

Etkin Sağlık Sistemleri İçin Güçlü Birinci Basamak Strong Primary Care for Effective Health Systems

Duygu Ayhan Başer¹, Rabia Kahveci¹, E. Meltem Koç¹, İsmail Kasım¹, İrfan Şencan¹, Adem Özkara²

¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği

²Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Özet

Günümüzde sağlık hizmetleri; birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak biçiminde örgütlenmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetleri; sağlık hizmetleri örgütlenmesinde, merkezi konumda bulunmaktadır. Uluslararası araştırmalar; iyi eğitilmiş aile hekimlerinin çalıştığı etkili birinci basamak temelinde örgütlenmiş sağlık sistemlerinin, birinci basamağın geliştirilmesi pasif olanlardan hem ekonomik hem de klinik başarı olarak daha etkin sağlık bakımı sağladığını göstermektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, içinde birçok yapısal elemanı barındıran çok boyutlu bir sistemdir. Birinci basamak alt yapısının güçlü oluşturulduğu, insan gücünün ve diğer kaynakların tüm toplumda dengeli dağılımının yapıldığı sağlık sistemine sahip ülkelerde toplum sağlık sorunları daha çabuk ve kolay çözümlenmekte, böylece sağlık eşitsizlikleri engellenmiş olmaktadır. Birinci basamağı güçlü olan ülkelerde ikinci ve üçüncü basamağa sevk oranları düşmekte ve aile hekimleri, hastalarının çoğunun sağlık ihtiyaçlarına tatminkâr cevap verebilmektedir. Ayrıca, sağlık giderlerinin gayri safi milli hâsıladaki payının daha düşük olduğu ülkeler, sağlık hizmet sunumunda daha maliyet etkindirler. Ülkemizin de içinde bulunduğu çoğunluğu Avrupa birliğinden olan 31 ülkede devam eden ve 2013’de sonuçlanması planlanan “Avrupa’da Birinci Basamağın Kalite ve Maliyeti” (QUALICOPC) isimli çalışmada ülkelerin birinci basamak sağlık sistemlerinin performansı kalite, eşitlik ve maliyet açısından değerlendirilmektedir. Bu çalışma sonucunda güçlü birinci basamağın gerekleri ve sağlık sistemleri performansına katkısıyla ilgili sorulara cevap beklenmektedir. Bugün Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinde kökten bir değişim süreci yürütülmektedir. Aile hekimliği uygulaması, hem sağlık çalışanları, hem de vatandaşlar açısından alışılması ve düzenlenmesi vakit alacak uzun bir süreçtir. Genel sağlık sistemimizle birlikte aile hekimliğinin aksayan yönlerinin sürekli revize edilerek hızla gelişmesi ve ülkemizin dünyada örnek gösterilen ülkeler arasına girmesi en içten dileğimizdir.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, aile hekimliği uygulamaları, etkin sağlık sistemleri, güçlü birinci basamak

Summary

Today, health care services are organized in the form of primary, secondary and tertiary care. The primary care services are located at the center of all health services. International researches show that health care services provided by trained family physicians present more efficient health care with both financial and clinical aspects. Primary health care services are multidimensional systems. Public health problems are resolved more quickly and easily in countries where strong primary care infrastructure exists, where also health inequalities are prevented. In general, referral rates to secondary and tertiary care decrease and family physicians provide satisfactory answers to the majority of patients in countries with strong primary care. In addition, the countries which have lowest share of health expenditures in GDP are more cost-effective. The performance of countries’ primary health care systems are evaluated according to quality, equality and cost, in the study named as "The Quality And Cost Of Primary Care in Europe" (QUALICOPC). As a result of this study, the answers of the questions about the requirements of strong primary care and the contribution of the performance of health systems are expected. Radical changes in primary health care are carried out in Turkey nowadays. Family medicine practice is a very long process for which the orientation of the citizens and health care workers will take time. So, we wish to see rapid development in the failing aspects of our health system in general, including family medicine and we hope to see Turkey to be an outstanding example in the world.

