

Araştırma

Aile Hekimliği Uygulamasında Güncel Problemler ve Çözüm Yolları - 2

Current Problems and Solutions in Family Medicine Practice - 2

Mehmet UĞURLU¹, M. Taşkın EĞİCİ², Orkun YILDIRIM³, Muhammet ÖRNEK³, Yusuf ÜSTÜ⁴

¹ Doç Dr., Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

² Uzm. Dr., Sağlık Bakanlığı Saha Koordinatörü

³ Dr. Sağlık Bakanlığı Saha Koordinatörü

⁴ Uzm. Dr., Ankara Atatürk EAH Aile Hekimliği Kliniği Eğitim Görevlisi

Özet

Bu çalışmada, 01.07.2010 ile 01.07.2011 arasında Sağlık Bakanlığı Saha Koordinatörlerince aile hekimliği uygulamasına geçilen illerin yerinde incelenmesi ile uygulamasına geçilen illerde tespit edilen problemler ile bu problemlere yönelik olarak çözüm önerilerinin ikinci kısmı (Laboratuvar ve diğer destek hizmetleri, Evde Sağlık Hizmetleri, Aile Hekimliği Bilgi Sistemi, Ücretlendirme ve Performans Kesintileri, Kırsal Bölgeler ve Entegre Hastaneler, Mesleki Eğitimler ve Müdürlükler ve Toplum Sağlığı Merkezleri) tartışılmaktadır.

Anahtar kelimeler: Aile Hekimliği, Uygulama

Abstract

The Health Transition project and its scope is aimed to strengthen and restructuring the primary health services by deploying Family Medicine practice. The pilot cities that family medicine is deployed are investigated at the sites by the field coordinators of the Ministry of Health from 01.07.2010 to 01.07.2011. In this study, the problems are identified and solution proposals are discussed in the cities where family medicine is deployed.

Key words: Family Medicine, Implementation

Laboratuvar ve Diğer Destek Hizmetleri¹

İl müdürlüklerinin verdikleri laboratuvar hizmetlerine ilişkin asgari tetkikler bakanlıkça belirlenerek liste oluşturulmalıdır. Ayrıca tetkik sonuçlarının verilmesi için de azami süre konulmalıdır.

Aile hekimlerinin laboratuvar ve diğer tetkikleri kullanım konusunda istekli olmaları için, laboratuvar hizmetlerinin hizmet kalitesini artırıcı yönde kullanımı sağlanmalı,

yoğun aile sağlığı merkezlerinde (ASM) laboratuvar teknisyeni istihdam edilmelidir.

Sağlık müdürlüklerince yapılacak protokollerle aile hekiminin istem yaptığı görüntüleme tetkiklerinin hastane içi prosedürlere girmeden filminin çekilebilmesi sağlanmalıdır (Direkt grafler, USG gibi)

Aile hekimlerinin gelir elde etmediği laboratuvar tetkik ve sarf giderlerinin damga vergisi hekimlerden tahsil edilmektedir. Damga vergisinin ücretlerden değil kendi içinden mahsup edilmesi sağlanmalıdır.

Evlilik muayene sonuçlarında problem var ise aile hekimlerine geri bildirim yapılmalıdır.

Aile Hekimleri sürücü raporları için bilgilendirilmeli, hangi durumlarda rapor verilip hangi durumlarda hastaneye sevk edileceği netleştirilmelidir. Belirginlik olmadığı için bazı hekimlerin tüm başvuruları hastaneye yollaması şikayetlere yol açmaktadır.

Evde Sağlık Hizmetleri (ESH)

Evde sağlık hizmetlerinin sunum şekli iller arasında hatta aynı ilin ilçeleri arasında farklılıklar göstermektedir. Evde Sağlık Hizmetlerinin müdürlükçe yürütüldüğü iller olduğu gibi aile hekimlerince de yürütüldüğü iller bulunmaktadır. Bu konuda standart bir uygulama modeli geliştirilmelidir. Evde Sağlık Hizmetlerinin tedavi edici ya da rehabilite edici bir hizmet alanı olduğu düşünülerek hastanelerce yürütülmeli, aile hekimleri bu işin koordinasyonunu sağlamalıdır. Bunun için Müdürlüklerin ve Hastanelerin evde sağlık birimleri aktive edilmelidir.

Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS)

Bazı aile hekimleri yapılan misafir aşuları, bebek ve gebe kayıt ekleme ve sonlandırma işlemlerini kurdukları lokalize mail grupları vasıtası ile takip etmektedir. Aynı mail gruplarında sorun, eleştiri ve öneriler de tartışılmaktadır. Benzer iletişim kanalına Aile Hekimliği Bilgi Sistemleri üzerinden imkân verilerek bütün ülke genelini kapsayabilir.

AHBS'nin teknik desteği yetersizdir. Sistem mesai saatleri içerisinde yavaşlamakta, sistem sıklıkla kopmakta ve zaman zaman veri girilememektedir. Sistemin yavaşlığı bazen performans kesintisi ile sonuçlanabilmektedir. Bu nedenle aile hekimleri AHBS yerine diğer yazılımları kullanmaya başlamışlardır. Aile hekimlerinde, diğer yazılımların tercih edilmesi için AHBS'nin sorunlarının çözülmediği yönünde algılar mevcuttur.

AHBS yönetim sistemi üzerinden aile hekimi değiştirme işlemi pratik değildir. Hastanın ilişik kesme ve atama işleminin aynı sayfada yapılabilecek hale dönüştürülmesi hem işlemi hem de sorgulama trafiğini azaltacaktır.

Cörevi sonlandırılan hekim birimden ayrıldığında o hekime ait verilere ulaşılamamaktadır. Yeni bir hekim başlayana dek aile sağlığı elemanı (ASE) tarafından yapılan izlemler kaydedilememektedir. Hastayla ilgili işlem sürekliliği sağlanamamaktadır. Bu durum, özellikle İstanbul'da, boş olan ya da boşalan pozisyonlara görevlendirme yapılamadığı veya aynı ASM içinden hekimin ikinci bölge olarak üstlendiği durumlarda belirgindir. Hekim olmadan bu nüfusa bakan ASE'lerin ücreti de düşmektedir.

Ölüm bildirim yapıldığında kişi sistemden silinmekte ancak o birime yeni bir hekim atandığında ilk güncellemede ölen kişi tekrar sisteme dâhil edilmektedir. Bu durum fazla ödeme yapılmasına, dolayısıyla kamu zararı veya hukuki sorunlara yol açabilmektedir. Bebeklerin sisteme otomatik dâhil edildiği sisteme benzer şekilde ölenler de aile hekimlerine bildirilmeli ve sistemden otomatik düşülmelidir.

AHBS Sağlık Bakanlığı tarafından istenen birçok parametreyi karşılamamaktadır. Örneğin bebeklere D-vit, demir ile gebelere demir desteği girilememektedir. Ayrıca fontanel değerlendirmesi de açık/kapalı olarak girilebilmekte ancak ölçü olarak girilememektedir. Benzer şekilde Anne Ölümleri İzleme Programı, Bebek Ölümleri İzleme Programı ve Neonatal Tarama Programına ait bildirim formları manüel tanzim edilmektedir. AHBS Bakanlığın istediği bütün formları kapsamlı ve ilgili birimlere kendisi göndermelidir.

Prematüre doğumlar, canlı doğum olarak AHBS'ye girilememekte bu nedenle prematüre doğum yapan anneler sistemde gebe olarak görülmektedir.

Aile sağlığı merkezinde bulunması gereken kontraseptif malzeme, bebek demir preparatı, gebe demir preparatı, D vitamini preparatı ve diğer ilaçların depo mevcutlarının AHBS'de görülmesi lojistik yönetimi açısından faydalı olacaktır.

Adli rapor tutulması gereken 18 yaş altı (özellikle 15 yaş altına daha dikkat edilmesi gerekmektedir) ve nikahsız gebelerin AHBS'ye girişi sırasında adli rapor tutulması ile ilgili uyarı sistemi geliştirilmesi uygun olacaktır.

Sayısal olarak yeterli hale gelen izlem sıklıkları nitelik açısından da takip edilmelidir. AHBS İl bazında gebe-bebek izlem detayları ile eksik izlemleri kolayca

göstermelidir. Ayrıca aile hekimi ve il bazında izlenen bebek-gebe sayıları sorgulanabilmelidir.

