Binaların yapısal sorunları Bakanlıkça düzeltilmeli, demirbaşlar Bakanlıkça sağlanmalı, Aile Hekimlerinin cari gider ödemelerinin yalnızca birimin hizmetinin devamında kullanılması gerektiği konusundaki mevzuat, ön koşulsuz ve geciktirmeden pratiğe de yansmalıdır. Özellikle yoğun nüfuslu ve düşük gelir seviyeli bölgelerde, hekimlerden bağımsız olarak gelişen uygun bina bulunamaması sorunu dikkate alınmalı, cari gider ödemeleri tüm birimlerde A sınıfına yapılan ödeme üzerinden yapılmalı, kesintiler sınıflama üzerinden değil, tek tek sınıflama kriterleri üzerinden yapılmalıdır.

Aile Sağlığı Merkezlerinde bulunması gereken standartların kriterleri, tek tek cari gider payındaki değeriyle orantılı olarak saptanmalı, bu standartlardan eksik olanın oranı kadar cari gider ödemesinde kesinti yapılmalıdır. Tüm birimler için standart bir kira gideri ödemesi saptanmalı, bu ödemenin üstündeki kira kontratlarında fark Bakanlıkça karşılanmalıdır.

Metrekare bazında kiraların fahiş rakamlarda olduğu yerlerde birim başına düşen kira giderinin karşılanamaz boyutlara ulaşabildiği unutulmamalıdır. Bu konudaki güven ilişkisi de kontratın ve kira ödemesinin Bakanlık eliyle yapılması sağlanarak kurulabilecektir. Bu durumda ödenen kiranın belirlenen standart kısmı birime yapılan cari gider desteğinden kesinti olarak dengelenecektir. Yine kira zamları cari gider artış oranını aşmayacak şekilde belirlenmelidir.



SAĞLIK RAPORLARI

İş yükümüzün büyük bir bölümünü kaplamakta olan ve önümüzdeki dönemde sayısının gittikçe artacağına dair işaretleri bugünden görmeye başladığımız sağlık raporları sağlıkta şiddetin de temel sebeplerinden biridir. Sahada uygulama birliği sağlamanın mümkün olmadığı bir konu olan sağlık raporlarının aslında Bakanlığımızca da dikkate alındığını ve sorunun çözümüne dair çalışmalar yapıldığını biliyoruz. Alınan bilgiler ve veriler göstermektedir ki sorunun çözümü noktasında Bakanlığımızın e-rapor adı altında bir çözüm üretmeye çalıştığı anlaşılmaktadır. Bu konunun e-rapor yapılması ile çözülemeyeceği aşıkardır.

Sorun konunun dijital ortama atılması ile çözümlenebilecek bir sorun değildir. Zira bir hekimin bir kişiye bedenen ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olduğunu iddia etmesi bilimsel olarak imkansızdır ve bu durum bir malpraktis suçlusu olmamıza sebep olacaktır. Aynı zamanda bir hekimin bir kişiye kendisinin bilmediği bir işi yapabileceğini söylemesi, gitmediği bir etkinliğe katılabileceğini, metabolizmasına yüklenecek olan yükü ve kardiyak yüklenmeyi bilmeden o sporu yapabileceğini söylemesi, hatta adını bile duymadığı sporları yapabileceğine dair rapor vermesi akla uygun değildir. Bunu yapabilecek olan hekimler ancak özellikli hekimlerdir; iş yeri hekimidir, kulüp doktorudur, spor hekimidir ya da etkinlikte bulunan hekimdir. Aynı zamanda vatandaşlarımızın bir etkinliğe katılması, bir okula kaydı ya da sosyal faaliyette bulunması sağlıklı yaşam sporlarını yapabilmesi, havuza girmesi gibi haklarının ilgili kurumca kanunda belirtilmedikçe kısıtlanması, şartlara bağlanması da kabul edilebilir değildir.

Bu konuda çözüm çok daha basit ve dünya örneklerindeki uygulamalardadır. Kurumlar kendi işlemleri için gereken sağlık kriterlerini kendileri belirleyebilir, ancak bu kriterlerin hekimce değerlendirilmesini isteyemez. Basit sosyal etkinliklerde yalnızca vatandaş beyanı ve e-nabız verileri yeterli görülmeli, onun dışında örneğin görme alanı ve kırılma kusurları ile ilgili kriteri olan kurum göz hekiminden ilgili konularda durum tespiti istemeli, bu tespite göre kişinin o işlemde bulunabileceğine dair kararı kurum vermelidir. Sürücü olur raporları gibi raporlarda mevzuatta bulunan ve birinci basamakta teşhisin yapılması mümkün olmayan hallerin tespitinin birinci basamaktan istenmesi doğru değildir. Dolayısıyla mevzuatında branş teşhisi içeren özellikli raporlarda, mutlaka ilgili branş imzası otomatik olarak istenmelidir. İşe giriş raporları her koşulda iş yerinin koşullarını ve iş yeri risk değerlendirmesine katılmış olan iş yeri hekimleri ve anlaşmalı Ortak Sağlık Güvenlik Birimlerinde verilmeli, noterlerce talep edilen akıl sağlığı ile ilgili raporlar psikiyatri ve nöroloji uzmanlarınca değerlendirilmeli, servis şoförleri için gereken incelemeler ilgili hekimlerce yapılmalı, aslen bağımlılık ve psikiyatrik hastalıklarla ilgili sağlık durum bilgisi talep edilmelidir.

Hem iş yükü, hem motivasyon kaybı ve sahadaki rahatsızlığın boyutları, hem de olası yüklü miktarlardaki malpraktis davaları nedeniyle en acil şekilde kalıcı ve akılcı bir çözüm isteyen sorunlarımızın başında Sağlık Raporları gelmektedir.

İZİNLER - I

Tam ücretli yıllık izin çalışanların en temel haklarından olmakla birlikte, iş verenin de çalışana karşı en temel sorumlulukları içindedir. Aile Hekimleri'nin hem kendi yıllık izinleri, hem birlikte çalıştıkları Aile Sağlığı Çalışanlarının yıllık izinleri, hem de Aile Hekimleri'nin çalıştırdığı ek personelin yıllık izin düzenlemeleri konusunda çok ciddi sıkıntılar ve mevzuatta eksiklikler devam etmektedir.

Her ne kadar 7151 sayılı kanununun 26. Maddesi ile yıllık izinler 30 gün olarak kanunumuza girmiş olsa da;

(MADDE 26-Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının yıllık izinleri, yıl içinde çalışılan süre ile orantılı olmak ve ait olduğu sözleşme döneminde kullanılmak üzere otuz gündür. Ayrıca beş gün kongre ve seminer izni ile yıllık izin bitiminden sonra mazeretleri nedeniyle beş gün idari izin verilebilir. Evlenme, ölüm, doğum ve emzirme hâllerinde, 657 sayılı Kanununun 4/B maddesi kapsamındaki sözleşmeli personele ilişkin izin süreleri uygulanır. Hastalık durumunda, bir malî yılda en çok on günlük dönemler halinde toplam kırk güne kadar hekimin uygun görmesiyle hastalık izni verilebilir. Bir defada on günü aşan hastalık izni ancak sağlık kurulu raporu ile verilebilir. Sözleşmeli aile hekimi iken aile hekimliği uzmanlık eğitimi almakta olanlar, bu eğitimleri kapsamındaki hastane rotasyonu süresince izinli sayılır.)

Burada bahsi geçen izinlerin kullanımında ödeme sözleşme yönetmeliğindeki kesintiler uygulandığı ve vekalet zorunluluğu getirildiği için, pratikte bunun bir "ücretli yıllık izin" sayılması mümkün değildir.

İZİNLER - II

Yıllık izinlerin pratiğe yansımadaki temel sorunlara göz atarsak:

- Yıllık izin alan Aile Hekimi veya Aile Sağlığı Çalışanı aslında yerine bir vekil atamadığında, yani hizmetin devamını kendi sağlamadığında ücretinin yüzde ellisi kesilmektedir. Bu durum bilinen hiçbir hizmet sektöründe yoktur.
- Yine hastalık izni ve mazeret izinlerinde de aynı yöntem uygulanmakta, mesleğinden kaynaklanan sebeplerle ciddi bir hastalığa yakalanmış bir sağlık personeli adeta hastalandığı için cezalandırılmaktadır.
- İzinlerin vekaleti de pratikte uygulanması olanaksız durumlara yol açmaktadır. Örneğin sabah 06:00-08:00 saatlerinde esnek mesaisi olan saat 11:00-12:00 arasında öğlen tatili kullanan ve saat 13:00-15:00 arası kurum dışı mesaisi olan bir hekim, yönetmeliğe de uygun bir şekilde kurumunda 17:00-19:00 arası esnek mesaisi olan bir hekime vekalet verdiğinde vekilin sabah 06:00 da işe gelip kesintisiz 13 saat çalışarak saat 19:00 da mesaisini bitirmesi bu arada saat 13:00 ile 15:00 arasında da hem kurumda kendi mesaisini, hem de vekaletini aldığı kişinin kurum dışı hizmetini yapması istenmektedir. Bu olanaksız durumun içinde yapılan bir denetim ile birimlerin sınıfı düşürülebilmektedir.
- Yanımızda sınıflandırma nedeniyle çalıştırdığımız ek personel için gerek işten çıkma, gerekse yıllık izinlerin kullanımını açısından bize verilen süre olan 14 gün bu çalışanların yıllık izin haklarının altında kalmakta, dolayısıyla geçici işçilik yapacak sağlık personelinin hazırda bekletilmesi gibi imkânsız bir zorunluluk doğmaktadır.
- Aile sağlığı çalışanlarının gerek yıllık gerekse günlük izin ihtiyaçlarında birim hekiminin bilgi ve denetimine verilmelidir. Bu yapılmadığı takdirde hekimin çalışma planlaması aksamakta, sabah işe geldiğinde birlikte çalıştığı personelin izne ayrıldığı sürprizi ile karşılaşabilmektedir.
- Dolayısı ile öncelikle vekalet sistemi gözden geçirilmeli , vekalet verilen durumlar yani görevin devamının hekim tarafından sağlandığı durumlar izin tanımından çıkarılmalı, bu durumlarda idareye sadece isim bildirmek vekaletli uzaklaşma için yeterli olmalı, gerçek bir yıllık izin ise idareye kullanılmalı, kullanan kişinin ücretinde hiçbir kesinti yapılmamalı, yerine görevlendirilen hekime tam ücret ödenmelidir.

