

ARAŞTIRMA MAKALESİ

30 Ekim 2024 Tarihli Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği Değişikliklerinin Sağlık Sistemine Yönelik Analizi*Pelin YILIK¹, Umut BEYLİK²***ÖZ**

Amaç: Bu çalışma aile hekimliği sözleşme ve ödeme yönetmeliğinde reformist sayılabilecek değişikliklerin mevcut sağlık sistemi ile uyumunu değerlendirmek ve etkilerini analiz etmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Çalışma verileri Sağlık İstatistikleri Yıllıkları, TÜİK sağlık verileri, OECD Sağlık Verilerinden temin edilmiş olup ayrıca 30 Ekim 2024 tarihli Resmi Gazete’de yayınlanan ilgili yönetmelik değişiklikleri değerlendirilmiştir. Öncelikle aile hekimliği sisteminin sağlık sistemindeki mevcut konumu sağlık istatistikleri üzerinden analiz edilmiş ve daha sonra yeni düzenlemelerin sağlık sistemine etkileri analiz edilerek mevcut durum ile uyumu değerlendirilmiştir.

Bulgular: Sonuç olarak yeni düzenlemelerin birinci basamak sağlık hizmetlerinde kalite ve kapsam açısından katkı sağlarken yataklı tedavi kurumları ile koordinasyon ve entegrasyonuna dikkat çekilmiştir.

Sonuç: Aile hekimliği sisteminde çalışanların ücretlendirilmesinin cezalandırıcı mekanizmalar yerine değer bazlı ödüllendirici sistemlere yönltilmesi ile bu yaklaşımın üst basamak sağlık hizmetlerinde geri ödeme ve performansa dayalı ödeme sistemlerine de uygulanması önerilmektedir. Sevk sistemi kademeleri olarak mutlaka hayata geçirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği; Sağlık Politikası; Sağlık Sistemi Planları

Analysis of the Family Medicine Contract and Payment Regulation Changes Dated 30 October 2024 on the Health System*Pelin YILIK¹, Umut BEYLİK²***ABSTRACT**

Aim: This study was conducted to evaluate the compatibility of reformist changes in the family medicine contract and payment regulation with the current health system and to analyze their effects.

Methods: The study data were obtained from Health Statistics Yearbooks, TÜİK health data, OECD Health Data, and the re Levant regulation changes published in the Official Gazette dated October 30, 2024 were also evaluated. First, the current position of the family medicine system in the health system was analyzed through health statistics, and then the effects of the new regulations on the health system were analyzed and their compatibility with the current situation was evaluated.

Results: As a result, while the new regulations contribute to the quality and scope of primary health care services, attention is drawn to their coordination and integration with inpatient treatment institutions.

Conclusions: It is recommended that the compensation of employees in the family medicine system be directed to value-based rewarding systems instead of punitive mechanisms, and this approach is also applied to reimbursement and performance-based payment systems in upper-level health services. The referral system should definitely be implemented as stages.

Keywords: Family Practice; Health Policy; Health Systems Plans,

¹Türkiye Büyük Millet Meclisi Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu, Türkiye.

² Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Ankara, Türkiye.

Sorumlu Yazar: Umut BEYLİK

E-posta adresi: umut.beylik@sbu.edu.tr

Gönderi Tarihi: 30.12.2024

ORCID No: 0000-0002-4950-9604

Kabul Tarihi: 27.02.2025



GİRİŞ

Dünya Aile Hekimleri Örgütüncü aile hekimi; yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın tıbbi yardım veya destek ihtiyacı olan bireylere kapsamlı ve sürekli olarak bakım veren, aile hekimliği disiplinin prensiplerine uygun eğitim almış uzman hekimlerdir. Aile hekimleri sağlık hizmeti verdikleri hastalara bulundukları bölgedeki sosyo-kültürel özellikleri dikkate alarak hizmet sunarlar. Aile hekimleri; hastalıklardan birey ve toplumu koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri sunarak hem mesleklerini icra ederler hem de sağlık sisteminin iyileşmesine katkı sunarlar (1).