Keywords: Effective health systems, family medicine, family medicine practices, strong primary care

Giriş

Günümüzde sağlık hizmetleri; birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak biçiminde örgütlenmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetleri; sağlık hizmetleri örgütlenmesinde, merkezi konumda bulunmaktadır.¹ Ülkelerin sağlık

sisteminin olmazsa olmaz parçası olan birinci basamak sağlık hizmeti tam anlamı ile kişilerin, çeşitli nedenlerle başvurduğu, sağlık problemlerini sunduğu, toplumun büyük bir kısmının tedavi edildiği, gereği durumunda ikinci ve üçüncü

Yazışma Adresi / Correspondence

Dr. Duygu Ayhan

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Aile Hekimliği Kliniği

e-posta: duyguayhan@outlook.com

Geliş Tarihi: 01.04.2014

Kabul Tarihi: 02.05.2014

basamağa sevk edildiği ve koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulduğu sağlık kurumu ve bu kurumda üretilen sağlık hizmeti olarak tanımlanabilir.²

Uluslararası araştırmalar ve deneyimler, iyi eğitilmiş aile hekimlerinin çalıştığı etkili bir birinci basamak temelinde (strong primary care) örgütlenmiş sağlık sistemlerinin, birinci basamak eğitimi ve geliştirilmesi pasif olanlardan hem ekonomik olarak hem de klinik başarı olarak daha etkin sağlık bakımı sağladığını göstermektedir.³ Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlam temeller üzerine kurulduğu ve iyi bir organizasyon ile sistematize edildiği bir toplumda, sağlık sorunları büyük ölçüde çözümlenmiş demektir.²

Birinci Basamak Sisteminin Özellikleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri, içinde birçok yapısal elemanı barındıran çok boyutlu (multi-dimensional) bir sistemdir. Bu yapısal elemanlar; düzen, ekonomik durum, insan ve malzeme kaynaklarıdır.⁴ Bazı yazarlara göre ise, birinci basamak sağlık hizmetinin çok boyutlu yapısını oluşturan yapısal elemanlar on farklı başlık altında incelenebilir. Bunlar: yönetim, ekonomik durum, işgücü, hizmet sunumu, tedavinin devamlılığı, tedavide koordinasyon, tedavide kapsamlılık, tedavinin kalitesi, tedavinin etkinliği ve sağlık hakkıdır.⁴

Birinci basamak alt yapısının güçlü oluşturulduğu, insan gücünün ve diğer kaynakların tüm toplumda dengeli dağılımının yapıldığı sağlık sistemine sahip ülkelerde toplum sağlık sorunları daha çabuk ve kolay çözümlenmekte, böylece sağlık eşitsizlikleri engellenmiş olmaktadır.

Araştırmalara göre; kaynak dağılımının dengeli olarak yapıldığı ülkelerin sağlık sistemlerinin; kaynakların politikalar aracılığıyla düzenlenmediği, kamu veya özel sigorta modeli uygulanan ülkelere göre belirgin bir şekilde daha iyi olduğu saptanmıştır.⁵

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel özellikleri; ilk başvuru yeri olması, hastalık merkezli bakım yerine uzun süreli/sürekli-hasta merkezli bakımı teşvik etmesi, kapsayıcı bir yapıya sahip olması ve ekipler arası koordinasyon kurmasıdır.² Birinci basamağın ilk başvuru yeri olma özelliği; sağlık hizmeti almak isteyen kişinin

herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle ortaya çıkan her yeni bakım gereksiniminde sağlık sistemi ile ilk karşılaştıkları yer olmasını tanımlar.³ İlk başvuru yeri olma özelliği; hem maliyet-etkin hem de daha sistematize edilmiş bir yol oluşturmaktadır.⁶⁻⁸