İŞ YÜKÜ - I

Sistemin uygulamaya geçmesinin daha 4. yılında Kayseri Merkez’de çalışan tüm aile hekimlerini içeren bir çalışmadan elde edilen veriler ışığında yapılan akademik çalışmanın sonuç bildirgesinde:

“Aile Hekimleri’nin büyük bir kısmı Aile Hekimliği Uygulaması’nın hekimler arasındaki rekabeti, iş yükünü, etik yozlaşmayı ve iş stresini artırdığını; yarısı kişinin sosyal hayatına ve mesleki gelişimine ayırdığı zamanı azalttığını düşünmektedir. Aynı zamanda hekimlerin yarısının zaman içinde uygulamada yer almaktan memnuniyetleri azalmıştır. Aile hekimliğinde çalışılan süre ile duygusal tükenmişlik ve toplam tükenmişlik puanları arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Bu durum gün geçtikçe hekimler arasında tükenmişliğin daha da artmasına ve yaygınlaşmasına neden olabilecektir.

Hekimlerin beklentilerinin karşılanma durumu ve iş yükü de tükenmişlik için önemli birer faktör olarak saptanmıştır. Bu nedenle planlanacak çalışmalarda, hekimlerin uygulamadaki beklentilerinin değerlendirilmesi de önemli bir ihtiyaç gibi gözükmektedir. Sağlık sektöründe çalışan kişilerin tükenmişliğinin, hizmet sundukları özellikli grup nedeni ile ayrı bir öneme sahip olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle gelecekte hekimlerin tükenmişlik durumlarını değerlendiren daha geniş katılımlı çalışmalara ihtiyaç olduğu açıktır.”

(Alıntı: Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2014;18(3):122-133, Bu çalışma 27-31 Ekim 2013 tarihinde Antalya’ da yapılan 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi’nde poster bildiri olarak sunulmuştur.) ifadeleri yer almıştır.

Mevzuat ile verilen 20 civarındaki göreve ek olarak yıllar içinde bu görevlerin alt başlıkları ayrıntılandırılmış, başka kurum kuruluş ve kişilerle sağlık tesislerinden gelen görevler eklenmiş, sağlık raporları gibi konularda sınırsız bir alt başlık kaosu devreye girmiştir.

En yüzeysel bakışla bile bir birimden istenen temel görevlerin yapılmasına harcanacak ortalama zamanın, ilgili görevin hedef nüfuslarına çarpımlarının toplam görevlere uygulanması ile elde edilen zaman birim mesailerinin çok çok üstüne çıkarak uygulanamaz bir görevler silsilesi oluşmuştur.

Bu durum Aile Hekimliğinin temel işlerinin bile hakkı verilerek yapılmasını engellemektedir.



İŞ YÜKÜ - II

- **Tüm nüfusun yılda iki kere sağlık verilerinin güncellenmesi** : Bir kişiye on dakika ayrılması halinde 3500 nüfusun sağlık verilerinin hakkıyla güncellenmesi 9 saati içeren bir mesai örneklendiğinde yaklaşık 65 iş gününe yani 3 aya denk gelmektedir.
- **Kanser taramaları:** Hedef nüfusun tüm kanserler için ortalama 1000 kişi olduğu varsayılsa bile ve tetkik değerlendirme, yönlendirme ve bilgilendirme aşamalarına toplam yarım saat ayrılması halinde 30.000 dakika yani 55 iş günü ya da 2.5 ayımızın bununla geçmesi gerekmektedir. Dolayısıyla hakkı ile yapılmaması halinde bizleri ciddi malpraktis davaları ile baş başa bırakacak bu konuya dahi yeterli zamanı ayırmamız onamlarıyla tetkik ve yönlendirmeleri ile ve bunların kaydının yapılması ile kendimizi korumamız dahi bu sürelerle mümkün değildir.
- **Gençlik izlemleri, Okul Taramaları:** Çok ciddiye alınması gereken bir konudur. Değerlendirmenin büyük bölümünün rehber öğretmenlerce yapılabilecek olmasına rağmen sadece boş bir form ile Aile Hekimleri'ne yollanan gençlerimiz ve çocuklarımız maalesef hak ettikleri fiziksel ve psikolojik değerlendirilmeye tabi olamamaktadır. Zira bir çocuğun fiziksel ve psikolojik değerlendirmesi 20 dakikadan az süremez. 400 hedef nüfusta bu süre 8000 dakikadır ki bu zamanı ayırmak için mesai çizelgemizin 5'te biri sürekli bu iş için ayrılmalıdır. Yıllık yaklaşık 25 tam iş gününe karşılık gelmektedir.
- **15-49 izlemleri:** Gebelik üreme sağlığı ve cinsel eğitim gibi konuları da içermesi gereken ancak sadece doğum kontrol yöntemi ve üreme geçmişinin sorgulanması ile geçiştirilmek zorunda kalınan bu izlemlerin hedef nüfusu yaklaşık 1500 olup, ayrılan süre kayıt ve bilgilendirmeden ibaret olsa da 10 dakikayı bulmakta, bu da yaklaşık 1,5 aylık bir mesainin tamamına denk gelmektedir.
- **Sağlık raporları ve Sürekli kullanılan ilaçların yazımı(RPT):** Bu dosyada kendi başına bir başlık içerecek kadar büyük bir kaos haline gelmiş olan sağlık raporlarının mesaimizde teşkil ettiği süre toplam mesaimizin %20 sine, RPT denen, sürekli kullanılan ilaçların reçete edilmesi ise toplam mesainin %30 una denk gelmektedir. Yani bir hekim sadece RPT ve sağlık raporlarına toplam mesaisinin yarısını harcamakta bu iş gücü çok açık bir şekilde heba edilmekte, aynı zamanda hekim ve hastayı en çok karşı karşıya getiren konu olmaya, sağlıkta şiddetin de en önemli kaynağı olmaya devam etmektedir.

İŞ YÜKÜ - III

• **Soğuk zincir takibi:** Ciddi bir stres ve mesai dışı çalışma ve takip gerektiren soğuk zincir takipleri aynı zamanda maddi olarak da tazmin sonucunu doğurduğu için yıpranma ve tükenmişlik üzerine önemli katkıda bulunmaktadır.

• **Aile Sağlığı Merkezi fiziksel durumunun devamının sağlanması:** Tümüyle kullanıma hazır bir Aile Sağlığı Merkezi teslim alınsa bile, kullanıma bağlı oluşan yıpranmaların giderilmesi işi için mesai saatlerinde ayırabileceğimiz bir zaman dilimi mesai şemamızda bulunmamakta olsa da bu iş Aile Sağlığı Merkezlerinde hekimlerce ifa edilmeye devam etmektedir.

• **Kurum dışı mesai:** Her Aile Hekimi haftada 4 saat olmak üzere aylık 2 tam gününü, yani yıllık yaklaşık bir ayını kurum dışı mesaiye ayırmaktadır. Bunu da kendi imkanları ile yapması istenmektedir.

• **Resmi yazışmalar-Şifreli Hizmetler-Savunmalar-Mahkeme celseleri-İdarece iletilmiş olan bazı üniversite ve kişilerin kendi anket ve araştırma talepleri:** Bir hekimin günlük en az yarım saatini bu işlere bir yarım saatini de şifre ile girilen ve çoğunlukla sıkıntı yaşanan e-nabız-EBYS-Mernis sorgusu- KDS sorgusu – Veri alma gönderme sıkıntıları kısmına harcaması idarece yollanan savunma taleplerine yanıtlar vermesi için harcaması, dolayısı ile yılda 25 tam günümüz bu işlere harcanmaktadır.

• **Bebek izlem -Çocuk izlem-Gebe izlem-Aşılar-Kronik Hastalık Takipleri:** Sadece yukarıdaki onlarca eksik olan alt başlıklarda sayılan görevlerin hakkıyla yapılması halinde bir Aile Hekimi'nin bu alt başlıkta sayılan TEMEL görevine ayırabileceği herhangi bir zaman dilimi kalmamıştır.

Burada alt başlıklar halinde sunduğumuz ve sayıca çok eksik ama süre olarak bakıldığında uygulanması imkânsız iş yükünün getirdiği motivasyon bozukluğu ve yarattığı uygulanmazlık hissi nedeniyle Aile Hekimliği gittikçe cazibesini yitirmekte sistemden ayrılmalarda artmakta, birimler boşalmakta, birinci basamağın temel işleri dolayısı ile ülkenin koruyucu sağlık hizmeti aksamaktadır.

Bir an önce net görev tanımına ve bu görevlerin hangi zaman diliminde nasıl yerine getirileceğine dair bir mevzuat hayata geçirilmeli, Aile Hekimliği, kurumların bir sağlık uygulaması yapmaya karar verdiklerinde ilk akla gelen birim olmaktan çıkarılmalıdır.