Kayıtlı bebek ya da gebenin aşı ve izlemlerini yapmamanın cezası bulunduğu halde bebek ve gebe kaydetmemenin herhangi bir cezası bulunmamaktadır. Aile hekimi bir gebe ya da bebeği AHBS'ye kaydetmediği sürece takip ve aşılarından mesul tutulmamaktadır. Bu nedenle AHBS'de kayıtlı bebek sayıları daha önce kullanılan ETF bazlı hedef nüfusların oldukça altındadır. Ayrıca AHBS'de kayıtlı bebek sayıları ile ASM'lerde takip edilen gebe-bebek sayıları da farklılık arz etmektedir. Tespiti geç yapılan gebeler ve aşısı geçmiş bebekler performans kaygısı nedeniyle sisteme kaydedilmemektedir. Gerçekçi hedef nüfus tespiti için aile hekimliği bölgeleri Toplum Sağlığı Merkezi (TSM)/Müdürlükler tarafından denetlenmelidir.

Gebe izlemleri arasında 15 günlük işlem yapılamaz dönemler bulunmaktadır. Bu dönemlere denk gelen izlemler sisteme girilememekte ve bir sonraki izlem aralığı beklenmektedir.

MERNİS'den yenidoğan için TC kimlik numarası verildiğinde ilgili bebek AHBS'de annesinin kayıtlı olduğu aile hekimine aktarılmaktadır. Annesi herhangi bir aile hekimine kayıtlı olmayan bebekler ve anneleri Müdürlüklerce takip edilmeli ve aile hekimlerine kaydı yapılmalıdır. Nüfus Müdürlükleri ile işbirliği içerisinde doğum hastanelerine nüfus memuru görevlendirilerek bebeklere kimlik kartı çıkarılması ve kimlik kartlarının hastaneden ya da bağlı bulunduğu aile hekiminden alınması sağlanabilir.

Ölümünden yıllar geçmesine karşın MERNİS'den düşmemiş, ya da ileri yaşa rağmen kimlik çıkarmamış çocuklar bulunmaktadır. Bunlarla ilgili bir düzenleme yoluna gidilmelidir.

Misafir aşılar, bölge dışı yapılan aşılar sisteme girilmemekte, manüel kayıtlarla takip edilmektedir. AHBS'ye direkt giriş imkânı verilerek bölge dışı aşı formunun kullanımına son verilmelidir. Böylelikle TSM ve ASM'lerde bürokrasi ve iş yükü azalacaktır.

AHBS'deki aşı takvimi ile Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP)'de önerilen takvimin uyuşmadığı durumlar olmaktadır. Örneğin; bebeğin prematüre olması ya da başka bir engel nedeniyle Hepatit-1 aşısının ertelendiği durumlarda, sisteme aşının ertelenerek yapıldığı tarih girilememektedir.

Aşı uygulamalarında aşının belirlenen tarihlerde yapılmasına engel teşkil eden durumlar için bir yöntem

bulunmamaktadır. Düşük doğum ağırlığı, yoğun bakımda tedavi görme gibi bazı tıbbi gerekçelerle aşısı geç yapılacak olan bebekler için sisteme açıklama yazılabilmeli ve konu Müdürlük/TSM'nin araştırmasına sunulmalıdır.

Benzer şekilde aşı yaptırmak istemeyen veya aşığı reddeden ailelerin çocukları sistemde aşısız olarak görülmektedir. Bunun için de ailenin aşığı reddettiğini ve red nedenini gösteren bir açıklama alanın eklenmesi gerekmektedir.

Rapel için gelen çocuğun geriye dönük aşıları AHBS'ye girildiği zaman Bakanlığın eski aşı takvimine göre yapılan aşı tarihleri AHBS tarafından onaylanmamaktadır. Benzer şekilde 1 yaşını dolduran bebeklerin "izlem butonu" kapanmakta bu nedenle 1 yaş üstü çocukların aşı takvimi geçmişe dönük girilememektedir.

Aşıların 1, 2, 3. dozları ile rapel dozları sistemde ayrı ayrı görüntülenememektedir.

Boy-kilo-baş çevresi ölçümleri için standart protokoller oluşturulmalı, ülke gerçeklerine uygun şekilde güncellenen persentil eğrileri bilgisayar programlarında da güncellenmelidir.

Bebeğin nüfus kâğıdında yazılı doğum tarihi ile gerçek doğum tarihi farklı ise ve aşıları gerçek doğum tarihine göre yapılmışsa AHBS tarafından kabul edilmemektedir.

Verilerin gizliliği ve üçüncü şahıslar ile paylaşılması konusunda aile hekimleri hassasiyet göstermelidir. Özellikle gebe bildirimleri ve bazı adli olaylarda sıkıntı yaşanabilmektedir.