Sürekli, kişi-odaklı bakım ise; hastalığın belirli bir evresi ile sınırlı olmayıp; sağlıklı dönemlerde de sunulması gereken hizmetleri kapsamakta; hasta ile adım adım yaşamı boyunca iletişim içinde olmaktır. Sağlık hizmetinin yaşam boyu olmasından kasıt ise; bebeğin fetal döneminden başlayarak doğumuna, ve sonrasındaki sağlam çocuk ve ergen takipleri, erişkinlik ve yaşlılık süreçleri de dahil yaşamının her döneminde doğrudan hizmet sunmasıdır. Ek olarak birinci basamaktaki sürekli ve hasta odaklı bakım sağlık hizmet kalitesinden ödün vermeksizin; daha az diagnostik araştırma, daha düşük reçeteleme, hospitalizasyon, ikinci, üçüncü basamağa sevk oranlarını azaltmakta ve yine maliyet-etkili bir yol oluşturmaktadır.⁹

Hizmette kapsayıcılık veya bütüncül yaklaşım ilkesi, birinci basamağın toplumda sık görülen tüm sağlık sorunlarını tanımlayabilecek ve müdahale edebilecek düzeyde olmasıdır. Birinci basamaktan sevk oranının yüksek olması, kapsayıcılığın yetersiz kaldığını gösterir.⁹ Birinci basamak sistemi güçlü olan ülkelerde gelişmemiş olanlara göre sevk oranlarının gözle görülür derecede az olduğu yapılan araştırmalarda gösterilmiştir.⁵ Kapsayıcılığı oluşturan temel ilkeler; ulusal politikalar aracılığı ile belirlenmesi, tüm bireyler için eşit olması, toplumda sık görülen tüm hastalıkları kapsamaması, diğer sistemler ile entegre biçimde çalışmasıdır. Bir ülkedeki birinci basamağın kapsayıcılığı; eşitlikçi olan ve olmayan yaklaşım tanımları ile belirlenir. Eşitlikçi yaklaşımda kapsayıcılığın sınırı ulusal politikalar tarafından belirlenmektedir. Kapsamda yer almamasına karar verilen hizmetleri sunan kaynaklar sınırlandırılır. Eşitlikçi yaklaşımda sağlık hizmeti tüm toplum için erişilebilir değildir. Eşitlikçi olmayan yaklaşım ise; kapsam dahilindeki kişilere sunulan hizmet ile hastaların taleplerinin farklı olmasıdır. Yatay (horizontal) eşitlikçi olmayan yaklaşım, ihtiyaçları aynı olan; ancak aynı kaynaktan faydalanamayan kişileri; dikey (vertikal) eşitlikçi olmayan yaklaşım ise ihtiyaçları fazla olan ancak; ihtiyaçları

doğrultusunda yeterli kaynak oluşturulamayan kişileri kapsamaktadır.¹⁰

Birinci Basamağın Dünyadaki Durumu ve Sağlık Sistemleri İçerisindeki Yeri

Tıp, insanların ihtiyaçlarına cevap olarak ortaya çıkmış bir bilimdir. Diğer tüm tıp branşlarında olduğu gibi aile hekimliğinin ortaya çıkması da insanların ihtiyaçları sonucudur. Günümüz dünyasında ülkelerin çoğunda birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini aile hekimliği oluşturmaktadır.

Amerika'da aile hekimliği 20. uzmanlık dalı olarak ortaya çıkmış, 2000 yılında aile hekimliği tüm ihtisas programları arasında en büyük sayıya ulaşmış, günümüzde günde en çok hasta bakan uzmanlık dalı haline gelmiştir. 2000 yılında 822 milyon hekim muayenesinin 199 milyonu aile hekimliği uzmanları tarafından yapılmıştır. Günümüzde Amerika'da aile hekimliği uzmanları sayıca 2. Sıradadırlar.¹¹