ÜCRET VE HAK KAYIPLARI

Aile hekimleri, tüm Türkiye'nin Aile Hekimliği Sistemi'ne girdiği 2010 yılından itibaren hak edişlerinde ve cari giderlerinde kayba uğramışlardır. Bu kayıplar ilk etapta 2011 yılındaki yönetmelik değişikliğiyle meydana gelmiştir. 2011 yılında ödeme ve sözleşme yönetmeliğindeki katsayı değişikliği ile hak edişlerde yüzde 7, cari gider ödemelerinde ise yarı yarıya düşüş meydana gelmiştir. **30.06.2021 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanan yeni yönetmelikte de beklenen katsayı değişiklikleri yapılmamış, aksine kronik hastalık izlemlerinin %40 ve üstü oranda yapılmadığı takdirde %10'a yakın gelir kaybı yaşanacağı hüküm altına alınmıştır.** Yıllar geçtikçe Aile Hekimleri'nin hak edişleri enflasyon karşısında da erimiştir.

Bunun dışında Aile Hekimleri'nin aldığı cari gider ödenekleri de, Aile Sağlığı Merkezleri'nin giderleri karşısında yeteri kadar artmamıştır. Sadece son 3 yılda asgari ücret yüzde 60, tıbbi malzeme kalemleri ortalama yüzde 130, kiralar sadece devlet binalarında ve sadece son yılda yüzde 46 artmıştır. Cari gider ödeneklerinin artışı memur maaş zammı oranında artmaktadır ama harcama kalemleri artışları bu oranın çok üzerinde olmaktadır.

Maddi olarak kayıplar arttıkça Aile Sağlığı Merkezleri'ndeki kalitenin günden güne düşeceği açıktır.

Bakanlığımız tarafından nüfusların 2000-2500 lere düşürülmesi planlanmaktadır. Gelişmiş ülkelerin standartlarına ulaşmak için bu çok önemli bir kriterdir. Tüm Türkiye'de ve İstanbul'da yeni açılan birimlerle Aile Hekimi'ne kayıtlı nüfuslar düşmeye başlamıştır. Nüfuslar düştükçe hak edişler de azalmaktadır.

Bir an önce yeni bir ödeme sözleşme yönetmeliği çıkarılmalı, nüfus düşüşlerinden hak edişlerin etkilenmemesi sağlanmalıdır. Ayrıca geçmiş ücret kayıpları telafi edilmelidir. Düşüşlerin devam etmesi durumunda birinci basamakta çalışan hekimler sistemden uzaklaşacak, hekimliğe yeni başlayan meslektaşlarımız da sisteme dahil olmaktan kaçınacaklardır.

NEGATİF PERFORMANS SİSTEMİ

Aile Hekimliği Sisteminde hekimlerin ve aile sağlığı çalışanlarının yaptıkları işlemler ulusal sağlık sistemine gönderilmektedir. Bebek izlemleri, bebek aşıları, çocuk izlemleri ve gebe izlemleri aile hekimlerinin yapmak zorunda oldukları ve yapmadıkları takdirde performans kesintisine uğradıkları işlemlerdir.

Ne yazık ki bu işlemleri yaparken halka herhangi bir sorumluluk verilmemektedir.

Hekim aşı olması gereken bebeğin ebeveynleri aşı yaptırmak istemiyorsa onlardan imza almak, bazı formlar doldurmak ve bebeklik döneminde tüm aşılarında o evrakları müdürlüğe göndermek zorundadır. Göndermediği takdirde ciddi ücret kesintilerine maruz kalmaktadır. Aile hekiminin başka bir ile taşınan bir gebesinin il dışına göç ettiğini beyan etmesi, ne yazık ki o gebenin aile hekiminin performansından çıkarılmasına yetmemektedir. Bakanlık hekimine değil, taşınan kişinin komşusundan alınan göç tespit tutanağına veya muhtardan alınan yokluk belgesine itibar etmektedir. Bu da çalışanların motivasyonunu negatif etkilemektedir.

Aşılarda, izlemlerde, taramalarda halka da sorumluluk verilmelidir.

Aile hekimlerinin bir sürü evrak doldurmasının ve o evrakları toparlaması için iş gücü kaybetmesinin önüne geçilmeli, aşısını ve izlemini yaptırmak istemeyen kişiler, aile hekimlerince sisteme girilmeli, bu kişiler performanstan çıkarılmalı, bakanlıkça oluşturulacak ekipler tarafından ziyaretler gerçekleştirilip aşı ve izlem için ikna edilmeye çalışılmalıdır.



KAYITLI NÜFUS

Mevcut nüfusun hekim sayısına bölünmesinden elde edilen sayı, şu anda birim başına ortalama kişi sayısının 3850 civarında olduğunu göstermektedir. Bu rakamlarla verilen hizmetin kalite ve kantitesinin yeterli olamayacağı Sağlık Bakanlığı tarafından da kabul görmekte olduğundan olsa gerek ki hedef nüfus önce 3500, sonra 2500 lere çekilmiştir. Ayrıca sahadaki gerçeklere bakıldığında mobil nüfusu olan birimler, entegre tesislerde çalışanlar, yeni açılmış sıfır birimli yerler ve bölgeler arası yoğunluk farkları hesaba katılınca birçok birimde nüfusun 4000 sayısının çok üstünde olduğu da bir gerçektir. Bu nüfuslarla bu iş yükünün kaldırılamaz olduğu gerçeğini ve maalesef geçiş süreçleri ve nüfusun fazlalığı dikkate alınmadan verilen tüm görevlerin ve kanunda yazmayan ek işlerin tümünden Aile Hekimleri'nin sorumlu tutulduğunu dikkatinize sunmak isteriz. Hem performans sistemi dahilinde yaşadığımız ücret kayıpları, hem de iş yükü başlığında açıkladığımız üzere fiilen yapılması, vakit ayrılması imkansız olan işlerin eksikliği nedeniyle yapılan idari soruşturmalar ve cezalar, sahanın moral motivasyonunda ciddi kayıplara sebep olmaktadır.

Bunun yanında birçok bölgede plansız olarak sadece uygun bina ya da arsa bulunduğu için açılan komşu Aile Sağlığı Merkezleri ve bölgeye fazla gelen birimlere çekilen nüfuslar, yıllarca buralarda yüksek nüfus, fazla iş gücü sarmalında çalışan Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Çalışanları'nda ani ciddi gelir kayıplarına yol açmıştır. Aynı bütçe ile gittikçe daha fazla Aile Hekimliği Biriminin idare ediliyor olması kabul edilebilir değildir. Verilen sözlerin aksine nüfuslar düşerken katsayılar sabit kalmakta ve bu ciddi ücret kayıpları hala telafi edilmemektedir. Bizler elbette çok daha az bir nüfusa hizmet vermeyi talep etmekteyiz. **Nüfusun azaltılması bizim iş yükümüzü azaltmayacak sadece kalitesini arttıracaktır. 4000 kişiye eksik verilen hizmet için harcanan enerji ile 2500 kişiye düzgün verilmiş bir sağlık hizmetine harcanan enerji aynı olacaktır.** Ancak mevcut katsayılarla bu düşüş bize aynı iş gücüne daha az ücret olarak geri dönecek, nüfusun azalması sırf bu nedenle bile kaliteyi artıramayacaktır. Hedeflere bu şekilde ulaşmak mümkün değildir.

Bunun yanında 7151 sayılı kanununun 27 maddesi ile Aile Hekimliği kanununa eklenen bir fıkra ile sistemin özüne büyük bir darbe vurulmuş, aynı zamanda yerelde bir çok hekim bir anda çok daha düşük gelirlerle karşı karşıya bırakabilecek bir tehdit olarak karşımıza çıkmıştır. İlgili kanun maddesinde: *"Aile hekimliği uygulaması kapsamında kişilerin aile hekimine kaydı yapılır. Sağlık Bakanlığınca belirlenen süre sonunda kişiler aile hekimlerini değiştirebilirler veya sağlık hizmet planlamasına uygun olarak Sağlık Bakanlığınca belirlenen süre sonunda kişiler aile hekimini değiştirebilir. Her bir aile hekimi için kayıtlı kişi sayısı; coğrafi şartlar, sağlık hizmet planlaması gibi kriterler esas alınarak Hazine ve Maliye Bakanlığının görüşü alınarak Sağlık Bakanlığınca belirlenir."* denmektedir. Oysa Aile Hekimliği'nde hastanın hekimi tercih etmesi sistemin temel özelliklerindedir. Yıllarca takip ettiğimiz, tüm sağlık geçmişini bildiğimiz, taramalarını yaptığımız bir kayıtlı kişimizin, hiçbir talebi olmadan bir anda başka bir hekimde kayıtlı olduğunu öğrenmesinin ve bir hekimin kayıtlı nüfusunun bir anda yüzler hatta binlerce kişi azalmasının yolu açılmıştır. Bu maddenin çalışma barışına vuracağı darbenin hasarları tamir edilemeyecek düzeydedir.

Yapılması gereken katsayılarımızın tekrar gözden geçirilerek hiçbir ek performans sistemi ve benzeri uygulama için içine sokulmadan, 2500 hedefine göre aynı ücretin alınabileceği ve üstüne meydana gelmiş kayıpları da karşılayabilecek bir sistemin kurulmasıdır. Birimlerin hasta sayıları bakanlık eliyle belirlenecek ise hem hasta sayısına göre ücretlendirme, hem de hasta kaydının bakanlıkça düzenlenmesi uygulaması bir arada yürütülemez bir durumdur.