AHBS'nin hastane modülü henüz aktif değildir. Bakanlıkça belirlenecek küçük illerden birinde ASM-Hastane modülü aktive edilmelidir. Aile hekimleri hastaneden randevu alabilmeli, hastanede yapılan işlemlerin de aile hekimlerine bildirim sağlanmalıdır. Hastaneler aile hekimlerine bildirim yapmadıkları hastaların tahakkuklarını ödeme kuruluşlarından alamamaktadır.

Eczanelerin görebildiği raporlar, hastalık tanıları ve ilaçları aile hekimleri görmemekte, sağlık kartı de olmadığından sıkıntılar yaşanmaktadır.

Bir hasta kayıtlı olmadığı bir ilde hizmet aldığı yapılan işlemler kendi aile hekimi tarafından kolayca görülebilmelidir. Mevcut durumda il içinde dahi etkin bir bilgi paylaşımı bulunmamaktadır. Hastalar bazen

kendi aile hekimleri dışındaki aile hekimlerinden hizmet alabilmektedir. Böyle bir durumda hastaya yapılan işlemler (aşı, izlem, muayene gibi) kendi aile hekimi tarafından görülememektedir.

Yeni uygulama yönetmeliği ile 3 aya düşürülen hekim değiştirme süresi; yaylalık ve turizm bölgelerindeki olağan dışı nüfus artışlarının olduğu yerlerdeki sıkıntıyı önemli ölçüde çözmektedir. Bu bölgelerde aile hekimlerinin aşırı poliklinik iş yüküne zaman zaman TSM hekimleri de ortak olmaktadır. Ancak TSM hekimlerince yapılan işlemler AHBS’de takip edilememektedir. Dolayısıyla hizmet alan kişinin aile hekimi de bilgilendirilememektedir.

Otomasyon sistemleri her kaydedilene saklayan ve ihtiyaç halinde karar destek sisteminden analizler yapılabilen bir program görünümündedir. Oysa veritabanını yorumlayıp, kullanıcıları bilgilendiren, yönlendiren bir araç olarak tasarlanmalıdır. Hangi yaş grubunda hangi hastalıkların sık görüldüğünü analiz edip rapor etmelidir. Hatta aynı ASM’deki diğer hekimlerin kayıtlı nüfusları ile karşılaştırıp hekime yol haritası sunabilmelidir.

Kayıtlı nüfusun ilaç kullanım alışkanlıkları ile ilgili analizler ve uyarılar içermelidir.

Ülke geneline göre anlamlı artış gözükene vaka sayılarını bildirmeli bu konuda hekimleri uyarmalıdır. Örneğin: Mayıs ayında bir önceki yılın Mayıs ayına göre enterit vaka sayısında anlamlı artış olduğu konusunda hekime bilgi vermelidir.

Sisteme girilmeyip normal popülasyon gibi takip edilen gebeler doğum yaptığında, AHBS bu hastaların gebelik dönemlerini sorgulamalıdır.

Bebek ve gebe takipleri için verilecek randevuları kişilerin kayıtlı telefon numaralarına ya da e-postalarına göndermelidir.

Bilindiği üzere kişinin ailesi ve hane halkı ile ilgili bilgiler ETF formunda görülmekteydi. Ancak mevcut durumda gelen bir hastanın ailelerine ait bilgi bulunmamaktadır. Örneğin “gelen bir kadının kocası kim, çocukları kimler, aile fertleri hangi aile hekimine kayıtlı” hekim sormadığı sürece bilinmemektedir. Önemsiz gibi görünen bu durum “kalıtsal hastalıkların takibi” açısından önem arz edebilir.

Otomasyon sistemleri aile hekimlerinin mekânları ile ilgili bilgileri de içermelidir.

Ücretlendirme ve Performans Kesintileri

Sürekli özlük haklarından geriye gidildiği izlenimi veren uygulamalara son verilmeli, pozitif performans uygulamasına geçilmelidir. Bunun ek mali külfet getirmediği yöntemler de bulunabilir (1 yıl boyunca ihtar puanı almayan ve izlemleri tam olan Aile hekimlerine ekstra hizmet puanı verilmesi gibi).

Performans kesintileri elektronik ortamdaki kayıtlar baz alınarak anında işlenmektedir, bu konuda her hangi bir esneklik bulunmamaktadır. Oysa makul açıklaması bulunan kesintilerde aile hekimleri sorunu düzeltmek için uzun süre uğraşabilmektedir.