İngiltere' de ilk aile hekimliği uygulamaları 1947 yılında başlamıştır. Aile hekimlerinin çoğu 4-5 hekimden oluşan grup muayenehanelerde hizmet verir, aile hekiminden sevk alamayanlar, ikinci basamağa acil durumlar dışında başvuramazlar ve ikinci basamağa sevk oranı %10 dolayındadır. Aile hekimlerinin diğer dal uzmanlarına oranı %45-50 dolayındadır.^{11,12}

İspanya, Birleşik Krallık, Finlandiya, İspanya ve Portekiz'de birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık merkezleri tarafından verilir; sağlık merkezlerinde çalışma ekip çalışması esasına dayalı olup aile hekimleri de bu ekibin içinde bulunmaktadır.^{11,13}

Genel itibari ile bakıldığında birinci basamağı güçlü olan ülkelerde ikinci ve üçüncü basamağa sevk oranları % 15'lere kadar düşmektedir ve aile hekimleri, hastalarının % 85'inin sağlık ihtiyaçlarına tatminkâr cevap verebilmektedir. Birinci basamak sisteminin gelişmiş olduğu ülkelerde önlenebilir durumlara bağlı hastaneye yatış oranlarının daha düşük olduğu, postneonatal mortalite, başta kanser, major respiratuvar, kardiyovasküler hastalıklara bağlı olmak üzere tüm nedenlere bağlı ölümlerin önemli ölçüde azaldığı pek çok araştırma ile doğrulanmıştır.^{5,14-19}

2011 OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) verilerine göre

Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla'ya (GSYH) oranı yüzde 6,1'dir. OECD ortalaması yüzde 9,6, ABD'de yüzde 17,4 olan bu oran, Almanya, Fransa, İsviçre gibi ülkelerde ortalama yüzde 11,6 olarak gerçekleşmektedir. Türkiye'de kişi başına düşen yılda 902 dolar düzeyindeki sağlık harcaması, OECD ortalaması olan 3233 dolarının dörtte biri civarında kalmaktadır.²⁰

Görüldüğü üzere; sağlık giderlerinin gayri safi milli hâsıladaki payının daha düşük olduğu yani güçlü birinci basamağın bulunduğu ülkelerde sağlık hizmet sunumunda maliyet etkinliğinin arttığı görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri gibi uzman ağırlıklı olan ve aile hekimi sayısının yetersiz olduğu ülkelerde sağlık sistemine hastanın ilk kabul ve takibinin (gate-keeping function) yetersizliği nedeniyle sosyokültürel zayıf toplum kesimlerinin sağlık hizmetlerinden yetersiz yararlanma ve genel sağlık giderlerinin yüksek maliyetine neden olmaktadır.

Birinci Basamağın Türkiye'deki Durumu

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda sıkıntılar yaşanması kaçınılmazdır. Bu hizmet, farklı ülkelerde, farklı şekillerde sunulmaktadır; yalnız, tüm ülkelerdeki ortak nokta; birinci basamak sağlık hizmetinin, ülkelerin sağlık sistemlerinin olmazsa olmaz parçası olmasıdır.²

Türkiye'de 1961 tarihli 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi adlı yasa ile ebe ve pratisyen hekimlerle ücretsiz bir şekilde koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmet verilecek olan birinci basamak sağlık örgütlenmesi yönünde ilk adım atılmıştır. Uygulama 1963'de aşama aşama ülke düzeyinde yaygınlaşmıştır. 1978 yılında Alma-Ata, birinci basamak sağlık hizmetlerini daha kapsamlı hale getirmiştir. Durağan bir süreç sonrası, 1990 itibari ile "Sağlık Reformu" tartışmaları ile birinci basamak tekrar gündeme gelmiş; daha kapsamlı ve sağlıkta yaşanan eşitsizlikleri azaltma amaçlı aile hekimliği temelli bir birinci basamak anlayışı tercih edilmeye başlanmıştır. Ülkemizde ilk Aile Hekimliği uygulaması Eylül 2005'te Düzce ilinde pilot uygulama olarak başlatılmış olup, 2010'un aralık ayı itibarıyla tüm illerde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir.²¹