RPT (İLAÇ YAZDIRMA), AİLE HEKİMLİĞİNDE SUT KISITLAMALARI, EVDE SAĞLIK HASTALARI VE AİLE HEKİMLİĞİ İLİŞKİSİ - I

Bir hekim arka planda her ne olursa olsun, yazdığı reçete, uyguladığı tedavi ve yaptığı müdahaleden bizzat sorumludur. Sürekli kullanım raporu olsa dahi, yazılan tekrar reçetesinin sorumluluğu reçeteyi yazan hekime aittir. Yine herhangi bir reçetedeki enjeksiyonun tarafımızca uygulanması veya uygulatılması halinde de enjeksiyondan uygulayıcı olarak hekim sorumludur. Bu hukuki tespitler dahilinde bir hekimin hiçbir şekilde hastayı bizzat görmeden ve değerlendirmeden reçete yazması mümkün değildir. Mevcut uygulamalarda bu tür sorunlarda sonuçlanan davalar ve Sosyal Güvenlik Kurumu'nun kamu zararı tazminleri herkesin malumudur.

Bu bilgiler ışığında düzeltilmesi gereken, bakanlığımızın müdahil olması gereken ve SGK'nın değiştirmesi gereken bazı konuların açığa kavuşturulması gerekmektedir.

Hastalarımızın ve bazı idarecilerimizin ilaç kullanım raporu hakkındaki algısı, bu raporların bizlerce hasta değerlendirilmeden aynen reçete edilebileceği yönünde olup, bundan imtina eden hekimler hakkında inceleme yapıldığı görülmektedir.

Bu raporlara sahip hastaların hekime bizzat gitmesinin zorunlu olmadığı algısı güçlüdür. Bu raporlarda ve Sosyal Güvenlik Kurumu'nun ödeme listesinde olup, bizim yan etki ve doz ayarı açısından kontrol edemeyeceğimiz bazı durumlarda hasta ile karşı karşıya kaldığımız gerçeği değiştirilmelidir. Örneğin Göz hekimleri glokom ilaçlarının her seferinde göz tansiyon kontrolü yapılarak doz ayarlamasıyla verilmesi gerektiği aksi halde geri dönüşümsüz görme kayıpları olabileceği konusunda hemfikirler. Ne var ki bu hastalar bir kez bu raporu aldıktan sonra aylarca bir daha göz hekimine uğramadan glokom ilaçlarını Aile Hekimleri'nden reçete ettirerek kullanmaktadır. Bu tür risklerin önlenmesi için kontrole tabi olması gereken gruba sokulacak ilaçların bilimsel bir heyetçe belirlenmesi uygun olacaktır.

Yine aynı Sosyal Güvenlik Kurumu, birinci basamakta tedavisi yapılması gereken ve birçok komplikasyonu ve organ hasarını engelleyebileceğimiz Hiperlipidemi ilaçlarını, ilaç kullanım raporu olmadan Aile Hekimleri'nin reçetesiyle geri ödememektedir. Oysa bu ilaçların kullanım kriterlerine dahil tetkikler yine bizlerce yapılmaktadır. En az yan etkili antidepresanları ilaç kullanım raporu ile geri ödeme listesine alırken, suicid yapılabilecekleri rahatça geri ödeme listesinde tutmaktadır. Bu tür konularda geri ödeme kuralları bürokrasi ve maliyeye değil bilimsel kurullara bırakılmalıdır.

Bizler genel olarak hekimlerin reçetelerine müdahale edilmesini savunacak değiliz elbette, dolayısı ile temel talebimiz bir HEKİM olarak tedavisine karar verdiğimiz tüm hastaların tarafımızca düzenlenmiş reçetelerinin (Astım, hiperlipidemi, depresyon vs) konusu ve içeriği



RPT (İLAÇ YAZDIRMA), AİLE HEKİMLİĞİNDE SUT KISITLAMALARI, EVDE SAĞLIK HASTALARI VE AİLE HEKİMLİĞİ İLİŞKİSİ - II

ne olursa olsun SGK tarafından karşılanmasıdır. Ancak mevcut uygulama dahilinde gidilecek ise ilaç kullanım raporlarına dahil ilaçları kullanan hastalara bu raporları düzenleyen hekimlerin, tedavilerinin kaç ay sorgulamadan devam edeceğini kontrol tarihine kadar ilaçları kullanabileceğini de yazarak bu süreçte tekrar reçetesinin talep edilmesinin önüne geçilmesi gereksiz iş gücü kaybını önleyecektir.

Öncelikle koruyucu sağlık hizmeti ile görevlendirilmesi gereken Aile Hekimliği Birimleri'nin, asıl amacından saparak giderek rehabilite edici sağlık hizmeti, toplum sağlığı hizmetleri, başka kurumların sağlık hizmetleri ve bir çok kurumun hukuksuz mevzuatsız rapor taleplerini giderme merkezi haline dönüştürüldüğünü, bunun yanında ikinci-üçüncü basamağın verdiği tedavileri uygulama, ilaç RPT etme ve vermeleri gereken istirahat raporlarının sekreterliğini yapma yeri olarak görüldüğünü, yine dış hekimliği reçeteleri ile ve dışardan talep edilen laboratuvar hizmetlerine aracılık etmesinin beklendiğini, buna karşı hekimlik değerlerini koruyan arkadaşlarımızın da vatandaşa karşı karşıya getirildiğini ve şiddetin tırmandığını görmekteyiz.

Aile Hekimleri'nin sağlık raporları ile birlikte "ilaç yazdırma" ya da "RPT" genel başlığında tariflediğimiz sıkıntısının en çok iş yükünü yaratan ve Sağlık'ta Şiddet'e en çok sebep olan durumlardan biri olduğunu belirtmiştik. Ve bu talebin de en çok yaşlı , ASM ye gelemeyen ve evde bakıma muhtaç hasta ve yakınlarından geldiği gerçeğinden hareketle "Evde Sağlık" konusunun çok büyük bir ciddiyet ve önemle ele alınması gerektiğini düşünmekteyiz. Aile Hekimleri'nin mesleklerini belli bir mekanda, onaylı çalışma çizelgelerine uygun şekilde vermeleri gerektiği mevzuatımızda yazılı olmasına rağmen ve yukarıda da tekraren söylediğimiz gibi hastayı görmeden herhangi bir sağlık hizmeti sunmanın hukuken suç olduğu malum iken bu tür hastaların sürekli kullandıkları ilaçların ya da ne zaman olacağı bilinmeyen akut hastalıkları için bizlerin devreye girebilmesi imkansızdır. Haftada 4 saatlik bir kurum dışı mesai ile ya da ev ziyareti ile evde bakım hastalarının bu ihtiyaçlarını tarafımızca giderilebilmesi mümkün değildir.

Bu nedenledir ki bu görev aslen Evde Sağlık Birimleri'ne verilmiştir. Bu konuda Belediyelerin ve/veya başka kurum ve kuruluşların da desteği alınmalı, gerekirse hizmet satın alınarak bu hastaların evlerinde veya taşınmalı yöntemle hastanelerde teşhis ve tedavileri yapılmalı, bu hastalarımız ve yakınları ile Aile Hekimleri karşı karşıya getirilmemelidir.

SGK'nın ilaç kullanım raporu sorununa dair önerilerimiz de dikkate alınıp çözüm üretildiğinde, bu alanda gereksiz iş gücü kaybının da önüne geçilecek çok daha az sayıda ama çok daha kaliteli hizmet verilmesi sağlanabilecektir.

AİLE SAĞLIĞI ÇALIŞANI EKSİKLİĞİ

Bir Aile Hekimliği Birimi bir Aile Hekimi ve bir Aile Sağlığı Çalışanından oluşmaktadır. Bu ekipteki bir kişinin olmaması, o birimin düzgün çalışabilmesini olanaksız hale getirmektedir.

Ne yazık ki İstanbul'da 400'ün üzerinde Aile Hekimi, Aile sağlığı Çalışanı olmadan hizmet vermekte, 600'ün üzerinde birim ise tamamen sahipsiz durumdadır. Bunların bir çoğunda kayıtlı hasta olmasına rağmen ne hekimi ne de aile sağlığı çalışanı istihdam edilememektedir.

Günden güne cazibesini yitiren Aile Hekimliği Sistemi içinde çalışanlar, hem ciddi bir iş yüküyle karşı karşıya kalmakta hem de ilçe sağlık müdürlüklerinde, toplum sağlığı merkezlerinde veya hastanelerde çalışan meslektaşlarının aldıkları ücretleri alamamaktadırlar. Doğal olarak Aile Hekimliği Sistemi, kamuda çalışan yardımcı sağlık personelleri tarafından tercih edilmemektedir. Özelden alımlar ise talep olmasına rağmen Maliye Bakanlığınca sınırlandırıldığı için, yardımcı sağlık personeli eksikliğini çözmekte yeterli olamamaktadır.

Aile Hekimliği Sistemindeki iş yükü azaltılmalı, ücret düşüşlerinin önüne geçilmeli ve iyileştirmeler yapılmalı, özelden yardımcı sağlık çalışanı alımının da önü açılmalıdır.

KRONİK HASTALIK İZLEMLERİ

Birinci basamakta takip ve tedavileri yapılabilen Hipertansiyon, Diyabet, Aterosklerotik Kalp Hastalığı ve Astım-KOAH gibi kronik akciğer hastalıkları, toplumda da sık görülen oldukça önemli hastalıklardır. Bu hastalıklar ayrıca ülkemizin sağlık harcamalarının büyük kısmının sorumlusudur ve hastalıkların kontrol altına alınması bireylerin sağlığı yanında, ülkemizin ekonomisi için de çok önemlidir. Gelişmiş ülkelerde Kronik hastalık takip ve tedavileri büyük oranda birinci basamakta Aile Hekimleri tarafından yapılmaktadır.