Yeni yönetmelikte 15-49 yaş Kadın ve loğusa izlemlerinin her ne kadar performans dahil edilmediği izlenimi veriliyorsa da ihtar puan cetvelinde yer alan “Koruyucu hekimlik uygulamalarında verilen görevleri yerine getirmemek” 20 ihtar puanı ile cezalandırılmaktadır. 4.000 nüfusu olan bir hekimin 1.000’e yakın 15-49 yaş kadın nüfusu olacaktır. Bir sözleşme döneminde (2 yılda) yapması gereken 15-49 yaş kadın izlem sayısı 4.000, loğusa izlem sayısı da 200 olacaktır. Bu hekim 4.200 izlemden 5 tanesini yapmadığında (%0.12 başarısızlık oranı) sözleşmesi valilik tarafından feshedilebilir. Bu madde daha açıklayıcı hale getirilmeli ya da başarı oranı % olarak tanımlanmalıdır.

Bazı parametreler hem performans kesintisi ile hem de ceza puanı ile ilişkilendirilmiştir. Performans düşüklüğünde hem ücret kesilerek ceza verilmekte hem de ceza puanı uygulanarak sözleşme feshine kadar gidebilecek süreç başlamaktadır. Bu durumun hukuka uygunluğu gözden geçirilmelidir. Ayrıca ihtar puan cetvelinde yer alan “görevi esnasında ilaç reklamı içeren malzeme kullanmak” gibi bazı yoruma açık ve göreceli hükümlere yer verilmemeli ya da açıklık getirilmelidir. Sağlık hizmeti verilen tüm birimlerde standart bir uygulama getirilmelidir.

Performans kesintileri hem aile hekimleri hem de aile sağlığı elemanlarını kapsadığı halde ceza puanları sadece aile hekimlerine uygulanmaktadır. Yürütülen hizmetin bir ekip çalışması olduğu dikkate alınıp bu durum gözden geçirilmelidir.

GBP’nda %95 oranı başarı olarak görülmekte iken aile hekimleri için %100’ün altı başarısızlık olarak görülmektedir. Koruyucu hekimlik hizmetleri için istenen başarı oranları gözden geçirilmeli ve %95’in üzerinde başarı sağlayanlardan kesinti yapılmamalıdır.

Aşı performans oranı ya aylık tüm aşılardan üzerinden yapılmalı ya da aşılardan ayrı ayrı hesaplanacaksa yıllık yapılmalıdır. Böylelikle aile hekimlerinin bağışıklama başarı oranları daha objektif kriterlerle değerlendirilmiş olacaktır. Özellikle o ay yapılacak aşı sayısının çok az olduğu durumlarda bir tek aşı bile büyük başarısızlık gibi görünen oranlar oluşturmaktadır.

Yaşa özgün erişkin izlemleri, kanser takibi gibi konularda izlem protokolleri oluşturuluncaya kadar ilgili madde uygulama yönetmeliğinden çıkarılmalı, ya da bir genelge ile açıklık getirilmelidir.

Ücret yönetmeliğinde bebek, gebe gibi özellikli gruplara farklı katsayı uygulanmaktadır. Bu grubun kapsamına çocuk yuvaları, yetiştirme yurtları, yaşlı bakımevleri raporla belgelendirilmiş olan özürlü ve yatalak hastaların eklenmesi de düşünülebilir.

Özellikle raporla tespitli kronik hastalıklar ve öncelikler için pozitif performans uygulanmalıdır.

Ceza puanı uygulamasında aile hekimi, TSM, il müdürlüğü müteselsil sıralama takip edilmelidir.

ASM dışı hastaların başka bir ASM'ye başvurularından ayrıca katkı payı alınmalıdır.

Kırsal Bölgeler ve Entegre Hastaneler

Aile hekimliği uygulaması sonrası özellikle ilçe devlet hastanelerinde acilde çalışacak hekim sıkıntısı yaşanmaktadır. Bu nedenle aile hekimlerine nöbet yazılmak zorunda kalmaktadır. Bunun için yapılan mevzuat değişikliklerinin (entegre model) uygulanması ve gerekiyorsa revize edilmelidir.

İlçelere atanan aile hekimliği uzmanları yerleştirmedeki öncelikleri nedeniyle ilk yerleştirmede aile hekimi olmakta ve ilçeden ayrılmaktadır.