Türkiye’de aile hekimliği uzmanlık eğitimi ilk olarak 1983 yılında Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde yer almıştır.¹¹ Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin asgari süresi 3 yıldır. 1985 yılından beri Türkiye’de aile hekimliği uzmanları yetişmektedir.²² İlk olarak Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurulmuştur. Asistan eğitimleri ise; ilk olarak 1985’te Ankara, İstanbul, İzmir’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde başlatılmıştır.^{11,23}

Günümüze gelindiğinde ülkemizde aile hekimliği lisans ve lisansüstü eğitimleri yapılan fakülte sayısı 39, eğitim ve araştırma hastanelerinde klinik sayısı ise 19’a ulaşmıştır.²⁴ Türkiye aile hekimliği modelinde hizmet basamakları arasında sevk sistemi zorunluluğu öngörülmesine karşın, aile hekimi sayısının yetersizliği ve geçiş dönemi gerekçe gösterilerek, sevk sistemi zorunluluğu ertelenmiştir. Bugün, açık sistem (paralel sistem) yöntemi uygulanmaktadır. Kişiler bir aile hekimine kayıt olmak zorundadır ve istedikleri aile hekimini seçme hakkına sahiptirler.²⁵

Ülkemizde aile hekimleri asistanları ve uzmanlarının üye olabildiği Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD) 24 Temmuz 1990’da kurulmuş, 1998 yılında Bakanlar Kurulu kararıyla Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) şeklinde isim değişikliği yapılmıştır.¹¹

Sağlık sistemlerinde birinci basamağın durumu, etkinliği, yaygınlığı, hizmet kalitesi ve ulaşılabilirlik gibi parametreler çeşitli uluslararası mukayeseli, gözlemsel ve kesitsel araştırmalarla değerlendirilmeye çalışılmaktadır. Ülkemizin de içinde bulunduğu çoğunluğu Avrupa birliğinden olan 31 ülkede devam eden ve 2013’de sonuçlanması planlanan “Avrupa da birinci basamağın kalite ve maliyeti” (QUALICOPC) isimli çalışmada ülkelerin birinci basamak sağlık sistemlerinin performansı kalite, eşitlik ve maliyet açısından değerlendirilmektedir.¹⁶ Bu çalışma sonucunda güçlü birinci basamağın gerekleri ve sağlık sistemleri performansına katkısıyla ilgili sorulara cevap beklenmektedir.

Birinci Basamağın Güçlendirilmesine Yönelik Çözüm Önerileri

Ülkemizde birinci basamağın önümüzdeki yıllarda daha da güçlenmesi adına bazı problemlerin saptanması ve bunlara yönelik çözümler

üretilmesi gerekmektedir. Öncelikli olarak yapılması gereken, ufak değişiklikler ile aile hekimliğini daha cazip hale getirmek olmalıdır. Bu bağlamda;