Ülkemizde ise hastaneler bu görevi üstlenmiş görünmektedir. Toplum sağlığı, ülkemizin geleceği ve ekonomisi için kronik hastalık takip ve tedavilerinin birinci basamağa yönlendirilmesi gerekmektedir. Bunun gerçekleştirilebilmesi için öncelikle Aile Hekimi başına kayıtlı nüfus sayısı 2000'lere düşürülmelidir.

Ancak 30.06.2021'de yayımlanan son yönetmelikte de malesef nüfus düşümü ve katsayı değişikliği yapılmamış olup aile hekimlerinden 4000 hastasına izlem yapması beklenmiştir. Bu şekilde düzenli izlem yapılması mevcut koşullarda imkansızdır.

Ayrıca tedavi etmemiz beklenen bu hastalıklar için kullanılan ilaçların önemli bir kısmının bizim reçetelerimiz ile SGK tarafından ödenmemesi kabul edilemez bir durumdur. Bu ilaçlar Aile Hekimi reçetesi ile ödenecek ilaçlar kapsamına alınmalıdır. Bunlarla birlikte takip esnasında gerekli olabilecek peak-flowmetre, tansiyon aleti gibi cihazlar, tıpkı şeker ölçüm çubukları gibi geri ödemeye alınmalıdır.

Belli aralıklarla hekimin bilgileri hizmet içi eğitimlerle güncellenmeli ve bu konuda yapılan eğitim toplantılarına, kongrelere katılım teşvik edilmelidir. Randevu sistemi teşvik edilmeli, birinci basamakta bakılan hasta sayısını arttırmaktan ziyade kaliteli hizmet verilmesi desteklenmelidir.

SEVK ZİNCİRİ

Yapılan araştırmalar göstermektedir ki hastanelere başvuran kişilerin sağlık sorunlarının yaklaşık %90'nı Aile Hekimi tarafından muayene edilip, tanısı konup tedavi edilebilecek durumlardır.

Hal böyle iken sevk zincirinin bir çok gelişmiş ÷lkede olduğu gibi uygulanması, ÷lkemiz için pek çok yönden yararlı olacaktır.

Kişilerin hastalık durumlarında ilk olarak aile hekimlerine başvuranlarını zorunlu hale getirmek, onların evlerine en yakın sağlık kurumunda geçmiş öykülerini bilen aile hekimleri tarafından kaliteli bir şekilde muayene edilmesini ve sağlıklarına kavuşmasını sağlayacaktır. Bunun bir çok faydası olacaktır.

- Kişiler etkin ve hızlı bir şekilde sağlıklarına kavuşacaktır.
- Tüm hekimlerin çalışma koşullarını düzeltecek, kaliteli hizmeti ve sağlık personeli saygınlığını artıracaktır.
- Aile Hekimliği Birimleri'ne başvuru oranları hedeflenen düzeyin kat be kat üstüne çıkacaktır.
- Erken tanı ve koruma hizmetleri tüm başvuranlara ulaşacak ve sağlık parametrelerini yükseltecektir.
- ÷lkemizin yetişmiş eğitimli personeli ve yapılandırılmış Aile Sağlığı Merkezleri en verimli haliyle kullanılmış olacaktır.
- Acil servis ve gereksiz hastane başvuruları ve yoğunlukları ortadan kalkacaktır.
- Hastalar ayrışmamış semptomları için hastane hastane branş branş gezmeyecek, Aile Hekimi gerekli görür ise uygun branşa yönlendirecektir.
- Tüm bunlar Sosyal Güvenlik Kurumu üzerindeki muayene - ilaç ücret yükünü ve hastalıklar ilerlemeden tedavi edildiği için hastane yatışları masrafını azaltacaktır. İlaç israfı önlenecek, ÷lke ekonomisine büyük bir katkı sunulacaktır.



ŞİKAYET, DENETİM VE SORUŞTURMALAR

Aile Hekimliği Sistemi'nin başlamasıyla birlikte sadece İstanbul Aile Hekimliği Derneği aracılığı ile idareye ve uygulamalarına karşı açılan dava sayısı 2500'lü rakamların üstüne çıkmış durumdadır. Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Çalışanlarımız için açılan soruşturmanın sayısı çok yüksek rakamlara ulaşmıştır. Çalışanlarıyla bu kadar dava konusuna sebep olan, bu kadar soruşturmaya mahal veren bir sistem ya iflas etmiştir ya da sistemin idaresinde köklü bir sorun vardır. Sorunlarını bilerek ve kenara koyarak söylemek isteriz ki Aile Hekimliğinde çalışan bu personelin büyük kısmı yıllardır birinci basamakta çalışmaktadır ve kızamık, polio gibi birçok hastalığı elimine etmeyi başarmıştır. Bunları yaparken de birçoğu tek bir soruşturma dahi geçirmemiştir.

Daha özerk bir sistem olan Aile Hekimliği Uygulaması içinde disiplin açısından çok daha otokontrol yöntemlerinin öne çıkması beklenirken, sisteme dahil olan çalışanların birdenbire onlarca sarı zarf ile, defalarca yapılan olağanüstü denetimlerle, bu denetimlerde karşılaşılan ve anında düzeltilebilecek sadece kalite düzeyinde değerlendirilebilecek olaylarda soruşturmanın açıldığı ceza puanlarının verildiği görülmektedir. Piyasada satılmayan, il sağlık müdürlüğünün temin edemediği, üretimi yapılmayan bir flakon ilacın eksikliğinin dahi soruşturma konusu olduğu, sınıf düşürme ve mali kayıplara sebebiyet verdiği bir durumda bulunmanın şaşkınlığı ile hizmet vermeye devam etmekteyiz. SABİM bilgilendirme hattının bir şikâyet hattına dönüştüğünü, usulsüz ve yasal olmayan taleplerin karşılanmadığı durumlara dair şikâyetlerde bile vatandaşa konuyla ilgili açıklama ve bilgi verilmesi gerekirken çalışanlara soruşturmalar açıldığını üzümlere görmektediriz.

Yapılan olağanüstü bir denetimde kusur bulamayan denetçilerin adeta "elbet açığınızı yakalayacağım" yaklaşımı ile denetlemelerini haftalar aylar boyunca devam ettirmesi, A sınıfı olarak çalışmakta olan ve dolayısı ile ek personel çalıştıran bir birimin tek bir flakon ilaç yüzünden sınıfsız hale düşürülmesi sonrasında cari gider desteğinin yarıya indirilmesi kabul edilebilir bir uygulama değildir. Bu koşullar altında ek personel masrafının sınıfsız olduğu dönemde hangi gelir kaleminden karşılanacağını açıklanması mümkün değildir.

Dolayısı ile bakanlığın denetimlerinin ceza vermek ve sınıf düşürmek için değil hizmet kalitesini arttırmak için kullanılması, bu denetimlere katılan personelin eğitimlerinin yeni bir anlayışla yapılması, il derneklerinin temsilcilerinin bu denetçileri denetleyebilmesinin sağlanması ya da dernek temsilcilerinin de denetimlere katılması, eksiklik ve uygulama sorunlarının karşılıklı anlayış ile düzeltilmesi halinde bir cezaya konu edilmemesi, sınıf düşümü ile oluşabilecek mali kaybın eksikliklerin oranıyla dengeli olmasının sağlanması gerekmektedir.

Çalışanların huzuru motivasyonunun yükseltilmesi, hizmet kalitesinin arttırılması ve dolayısıyla hastalarımızın hizmet memnuniyeti ancak idare ile çalışanların birlikte çabası ile mümkün olacaktır. Aile Hekimleri bu konuda istekli ve önerilere açık durumdadır.

HİZMET İÇİ EĞİTİMLER

Sürekli gelişen ve değişen modern tıbbın gerekliliği olarak hizmetiçi eğitimler önem arz etmektedir. Sağlık hizmeti sunumunda kalitenin daha da arttırılması için verilecek olan eğitimin konu ve içeriğinin, Aile Hekimliği Dernekleri ile fikir alışverişinde bulunularak belirlenmesinin önemli ve gerekli olduğunu düşünmekteyiz.

Sağlık Bakanlığı tarafından verilen eğitimlerin tam gün planlanması, eğitime giden her hekim için mutlaka görevlendirme yapılması, eğitimlerin uygun mekanlarda, alanında yetkin eğitmenler tarafından verilmesi ve bilimsel içeriği yüksek, günlük pratikte kullanılabilir ve uygulamalı eğitimlerin planlanması gerekmektedir. Uzaktan eğitimler arşiv olarak değerli olmakla birlikte, hekim eğitimi açısından yetersiz kalmaktadır.

Aile Sağlığı Merkezlerinde sağlık hizmeti sunum kalitesinin dolayısıyla da hasta memnuniyetinin arttırılması Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı Çalışanları'nın hem bireysel gelişim eğitimleri, hem de mesleki eğitimlerle bilgi ve tecrübelerinin arttırılmasıyla mümkün olacaktır.