Nüfusu az olan kırsal bölgelerde aile hekimliği uygulaması genel manada etkin yürümektedir. Aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde perifer pozisyonlar özellikle ilaca erişim konusu dikkate alınarak yeniden değerlendirilmelidir. Merkez nüfusu az olup periferden toplanan nüfus ile oluşturulan ASM'ler etkin hizmet verememektedir.

Yeni uygulama yönetmeliğinde entegre hastaneler için tanımlanan farklı katsayı uygulaması sıkıntıyı tam anlamıyla çözememiştir. Mevzuat gereği sadece ilçe merkezi entegre kapsamda değerlendirildiğinden yeni açılan pozisyon sayıları hastane hizmetlerinin yürütülmesi için yetersiz kalmaktadır. Bu tür ilçeler periferleri ile birlikte entegre kapsamında

değerlendirilerek yeterli pozisyon oluşturulmalı ve ayrıca TSM personeli bulundurulmamalıdır. Bu ilçelerin sağlık evlerinde bulunan ebe-hemşireler de nöbet sistemine dahil edilmelidir.

Mesleki Eğitimler

Aile Hekimliği uygulama rehberi oluşturulmalıdır. Yeni mezun olan hekimler aile hekimliği uygulaması hakkında kapsamlı bilgi sahibi değildir. Tıp fakültelerindeki aile hekimliği stajlarının müfredat ve kapsamı mevcut uygulamaya uygun hale getirilmelidir. Aile hekimliği uyum eğitimlerinin tıp fakültelerinde de verilmesi sağlanmalı ya da internlerin Sağlık Müdürlüğüne verilen eğitimlere katılma yolu açılmalıdır. Fakülte müfredatlarına İletişim dersleri konulmalıdır.

Alınan mesleki eğitimler hizmet puanlarına ek puan olarak yansımalıdır. Aile hekimleri eğitimlere katıldıkları süre içerisinde performans kesintilerine maruz kalabilmektedir. Bu durum gözden geçirilmelidir.

İl Sağlık Müdürlükleri ve Toplum Sağlığı Merkezleri

Müdürlüklerin saha ziyaretleri kalite ekiplerine emanet edilmiş olup ziyaret sebepleri de genelde denetleme amaçlıdır. Müdürlüğün diğer birimlerinin de ASM'leri ziyaret etmeleri ASM-Müdürlük iletişimi açısından daha verimli olacaktır.

Sağlık müdürlüğü ve sağlık grup başkanlıkları (idarecileri) ek ödeme gelirleri; denetim, mobil, DGT, çevre sağlığı hizmetleri gibi parametreler ile ilişkilendirilmelidir.

Toplum sağlığı merkezlerinin görev yetki ve sorumluluk alanları net değildir. TSM'lerinin görev, yetki ve sorumluluklarının neler olduğu, aile hekimliği sistemi içerisinde denetim yetkisinin sınırları ve yaptırım güçlerinin sınırları (ceza önerme/verme vb) mevzuatta daha net ifadeler ile belirlenmelidir. ASM ve TSM görevleri hakkında belirginleştirilme eğitimlerinin yapılarak, kurumların asli işlerini yapması sağlanmalıdır.

Resmi yazışmaların aile sağlığı merkezleri yerine bire bir aile hekimlerine yapılması zaman kaybına sebebiyet vermektedir. Bu yazışmalar AHBS üzerinden online yapılabilir.

Aile hekimi değiştirme yaşı ile ilgili açıklayıcı mevzuat bulunmaması nedeniyle özellikle yatılı okullarda okuyan 18 yaşını doldurmamış kişilerin aile hekimi değiştirme mevzusu tartışma konusu olmaktadır. Bakanlık görüşüne ihtiyaç duyulmaktadır.

Benzer şekilde askerlerin kayıtları esnasında ikametgâh istenmekte ancak askeriye'den ikametgâh alınamamaktadır. Askeriye'den alınacak bir belge, askeri sağlık karnesinin fotokopisi ya da beyanla kayıt yapılabilmelidir.

Tıbbi atık ücretleri ile ilgili her ilde farklı komisyon kararları mevcuttur. Özellikle ilçelerde tıbbi atıkların toplanması ve imhası için Belediyelere ücret ödenmekte ancak atıklar toplanmamaktadır.