- Aile hekimliği uygulamaları yaygınlaştırılmalı ve uzman sayıları artırılmalıdır.
- Üniversite ve eğitim hastanelerinde, güçlü ve dünya ile entegre bir akademik yapılanma oluşturulmalıdır.
- Başasistan ve yardımcı doçent gibi eksik eğitim kadrolarının tamamlanmasına yönelik Sağlık Bakanlığı’nda gerekli çalışmalar başlatılmalıdır.
- Buna paralel olarak asistan sayıları hızla artırılmalı ve asistanların eğitim süreleri, eğitimlerinin % 50 sini eğitim aile sağlığı merkezleri gibi sahada geçirecek şekilde planlanmalıdır.
- Son yıllar içerisinde aile hekimliğine yönelik politik iradenin güçlü bir şekilde devam etmesi; bu bağlamda sahada çalışan aile hekimlerin maaş ve ek gelirlerinin iyileştirilmesi gerekmektedir.
- Aile hekimliği kanununun yasalaşması sonrasında eksik hukuki mevzuatın düzenlenmesi ve güncellenmesi gerekmektedir.
- Aile hekimliği asistanlarına sahada nüfus bağlanması ile sahada çalışan doktor başına düşen hasta sayılarının 3500-4000’lerden 2000-3000’lere düşmesi sağlanmalıdır ve bunun sonucu olarak da aile hekimlerinin her hastasına daha fazla zaman ayırması sağlanmış olacaktır.
- Multidisipliner işbirliği bağlamında ulusal “kronik hastalık yönetimi” programları oluşturularak sağlık hizmet sunumunda diyabet, obezite, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların takibinde birinci, ikinci, üçüncü basamakta entegre sağlık hizmet sunumu sağlanması, gerekli mevzuat düzenlenmelerinin yapılması gerekmektedir.
- Ortak bakım planı çerçevesinde elektronik ağlar; aile hekimleri, hastane, yaşlı bakım evleri, sosyal güvenlik kurumları arasında güçlendirilmelidir.
- Taburcu olan hastaların epikrizlerinin elektronik ortamda aile hekimlerince görülebilirliğinin sağlanması ve taburcu olan hastaların bağlı olduğu aile hekimlerinin hastanın opere olduğu veya yatarak tedavi

gördüğü klinikle elektronik ortamda konsülte edebilmeleri, hem hasta hem de hekim açısından kolaylık sağlayacaktır.

- Yine ortak bakım planı çerçevesinde hastaların doğrudan hastaneye sevk edilmeden sahada çalışan 2.veya 3. basamak branş hekimlerine konsültasyonlarının sağlanması, hasta ve hastalığın takibi açısından daha olumlu olacaktır.
- Grup aile sağlığı merkezlerinin özendirilmesi ve çoklu aile hekimlerinin çalıştıkları yerlerde psikiyatri, dâhiliye veya çocuk uzmanlarının da çalışabilmesinin önünün açılması, hem aile sağlığı merkezlerindeki doktor açığını kapatacak hem de doktor başına düşen hasta sayısının daha azami miktarlarda olmasını sağlayacaktır.
- Aile hekimliğinde ulusal standartlar oluşturulmalıdır.
- Üniversite ve eğitim aile sağlığı merkezleri akademisyenleri işbirliği yaparak pratik uygulamaya yönelik birinci basamak ulusal kılavuzları oluşturmalıdır.
- Sağlık hizmet sunumunda kalite geliştirmeye yönelik, eğitim ihtiyacının saptanması, hasta ve sağlık çalışanının iş memnuniyetinin saptanmasına yönelik kesitsel ve prospektif araştırmalar yapılmalıdır.
- Birinci basamakta görev alan ve alacak sağlık profesyonellerinin her aşamada eğitimlerinin desteklenmesi ve kalitenin artırılması, birinci basamağa olan ilgiyi arttıracaktır.
- Tıp fakültesi müfredatına, tıpta uzmanlık kurulu kararıyla aile hekimliği temel ders olarak girmeli ve son sınıfta en az bir ay aile hekimliği stajı seçmeli olarak sunulmalıdır.
- Sahada çalışan aile hekimlerine sürekli tıp eğitimi bağlamında, aşılardan gibi koruyucu hekimlik, bulaşıcı olmayan hastalıkların takibi, kardiyovasküler risk yönetimi, çocuk ve gebe takibi, akut enfeksiyonlar, depresyon gibi sık karşılaşılan konularda eğitimler sağlanmalı ve bu eğitim özendirilmelidir.
- Hekimlere buldukları bölgelerde kolayca katılarak bilgi ve becerilerini güncelleyebilecekleri kurs ve seminer gibi pratik eğitimler sağlanmalıdır.
- Yukarıdaki eğitimi sürekli sağlayabilmenin bir yolu olarak; aile hekimlerinin kendilerini güncellemeleri mesleki bilgi ve becerilerinin

geliştirilmesini özendirmek amacıyla kredilendirme sistemi uygulanmalıdır.