AŞI LOJİSTİĞİ VE SOĞUK ZİNCİR

Uygulanmakta olan Genel Bağışıklık Programının (GBP) günün gerçekleri ve bilimsel bilgilerden uzaklaştığı dolayısıyla yeniden yazılması gerektiği ortadadır. Asıl amacımız kişilere sağlıklı aşığı şüpheye mahal vermeksizin ve kimseyi zor durumda bırakmadan yapılması gerçeğinden hareketle Aile Hekimliğinde uygulanabilir bir sistem kurulmasıdır.. Mevcut uygulama birçok aşının gereksiz zayıtına ve aşığı bedellerinin çalışanlardan tazmini yoluna gidilmesine yol açmaktadır. Bu durum mahkemelerin de ekseriyetle verdikleri kararlardan da anlaşılacağı üzere hukuki değildir ve gereksiz bir stres kaynağıdır.

8-10 derecenin biraz üstüne çıkan ısılarda birkaç dakika kalmış aşıkların imhasının yol açtığı gereksiz ve bilimsel verilere aykırı (Bu konuda Dünya Sağlık Örgütü ve aşığı üreticilerinin bilimsel verilerine uygun bir GBP yeniden yazılmalıdır) maddi kayıplar bir yana, mücbir sebeplerle oluşan soğuk zincir kırılmalarında aşığı bedellerinin çalışanlardan tazmin yoluna gidilmesi de doğru değildir. Zira tarafımıza mevzuatla verilen tüm sorumlulukları yerine getirmiş dahi olsak çok çeşitli sebeplerle dolap ısılarının ani değişikliklere uğraması ve ne kadar erken müdahale edersek edelim imhayı önleyemediğimiz gerçeğine rağmen idarenin yüksek meblağlar tutan bu kayıpları çalışandan istemesi, çalışanları idare ile sürekli mahkemelik duruma getirmektedir.

Bunlarla birlikte idarece verilen soğuk zincir sorumluluğı görevi bir eziyet haline dönüşmekte, yedi gün 24 saatlik ücretsiz bir icap nöbeti halinde uygulanmaktadır. Aşığı lojistiğı Bakanlıkça sağlanmalı, soğuk zincir depoları oluşturulmalı, verilen sorumlulukların sınırları net olmalı, ücretlendirilmeli, mücbir sebepler yani sorumlulukların tümü yerine getirildiğı halde oluşan kırılmalardan doğan kayıpların tazmini yoluna gidilmemeli, gönlümüz rahat bir şekilde aşıklarımızı saklayabilmeli ve uygulayabilmeliyiz. Tüm Aile Sağlığı Merkezleri'ne ücretsiz aşığı dolabı temin edilmeli, yeni birimlere verilmesi durdurulan Aşığı Takip Sistemi (ATS) cihazlarının da tekrar kurulumu yapılmalıdır.

GRUPLANDIRMA

Aile Hekimliği Sistemi uygulamaya başlandığında tüm birimlere verilen cari gider desteği tam olarak ödenmekte idi. Bir süre sonra yapılan değişiklik ile sınıflandırma adı altında belli kriterlerle birimler A-B-C-D ve sınıfsız olarak gruplandırılmış her gruba dair belli kriterler konmuş ve bu kriterlerden bir gruba ait olanlardan birinde geçici dahi olsa eksiklik tespitinde sınıf düşümü cezası ile cari ödemeler kesilir hale getirilmiştir. Örneğin A sınıfı bir birim ek üç personele verilen cari gider desteği ile maaş öder durumda iken yani üç personel istihdam ederken, bir gün dahi esnek mesaisine yetişememesi halinde sınıfı düşürülmektedir.

Bir yandan bu personelleri çalışmaya, ücretleri ödenmeye devam ederken diğer taraftan cari giderinden kesinti yapılarak ödemesi alt gruplara uygun biçimde personel çalıştırmış gibi yapılmaktadır. Bu risk yaşamın olağan gidişatına aykırı, alınabilir bir risk değildir. Adil değildir. Ülkemizde bölgeler arası gelişmişlik düzeylerindeki fark, bazı ilçe ve mahallelerdeki bina sorunları ve hekimlerin elinde olmayan nedenlerle gruplandırmaya gidilememesi, binaya dair problemlere rağmen bir tıbbi sekreter ve ek sağlık personeli çalıştırma imkanını da önlemektedir.

Tüm vatandaşlarımızın mevcut koşullarda en üst düzeyde sağlık hizmeti almasının yolunu açabilecek bir sistem oluşturmalı, tüm birimlerde ek personel çalıştırılmasının yolunu açacak bir cari gider desteğine gidilmeli, sınıflandırma yerine mevcut koşullarda uygulanabilecek her türlü ek özellik ve personel için ayrı ödeme kalemi oluşturulmalı tüm birimlere en az tam cari gider desteği üzerine bu ekstralar için de ödeme yapılabilmelidir.

Gerek tıbbi sekreter ve gerekse de ilave hemşirelerin hukuki ve personel özlük durumları hakkında net bir mevzuat yazılmalı, hekimin birim Aile Sağlığı Çalışanı ile ilişkileri de mevzuat ile netleştirilmeli, mesleki amirlik tanımının içi doldurulmalıdır. İzinlerde, sözleşme yenilemelerinde, mesleki işlerin paylaşımı ve uygulanmasında hekimin birimin mesleki amiri olmasından kaynaklı yaptırım dikkate alınmalı ve bununla ilgili önlemler alınırken iş güvencesi ve etik değerler de göz önünde tutulmalı, mesleki çalışma barışı bozulmayacak şekilde ilişkiler düzenlenmelidir.

Bu düzenlemeler mevzuat ile net şekilde açıklanmalıdır. Düzenlemeler esnasında meslek örgütlerinin temsilcilerinin görüşleri alınmalıdır. Aynı gemide ortak bir amaca yelken açtığımız gerçeğinden de uzaklaşılmalıdır.



KİRALIK BİNALARDA HİZMET VEREN HEKİMLERİN SORUNLARI

Aile hekimliği başlangıçta 4000 kişiye bir aile hekimliği birimi hizmet verecek şekilde planlanmıştır. Bu durum özellikle ve öncelikle İstanbul'da milyonlarca kişiyi, hekimler birimleri tercih etmesine rağmen, tüm nüfusa yeterli sayıda kamuya ait hizmet verecek bina olmaması nedeniyle, hizmet alamama durumu ile karşı karşıya bırakmıştır.

Bu durumu çözmek için, özel kişilerden Aile Sağlığı Merkezi olarak kullanılmak üzere bina kiralama yoluna gidildi. Bu sistem için önemli sorunları da yanında getirdi. Yapılaşmanın yoğun olması nedeniyle uygun binaların bulunması mümkün değildi. Bu nedenle apartman altlarındaki dükkanların birleştirilmesi veya giriş kat dairelerin Aile Sağlığı Merkezi'ne dönüştürülmesi ne kadar iyi yapılırsa yapılsın halkın eşit fiziki koşullarda hizmet alma şansını elinden aldı.

Bir şekilde bulunan yerlerin yönetmeliğe uygun, tam donanımlı Aile Sağlığı Merkezleri'ne çevrilmesi için daha hizmet başlamadan, hekimlerin bulunan bölgeye göre artmakla birlikte en az 75000 tl lik harcama yapmasına ve ciddi bir borcun altına girmesine sebep oldu ve olmaya da devam etmekte.

Bu yerlerin hekim tarafından kiralanacak olması, mal sahipleri tarafından bir fırsat olarak görünüp çok yüksek kiralar istenmesine neden olmuştur. Kamu hizmeti vermekle görevli hekimlerin sanki ticarethane işletecek gibi görülmesi ev sahiplerinin bu tavrına sebep olmuştur. Bu durum yıllarını sağlığı korumaya ve hastalığı iyileştirmeye adanmış hekimlerin ticaret erbabı muamelesi görmesine, uygun olmayan kira bedelleri ile ve her sene kira artış pazarlığıyla karşı karşıya kalmasına sebep olmuştur.

Ayrıca ev sahiplerinin kabul etmemesi nedeniyle, kamu hizmeti vermesi ve kamu binası görülmesi gerektiği halde yine stopaj ödemelerinin de hekimler tarafından yapılıyor olması kiracı olarak hak kaybına neden olmaktadır. Ev sahiplerinin gücü kendilerinde görmesi, tadilat gibi basit durumlarda bile büyük zorluklar çıkarması bunca olayın tuzu biberi olarak eklenmektedir.

Alternatifin olmaması bu kişilerden bu yerlerin bu şekilde kiralanmasından başka bir şans bırakmamakta aksi bir durumda hizmet vermek mümkün olmamaktadır.

Devletin halka hizmet için çalışan personelinin kira, stopaj, tadilat gibi durumlarla karşı karşıya kalması hekim motivasyonunu etkilemektedir. Bu durum halkın eşit fiziki koşullarda hizmet alamamasına sebep olmakta bunun yanısıra hekimlerin de eşit koşullarda çalışmasına engel olmaktadır.

Kaliteli hizmet vermek için Aile Hekimliği Birim'i başına kayıtlı kişiyi 2000-2500 civarına düşürmeyi hedeflediğimiz bu günlerde tüm Türkiye'de boş birimlerin tercih edilmemesinin başlıca sebepleri bunlardır. Üstelik süreç içinde çözüm üretilmez ise sorun daha da derinleşecektir.

TOPLUMDA AŞI KARŞITLIĞI

Toplum sağlığını korumanın en etkin ve ucuz yolu bağışıklama çalışmalarıdır. Birinci basamak koruyucu hekimliğin tartışmasız en önemli görevlerinden biri de budur. Ülkemiz, aşılama oranlarında Sağlık Bakanlığı'nın planlaması ve sağlık çalışanlarının üstün gayreti ile dünyanın imrendiği oranlara ulaşmıştır. Ne yazık ki son zamanlarda gerek sosyal medyada gerekse ulusal medyada yanlış bilgilendirmeler sonucu halkta aşı konusunda kafa karışıklığı yaşanmaktadır. Bu durum önce aşı kararsızlığına sonra da aşı reddine yol açmaktadır.