Diğer Tespitler

Koruyucu sağlık hizmetlerinde vatandaşa da sorumluluk yükleyecek düzenlemeler yapılmalıdır. Örneğin davet edildiği halde bebeğini aşı ve izleme götürmeyen aile fertlerine veya izleme gitmeyen gebe, 15-49 yaş kadınlara acil sağlık hizmetleri dışında katkı artırımını ya da izlemlerini düzenli yaptıranlara katkı indirimi şeklinde düzenleme düşünülebilir.

Aile hekimleri dışında yapılan aşılarda (özel hastaneler, muayenehaneler vs) GBP'ye uygun aşı yapılması, aşı ve izlemlerin aile hekimlerine bildirilmesi zorunlu hale getirilmelidir.

Akılcı ilaç kullanımı konusunda adımlar atılmalıdır. Düzensiz ilaç kullanan vatandaşlar aile hekimleri tarafından bilinmektedir. Bunun için AHBS'de bir açıklama alanı oluşturulup SGK ile paylaşılması sıkıntıyı azaltabilir.

Ücretlerdeki düşüş, performans kesintileri, ceza puanları ve bazı Müdürlüklerin standart olmayan yaklaşımları aile hekimlerinde memnuniyetsizliklere neden olmaktadır. Bu durum uygulamanın sağlıklı sürdürülmesi ve geleceği açısından önem arz etmektedir. Sınıflandırma denetimleri sınıflandırmama mantığı üzerine kurulmuştur. İllerdeki bu yaklaşım ıslah edilmelidir. ASM denetimleri karşılıklı saygı ve anlayış çerçevesi içinde yapılmalıdır. AH'leri motive edilmelidir.

Müdürlükler arasında hatta TSM'ler arasında uygulama birliği bulunmamaktadır. Uygulamada iller arası farklılıklar göze çarpmaktadır. İl müdürlükleri mevzuat bilgisine sahip olmalı ve sistemi işler halde tutmak için Aile Hekimlerine ve TSM'lere destek vermelidir.

Sağlık Bakanlığı ve sağlık müdürlüklerinin her şubesinden değişik emir ve talimatlar verilmesinin engellenmesi, her emir ve talimatın koordineli bir şekilde aile hekimliği şubelerinden çıkmasının sağlanması gerekmektedir.

Personel çalıştırma ile ilgili hükümler netleştirilmeli, ayrıca çalıştırılan (ebe, tıbbi sekreter vb) nitelikli personelin asgari ücretin üzerinde maaş alması için limit belirlenmeli, oluşacak fark kadar da cari giderlere eklemeye yapılmalı.

Aile hekimlerinin aile sağlığı merkezlerinde hizmet verdiği kişilerden herhangi bir ücret almaması, sadece değişik ölçülere göre değişebilen farklı ücretlerle çalışıyor olmaları nedeniyle Vergi dairelerine karşı bu konuda bir yükümlülüğün olmaması gerekir. Aile hekimleri söz konusu olan 91 Seri No'lu Katma Değer Vergisi Genel Tebliği kapsamı dışında olduğunu ortaya koyan Bakanlık- Bakanlıklar (Maliye- Sağlık) mevzuat açıklamasına ihtiyaç vardır.

Tartışma

Yapılan yerinde değerlendirme çıktılarının değerlendirilerek, uygulamanın bu verilere göre şekillendirilmesi yerinde olacaktır. Ayrıca, performans düşüklüğü, ihtar puanı, maaş kesintisi gibi cezalandırıcı gibi algılanan uygulamalardan vazgeçilmeli, bunun yerine teşvik edici ek ücretler şeklinde düzenlemeye gidilmelidir.

Halen el ile doldurulacak formlar talep edilmektedir. Bunun bir an önce önüne geçilmesi gerekir.

Aile hekimi kendi isteği dışında haftalık 40 saat üzerinde çalışmaya zorlanmamalıdır. Aile hekimine sürekli yeni görevler yüklenmemelidir. Çok sayıdaki görevler nedeniyle asıl görevlerdeki kalite düşecektir.