- Beş veya yedi yıl sonunda belirli bir baraj puanına ulaşma zorunluluğu getirilmeli ve bu eğitimleri almayanların çalışma yetkileri iki yıllığına izlemeye alınmalı, yine de başarılı olamayanların birinci basamakta aktif hasta bakmalarının kısıtlanması, mesleki performansı arttıracaktır.
- Akademik camiada asistan yetiştiren üniversite ve eğitim ve araştırma hastanelerindeki yardımcı doçent, başasistan ve doçentlere WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians), EURACT (European Academy of Teachers in General Practice and Family Medicine) işbirliğiyle asistan eğitimi müfredatı oluşturulması, değerlendirme ölçme yöntemleri konusunda eğitimler sağlanmalıdır.
- Saha eğitimine deneyimli uzman aile hekimleri entegre edilmeli, bunlar da üniversite ve aile sağlığı merkezleriyle afileye edilmelidir.
- Grup aile sağlığı merkezlerine en az bir veya iki uzman aile hekimi pozisyonu açılmalıdır.
- Kırsal hekimliği özendirilmeli ve asistan eğitim programında kırsal hekimliğe yer verilmelidir.
- Özellikle coğrafi olarak uzak yerleşim bölgelerinde çalışan aile hekimlerinin hastalarını ilgili branş hekimleriyle konsülte edebilecekleri "Tele Tıp" uygulamalarının yaygınlaştırılması. İlgili "Tele Tıp" mevzuatının ve teknolojik alt yapının geliştirilmesi.
- Klinik eczacılık özendirilmeli, yaygınlaştırılmalı ve eczacılardan hasta eğitimi konusunda yararlanılmalıdır.
- Toplumumuzda prevalansı yüksek olan diabetes mellitus, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kronik böbrek hastalığı gibi hastalıklara ait klinik kalite indikatörleri belirlenip, bu hastalıklara bağlı hastane yatış ve ayak ampütasyonu, körlük, kronik böbrek yetmezliği gibi komplikasyon verilerinin yıllık güncellenmeleri yapılmalıdır.
- Birinci basamak hekimlerini destekleyen yerel dernekler kurulmalıdır. Birincil bakım veren her hekim üye olabilmelidir.
- Birinci basamak hizmetlerinin orta vadede tamamen kapsamlı uzmanlık eğitimi almış,

klirik uygulamalar dışında birinci basamak yönetimi hususuna da hakim olan hekimler tarafından verilmesi garanti altına alınmalı, buna nc olacak şekilde uzmanlık eğitimleri özendirilmeli ve uzmanlık eğitimini tamamlamış olan aile hekimliği uzmanlarının sahada çalışmaları sağlanmalıdır.

Sonuç

Bugün Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinde çok kökten bir değişim süreci yürütülmektedir. Güçlü bir birinci basamak sağlık hizmetinin etkili sağlık hizmetleri sunumunun temel taşı olduğu ve birincil bakımdan, sağlık

hizmetlerinde beklentilerin karşılanmasındaki ve hizmetlerin sürekliliğindeki eksiklikleri ve problemleri çözebileceği konusunda önemli tartışmalar vardır.

Aile hekimliği uygulaması, hem sağlık çalışanları, hem de vatandaşlar açısından alışılması ve düzenlenmesi vakit alacak uzun bir süreçtir. Hem hekimlerin hem de Sağlık Bakanlığı’nın devamlı olarak üzerinde çalıştığı düzenlemeler ile ilerleyen dönemlerde, aile hekimliği hızla gelişecek ve ülkemiz dünyada örnek gösterilen ülkeler arasında sayılacaktır.