Her yıl artan aşı ret oranları kritik seviyeyi geçerse, aşılama oranları %90'ın altına düşerse toplumsal aşı hafızası azalacak ve aşılı bireyler de uzun süredir görmediğimiz hastalıklara maruz kalacaklardır. Bu da aşı ile önlenemez hastalıklardan sakat kalan bireylere, diğer komplikasyonlara ve hatta ölümlere neden olacaktır. Biz aile hekimleri olarak toplum sağlığını korumak için bu konuda yeterince bilgilendirme yapmaya çalışıyoruz. Ancak salgın hastalıkların görülmemesi, toplum sağlığının bütünlüğünün korunması görevi ve sorumluluğu sadece aile hekimine verilemez, halkımıza da bu konuda sorumluluk verilmelidir. Aşı yaptırmayıp, kendi sağlığı için karar veremeyecek durumda olan bebeklerimizin, çocuklarımızın sağlığını ve toplum sağlığını tehlikeye atan kişilere yaptırım uygulanmalıdır. Temel çocukluk dönemi aşıları geçmişte yapıldığı gibi kanunla zorunlu hale getirilmelidir. Ülkemizde okul kayıtlarında gereksiz raporlar istenmesi yerine, bazı Avrupa Ülkelerinde olduğu gibi, aşı kartı istenmeli, böylece aşı yaptıran kişilerin de sağlığının korunması sağlanmalıdır.

Vatandaşlarımız arasındaki "aşı kararsızlığı" nı ortadan kaldırmak için bakanlığımız tarafından ulusal basında gösterilmek üzere kamu spotları hazırlanmalı, halkı bilinçlendirmeye yönelik projeler geliştirilmelidir. **Bu çok önemli konuda İSTAHED ve aile hekimleri olarak bakanlığımıza desteğimizi koşulsuz sunacağımızı belirtmek isteriz. Bu amaçla kurduğumuz aşı çalışma gurubumuza, düzenlemeye başladığımız aşı sempozyumumuza ve www.asinedir.com web sitemize desteğinizi beklemekteyiz. Bununla birlikte Sağlık Bakanlığı'nın aşılama programında olmayan aşular Genel Bağışıklama Programına eklenmelidir.**

Vatandaşlarının büyük çoğunluğun aşılandığı ülkemizde, virüs dolaşımının sınırlandırılması ve salgın hastalıkların önlenmesi için göçmenlerin aşılanması İlçe Sağlık Müdürlükleri tarafından daha ilk yerleşim aşamasında düzenli yapılmalı ve bunların takipleri sağlanmalıdır.



AHBS SORUNLARI ELEKTRONİK ORTAM - ŞİFRELİ SİSTEMLER

Aile hekimlerinin, hastalarına ait ürettikleri işleri ve tıbbi bilgileri, elektronik ortamda kayıt altına almaları ve bu kayıtları lokal bir hafızada saklı tutmaları gerekmektedir. Elektronik ortam öncesi manuel kullanılan poliklinik defterlerinin yerini alan Aile Hekimliği Bilgi Sistemleri (AHBS) bu kayıt ve koruma amacına uygun platformlardır.

Bu konuda farklı Aile Hekimliği Bilgi Sistemleri firmalarının bulunması ve hekimlerin değişik ihtiyaçlarına cevap vermesi açısından faydalı olmakla beraber, bu yazılımların yüksek ücretli olması ve teknik destek konusunda yeterli olmamaları, bakanlık sunucularına yeterli erişimi her zaman sağlayamamaları sıkıntılara sebep olmaktadır.

Bakanlığımız tarafından üretilen teknik destek açısından güçlü, inovatif ve ücretsiz bir AHBS yazılımı bu konudaki taleplerin başında gelmektedir.

Bunun dışında; renkli reçete sistemi gibi web tabanlı bir programda veya programlarda tıbbi bilgilerin saklanması, güvenlik açıklarına ve geri dönülemez tıbbi bilgi kaçaklarına neden olabilecektir. Ayrıca kayıtlı hastalarımızın geçmiş tıbbi kayıtlara ulaşabilmemiz açısından da engeldir. Bu durum tehlikeli ve uygulanamaz bir durumdur.

Bir diğer web tabanlı uygulama sorunu e-rapor sistemidir. Bu platform ve benzeri olan askerlik işlemleri platformlarının da web tabanlı oluşu benzer şifre ve tıbbi bilgi güvenliğini tehlikeye atmaktadır. Bu sistemlere ulaşım da oldukça zahmetli ve zaman alıcıdır.

Renkli reçete ve benzeri web tabanlı tüm uygulamaların sonlandırılarak tüm işlemlerin mevcut AHBS sistemleri içinden devamının sağlanması diğer sistemlere ulaşımın bu program içinden arka planda yürütülmesi için gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir. Özetle; polikliniklerimizde ürettiğimiz işleri tek bir yazılım ile sonlandırmak ve bu yazılımın bizim bilgimiz dışında erişimine engel olmak, hastalarımızın geçmiş sağlık verilerine de bu programlar aracılığı ile ulaşmamızın sağlanması, tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılan işlemlerin programımızca çekilebilmesinin sağlanması esastır.

GEZİCİ HİZMET

Gezici sağlık hizmeti sunumunda yaşanan en büyük sorunlardan biri, gezici sağlık hizmeti sunulması gereken köylere ulaşım esnasında gerçekte kullanılan yol ile hesaplanan yol arasında farklılıklar olmasıdır.

Müdürlükler kilometre hesabı yaparken Google Earth ile en kısa mesafe ölçümü yapmakta ve ödemeyi de bu kilometre üzerinden yapmaktadır. Halbuki genellikle mobil hizmet sunulan bölgelere ulaşım bu yollar üzerinden olmamaktadır. Hesaplanan bu yollardan toplu taşıma araçları dahil olmak üzere, motorlu hiçbir taşıtın geçemediği bilinmektedir.

Harcırah Kanununda yer alan geçici görev yolluğu hesaplaması ile gezici sağlık hizmeti benzer bir durumdur. Bilindiği üzere harcırah kanununa göre geçici görev yolluğu ödemelerinde ve sürekli görev yolluğu ödemelerinde yol parasının kanunda yer alan hüküm doğrultusunda mutata yol üzerinden ödemeler yapılmaktadır. İlgili kanun maddesinde değişiklik yapıldığı yılda mutata yol ve elverişli yol tanımından ne anlaşılması gerektiği yönünde Sayıştay Başkanlığı'na Maliye Bakanlığı tarafından sorulan görüşe istinaden Sayıştay Başkanlığı'nın almış olduğu karar aşağıdaki şekildedir.

"Sayıştay Genel Kurul Kararı 16.09.1985 / 4509/1

SONUÇ : 6245 sayılı Harcırah Kanununun değişik 47`nci maddesi uyarınca yurtiçi yer değiştirme masrafının değişken unsurunun, gidip gelmeye elverişli ve çoğunlukça kullanılması mutata olan en kısa yol üzerinden hesaplanmasının uygun olacağına oybirliğiyle karar verildi".

Gezici sağlık hizmeti ile alakalı bu sorunun çözümü için Harcırah Kanunu'nda yer aldığı şekilde yönetmeliğe "iki mahal arasında mutata olan, gidip gelmeye elverişli en kısa kara yolu" ibaresi eklenmelidir. Böylelikle sahada yaşanan bu sorun çözüme kavuşacaktır.



PERSONEL ÇALIŞTIRMA

Aile hekimleri, 2011 yılında değişen ödeme ve sözleşme yönetmeliği sonrası çalıştırdığı temizlik personeline ek olarak, gruplandırma kriterleri nedeniyle yardımcı sağlık personeli de çalıştırmaya başladılar. İş sözleşmesiyle hekimler adına çalışan bu personelin getirdiği riskler ise tamamen hekimin sorumluluğuna verilmiş oldu.

Aile Sağlığı Merkezleri tehlikeli sınıfta yer alan işyerleridir.

İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili maddi yüklerin yanında, ilerde meydana gelebilecek iş kazaları ve meslek hastalıkları karşısında bir ticaret erbabı gibi risk alması, hekimlik mesleği dışında bunun sonuçlarına katlanmasının beklenmesi mantıklı değildir.

Cari gider ödeneği içinde çalışan maliyeti eklenmiştir, ama bu tarz riskler için herhangi bir ek ödeme yapılmamaktadır. Yine kıdem tazminatı ile ihbar tazminatları gibi ek yükler cari gider ödeneği belirlenirken öngörülmemiştir. Personel çalıştırılması Sağlık Bakanlığı'nın isteğiyle gerçekleştirilmekte, yine Sağlık Bakanlığı'nın verdiği cari giderler ile, ilgili ödemeler yapılmaktadır.

Bu konuda uygun olan kişi başı personel giderlerinin, cari giderden düşülerek ilgili personelin Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalıştırılması ve Aile Hekimleri Birimlerinin hizmetine verilmesidir. Kural olarak Aile Hekimleri, hekimlik dışı iş yüklerinden ne kadar kurtarılabilirse o kadar kaliteli sağlık hizmeti sunması beklenebilir.

Tabi ki varolan maddi kayıpların telafisi yapılarak ve yeni hak kayıpları yaratılmadan bu konuda bir çözüm bulunmalıdır.