AH'lerinin verdiği raporlar: Bu konuda 5258 sayılı Kanun çok genel bir düzenleme getirmektedir. Yönetmelik ve genelgelerle detaylandırılarak raporlar için bir rehber oluşturulması ve içeriğinin Bakanlık tarafından belirlenerek AHBS üzerinden doldurulması ve çıktı alınması yerinde bir uygulama olacaktır. AH'nin düzenlediği istirahat raporu ve reçetelerin Medula Sistemine entegrasyonunun sağlanarak, kişilerin reçete ibraz etmek zorunda kalmadan ilaçlarını almasının, rapor ibraz etmeden geçici iş göremezlik ödeneklerinin ödenmesinin sağlanması önerilir. Değişik yerlerden, farklı taleplerle raporlar istenmektedir. Raporları bütün yönleriyle ele alan bir çalışma ilgili kurumlarla birlikte yapılmalıdır. İlk aşamada ise, sadece öykü, fizik muayene ve basit laboratuvar tetkikleri ile "Sağlıklıdır" raporunun verilmesinin anlamsız ve gereksiz olduğu konusunda kurum ve kuruluşla bilgilendirilmeli, talep edilen raporlar kaldırılmalıdır. Amatör olarak yapılacak tüm spor ve

benzeri aktiviteler için, kişinin kendi sorumluluğunda yapması gerektiği konusunda bilgilendirme yapılması, profesyonel aktiviteler için ise ilgili branş uzmanına yönlendirilmesi yerinde olacaktır.

Evde bakım hizmetlerinde hizmetin sınırları net değildir. Suistimale açıktır. AH'lerinin eve gitmesinde güvenlik sorunu yaşanma riski mevcuttur. İlgili mevzuatın uygulamalarda yaşanan tecrübeler dikkate alınarak tekrar düzenlenmesi gereklidir.

İlçelere atanan aile hekimliği uzmanları yerleştirmedeki öncelikleri nedeniyle ilk yerleştirmede aile hekimi olmakta ve ilçeden ayrılmaktadır. Entegre ilçe hastanelerinde aile hekimliği uzmanlarının kalmalarını sağlamak için, bölgeye göre maddi destek, yüksek hizmet puanı ve belli süre sonunda istediği ildeki pozisyonlarda öncelik verilmesi ile ilgili özendirici tedbirler alınmalıdır.^{2,3}

Farklı uygulamaların önüne geçmek ve aile hekimlerinin ortak dili kullanmalarını sağlamak amacıyla aile hekimi uygulama rehberi oluşturulmalıdır.

Aile hekimliği uygulaması, koruyucu önlemler, denetim sistemi ve ödeme sistemlerin yerinde incelenmesi ve elde edilen sonuçların yeniden değerlendirmelerin yapılması ile hızla gelişerek, dünya örneklerinde olduğu gibi ihtiyaçlara göre şekillenebilecektir.^{4,5,6,7}

Kaynaklar

1. Ayyıldız O, Çiçek M. E, Eğici M. T, Küçük T, Küçükyılmaz Ü, Şen Hüseyin, Örnek M, Yıldırım O. Aile hekimliğinde yaşanan sorunlar ve çözüm önerileri, İzmir, 25-29/07/2011,
2. Üstü Y., Uğurlu M, Örnek M, Sanisoğlu S.Y, "2002-2008 Yılları arasında Erzurum bölgesinde birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi", *Balkan Med J* 2011; 28: 55-61
3. Uğurlu M, Y. Üstü Y, Sanisoğlu S. Y, "Türkiye Cumhuriyetinde kırsal bölgelerde sağlık hizmetlerinin sunulmasında yeniden yapılandırma mümkün mü?" *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2010; 30(3):932-939.
4. Top M. Priority Setting in Health Servi.ces:General Overview an Learning From International Experince for Turkey, *Sağlık ve Toplum*, 2003; 13(1):p.7.
5. Korukluoğlu S., Üstü Y., Kasım İ., Doğusan A. R., Hacıımamağaoğlu A., Editor: Aydın S., *Family Medicine, The Turkish Model, Published by the Ministry of Health of Turkey, 1st ed. Çetin Ofset, Ankara 2006, p.66- 74 -76-79-85-88-89.*
6. Akdağ R., *Health Transformation Programme, Published by the Ministry of Health of Turkey, 1st ed. Ankara 2003, p. 2.*
7. Dikici M.F., Kartal M., Alptekin S., Çubukçu M., Ayanoğlu A.S., Yarış F., Concepts, task in family medicine and history of the discipline: medical education, *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2007;27(3): 412- 18. [in Turkish]

Yazışma Adresi / Correspondence:

Uzm. Dr. Yusuf ÜSTÜ,

Ankara Atatürk EAH Aile Hekimliği Kliniği Eğitim Görevlisi

e-posta: dryustu@gmail.com