Kaynaklar

1. Saltman RB, Rico A, Boerma GW. Primary Care in the Driver’s Seat? Organizational Reform in European Primary Care. European Observatory on Health Systems and Policies. England: Open University Press; 2006: 22-49.
2. Starfield B. The Effectiveness of Primary Health Care. Chapter 1. In: Lakhani M, Southgate L, eds. A Celebration of General Practice. Oxon, UK: Radcliffe; 2003: 19-36.
3. Allen J, Gay B, Crebolder H et al. The European Definition of General Practice/Family Medicine. WONCA EUROPE 2011 Edition; 2002 :8-12.
4. Kringos DS, Boerma GW, Hutchinson A, Van der Zee J, Groenewegen PP .The Breadth of Primary Care: A Systematic Literature Review of Its Core Dimensions. BMC Health Services Research 2010; 10: 65
5. Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, Health Services Research 2003; 38(3):831-865.
6. Forrest CB, Starfield B. Entry into Primary Care and Continuity: The Effects of Access. Am J Public Health; 1998; 88(9):1330-6.
7. Franks P, Fiscella K. Primary Care Physicians and Specialists as Personal Physicians. Health Care Expenditures and Mortality Experience. J Fam Pract Aug 1998; 47(2):105-9.
8. Franks P, Clancy CM, Nutting PA. Gatekeeping Revisited–Protecting Patients from Overtreatment. N Engl J Med 1992; 327(6):424-9.
9. Starfield B. Balancing Health Needs, Services and Technology. New York: Oxford University Press; 1998: 99-147.
10. Starfield B: Promoting Equity in Health Through Research and Understanding. Developing World Bioeth 2004;4(1):76-95.
11. Bozdemir N. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği. Aile Hekimliği Ders Notları, Adana: ukurova niversitesi Tıp Fakültesi Yayınları; 1997:1-17.
12. zcan F. nloğlu İ.Türkiye’de ve Dnya’da Aile Hekimliği.Sendrom 1996; 8(7): 83-85.
13. Rakel RE. The Family Physician. In: Textbook of Family Practice. Philadelphia: Saunders; 1995: 2-3.
14. Parchman M, Culler S. Primary Care Physicians and Avoidable Hospitalization. J Fam Practice, 1994; 39(2):123-8.
15. Gulliford MC, Jack RH, Adams G, Ukoumunne OC. Availability and Structure of Primary Medical Services and Population Health and Health Care Indicators in England. BMC Health Services Research 2004; 4(1):12.
16. Schäfer WLA, Boerma GW, Kringos DS et al. QUALICOPC, A Multi-Country Study Evaluating Quality, Costs and Equity in Primary Care. BMC Family Practice 2011;12:115
17. Starfield B. Primary Care and Health: A Cross-National Comparison. JAMA 1991; 266(16): 2268-71.
18. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. Milbank 2005; 83(3):457-502.
19. Beasley JB, Starfield B, van Weel C et al. Global Health and Primary Care Research. J Am Board Fam Med 2007; 20(6):518-26.
20. Health at a Glance 2011, (OECD web sitesi; www.oecd.org.tr) (Erişim tarihi: 3 şubat 2013).
21. Mollahaliloğlu S, Kosdak M, Sanisoğlu Y, Boz D, Demirok A.B, Ed. Akdağ R. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti Araştırma Raporu. Araştırma serisi:4. T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara: Opus Basım Yayın; 2010: 1-249.
22. Aydın S. Aile Hekimliği: Sağlık Sisteminde Merkezi Role Talip Olmak. Aile Hekimliği Dergisi 2007;1(3): 10–15.
23. Saatçi E, Sezer H. Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları. Aile Hekimliği-II.Ed. (Ed: ağlayan H) içinde; İstanbül: İletifim Yayınları; 1996:49–70.
24. TAHUD web sitesi; www.tahud.org.tr /hakkimizda/anabilimdallari-egitimhastaneleri (Erişim tarihi:3 şubat 2013).
25. Resmî Gazete. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Ankara; Kanun No: 5510, 16.06.2006, Sayı: 26200.