ASM'LERİN STATÜSÜ HEKİMLER ARASI VE PERSONEL İLE İLİŞKİLER

Aile sağlığı merkezlerinin statüleri mevzuatlarla net olarak belirlenememiştir. Birden fazla aile hekimi çalışan aile sağlığı merkezlerinde, hekimler ortaklığa benzer bir yapı içerisinde merkezleri idare etmeye çalışmaktadır.

Çalıştırılan ekstra personeller için ya hizmet satın alınmakta (bu konuda özellikle kıdem tazminatları konusunda sahada ciddi sıkıntılar yaşanmaktadır.) ya da aile sağlığı merkezindeki bir hekim üzerinden çalıştırılmaktadırlar.

Aile hekimleri yer değiştirmek suretiyle başka aile sağlığı merkezinde işe başladığından önceki aile sağlığı merkezindeki çalışanların kıdem ve ihbar tazminatları ciddi sıkıntılar doğurmaktadır. Özellikle çok sık hekim değişikliği olan aile sağlığı merkezlerinde çalışanların tazminatının orada daha önce çalışan hekimler tarafından ödenmesi gerekliliği hesapları içinden çıkılmaz bir hale sokmaktadır. Yargıtayın tazminat konusunda Bakanlığa işaret eden kararı da dikkate alınarak aile sağlığı merkezlerinde çalıştırılan personelin statüleri yeniden değerlendirilmeli mevzuat düzenlenmelidir. Örneğin ücretlerinin merkez bütçeden ödenmesi yoluna gidilebilir. Yine bu kişilerin izin sürelerinin de sorun olduğu dikkate alınırsa merkezi bir işveren olarak Bakanlığın bu konuyu kendi imkanları ile çözmesi çok daha pratik bir yaklaşım olacaktır.

Aynı şekilde çalışanları üzerine çalıştıran kişi yer değişikliği yaptığında da çalışan işten çıkarılıp başka bir hekim üzerine tekrar işe giriş şeklinde yapılmak zorunda olup bu da iş kanunu çerçevesinde çok uygun bir yaklaşım olmamaktadır.

Aile sağlığı merkezindeki hekimlerin kendi aralarında veya hekimlerinin yardımcı sağlık personelleriyle yaşadığı sıkıntılarda çözüm konusunda sıkıntılar yaşanmaktadır. Hekimler özellikle yardımcı sağlık personeliyle yaşadığı sıkıntılarda çözüme ulaşmakta zorlanmakta bu sıkıntıların sonu aile hekimlerinin yer değiştirmesiyle sonlanmaktadır.

Bu konuda çözüm önerimiz hekimlerin kendi aralarında veya yardımcı sağlık personelleriyle yaşadıkları sıkıntılar için sivil toplum kuruluşlarının ve idarenin içinde olacağı bir komisyon kurulması. Bu komisyonda konuların değerlendirilip gerekli yaptırımların uygulanması en doğru çözüm olacaktır. Ayrıca aile sağlığı merkezinin bir kurum olarak mevzuatta tanımı yapılmalı ve işleyiş için kurallar belirlenmelidir.



SONSÖZ

Birinci basamakta hastanın tedavi oranlarının çok yüksek olması, ikinci ve üçüncü basamağa başvuruyu azaltmakta bu da doğal olarak sağlık harcamalarının yükselmesine engel olmaktadır...

Bir çok gelişmiş ülkenin sağlık sistemi incelendiğinde, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri'ni sağlık sistemlerinin merkezine koydukları ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri'ne çok ciddi önem verdikleri görülmektedir. Örneğin Aile Hekimliği Sistemi'nin dünyadaki en eski uygulayıcılarından olan Almanya'nın toplam sağlık harcamasının yüzde 35'ini Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri'ne ayırdığını görmekteyiz. Ne yazık ki bu oran Türkiye'de yüzde 5'leri bile bulmamaktadır. Birinci basamakta hastanın tedavi oranlarının çok yüksek olması, ikinci ve üçüncü basamağa başvuruyu azaltmakta bu da doğal olarak sağlık harcamalarının yükselmesine engel olmaktadır.

Almanya'da hastalar Aile Hekimi'nin önerisi ve bilgisi dışında ikinci basamağa gidememektedir. Aile Hekimi hastayı gerekli gördüğü durumlarda mektupla ikinci basamağa göndermekte, ikinci basamakta hekim de gerekli tetkikleri yaptıktan sonra herhangi bir tedavi başlamadan tekrar mektupla hastayı Aile Hekimi'ne göndermektedir.

Tedaviyi ikinci basamaktaki hekimin önerilerini dikkate alarak Aile Hekimi planlamaktadır. Ayrıca birinci basamakta çalışan hekimler ultrasondan, akupunktura, endoskopiden kolonoskopiye kadar bir çok işlemi eğitimlerine göre yapabilmektedirler. Denetim yetkileri ise tamamiyle ilgili sivil toplum kuruluşlarına devredilmiş durumdadır. Böylece sistem kendi kendini denetleyip düzeltebilmektedir.

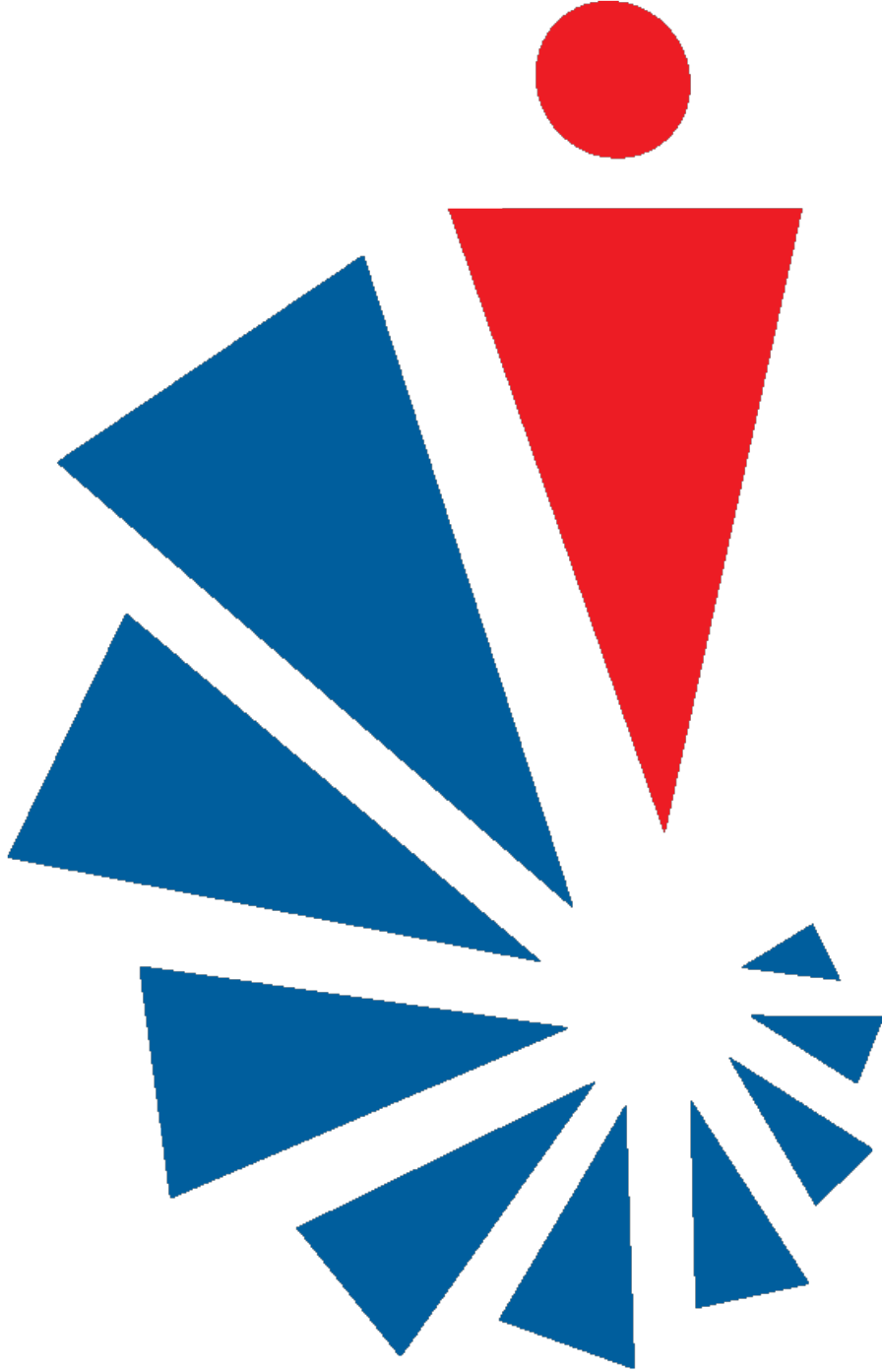
Ülkemizde de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri'ne verilen değer arttırılmalı, hizmet içi eğitimlerle aile hekimlerinin donanımı arttırılmalı ve güçlü bir birinci basamak inşa edilmelidir.

İlginiz için teşekkürler.

TEK AMACIMIZ DAHA GÜÇLÜ BİR AİLE HEKİMLİĞİ.

Bu dokümanda size sunduğumuz başlıkların tamamı, her kesimden binlerce meslektaşımızın paylaşımları ile belirlenmiş, içerikleri yine aile hekimleri tarafından kaleme alınmıştır.





Nasıl Bir Aile Hekimliği?

TEMMUZ/2021



İLETİŞİM

Ataköy 7-8-9-10. Kısım Mah.
E-5 Çobançeşme Cad. NEF 22 Sit.,
B / 265 - Bakırköy - İSTANBUL

+90 (212) 909 20 10

www.istahed.org.tr