Aile hekimliği hastalarla ilk karşılaşma noktası olması yanı sıra erişiminin kolay, süreklilik ve bütüncül bir yaklaşım sergilemesi onu diğer tıp disiplinlerinden farklı kılmaktadır. Aile hekimliği ile yataklı tedavi hizmetlerine göre sağlığı geliştirme, koruma, önleme ve tedavi, bakım ile rehabilitasyon hizmetlerini entegre ve koordine etme gibi hizmetler ön plana çıkarak sağlık hizmetleri bütüncül ve etkili bir şekilde gerçekleştirilmektedir (2). Aile hekimleri; çalıştığı ildeki Aile Sağlığı Merkezi'ni (ASM) yönetmek, ekip arkadaşlarını yönlendirmek ve izlemek, onların hizmet içi eğitimlerini sağlamak, kendisine

kayıtlı olan kişileri bir bütün olarak ele almak, Sağlık Bakanlığınca yürürlüğe konulan özel sağlık programlarını kendisine kayıtlı olan nüfusa uygulamak, bireye yönelik sağlık hizmetlerini ekip anlayışı içerisinde sunmak gibi temel işlevleri bulunmaktadır (3).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölge Komitesi tarafından 1998 yılında “21. yüzyılda 21 Hedef”i kabul edilmiştir. Türkiye, bu hedefler doğrultusunda, Avrupa Birliği Sağlık Mevzuatı'na uyum sağlamayı amaçlayan stratejik planlamasını 2001'de gerçekleştirmiş ve 2003 yılında Dünya Bankası destekli olarak Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı (SDP) uygulamaya başlamıştır (4). 2003 yılında ilan edilen ve SDP çerçevesinde belirlenen sekiz bileşenden biri ‘Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği’dir (5). SDP çerçevesinde 24 Kasım 2004 tarihinde 5258 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” yürürlüğe girmiştir. Kabul edilen bu kanun ve bu kanun kapsamında yayımlanan iki yönetmelikle Türk Aile Hekimliği Sistemi düzenlenmiştir (6). Aile hekimliği pilot uygulaması 15 Ekim 2005'te Düzce'de başlatılmış, 2006 yılında 7 (yedi) ilde, 2010 yılında ülkenin

tamamında yaygınlaştırılarak sağlık ocakları ve evleri kapatılmıştır. Böylece, birinci basamak sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı ASM ve Toplum Sağlığı Merkezlerinde (TSM) sunulmaya başlanmıştır (7).

Aile hekimliği merkezlerinin gruplandırılmasına yönelik iş ve işlemler 28 Nisan 2023 tarih ve 32174 sayılı “Aile Hekimliği Uygulaması Yönetmeliği” kapsamında yürütülmektedir. Gruplandırma işlemi sonrası ödeme iş ve işlemleri ise 30 Haziran 2021 tarih ve 31527 sayılı “Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği” kapsamında yürütülmektedir (8). Söz konusu yönetmelikler kapsamında, sağlık merkezinin giderlerinin ödenmesine yönelik olarak, aile hekimliği birimlerinin gruplandırılmasına gerek duyulmuştur (9).

Bu çalışmanın amacı 30 Haziran 2021 tarih ve 31527 sayılı “Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği”nde 30 Ekim 2024 tarihinde yapılan değişikliklerin (10) sağlık sistemine olası etkilerini değerlendirmektir.

YÖNTEM

Çalışmada öncelikle Türkiye’de uygulanan aile hekimliği sisteminin mevcut durumu ve gelişimi

ortaya konmuştur. Bu amaçla Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllıkları, TÜİK ve OECD sağlık verileri değerlendirilmiştir. Daha sonra 30 Ekim 2024 tarihli Resmi Gazete’de yayınlanan ilgili yönetmelik değişikliklerinin sağlık sistemine etkileri; sunulan hizmetin miktarı (nicelik), kalitesi (nitelik) ile aile hekimi ve aile sağlığı çalışanları kapsamında ortaya koyacakları aktarılmıştır. Tartışma bölümünde ise sağlık istatistikleri kapsamındaki Türk Aile Hekimliği mevcut durumunun ortaya koyduğu ihtiyaçları yönetmelik değişiklikleriyle ne düzeyde karşılanabildiği aktarılmıştır. Son olarak sonuç ve öneriler bölümüyle mevcut değişiklikler geleceğe yönelik beklentiler ile akabinde sağlık sistemine yönelik tavsiyelerde bulunulmuştur.

30 Ekim 2024 tarihli Resmi Gazete’de yayınlanan Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği değişiklikleri çalışmanın odaklandığı temel doküman olup bu değişikliklerin etkilerinin çıkarımsal analizi yapılırken sağlık istatistikleri kapsamında uygunluğu ve genel olarak beklenen etkileri değerlendirilmiş, mevzuatsal ifadeler kullanılmamıştır.

Çalışma kapsamında temin edilen veri ve bilgiler kamuoyuna açık olması nedeniyle etik ve idari izin alınmasına gerek duyulmamıştır.

BULGULAR

Sağlık İstatistikleri Kapsamında Aile Hekimliği Mevcut Durum Analizi

Aile hekimliği birimi sayısı 2022 yılında 27.762 iken %1’lik artış göstererek 28.054’e yükselmiştir.

Tablo 1’de birinci basamak ve acil hizmet

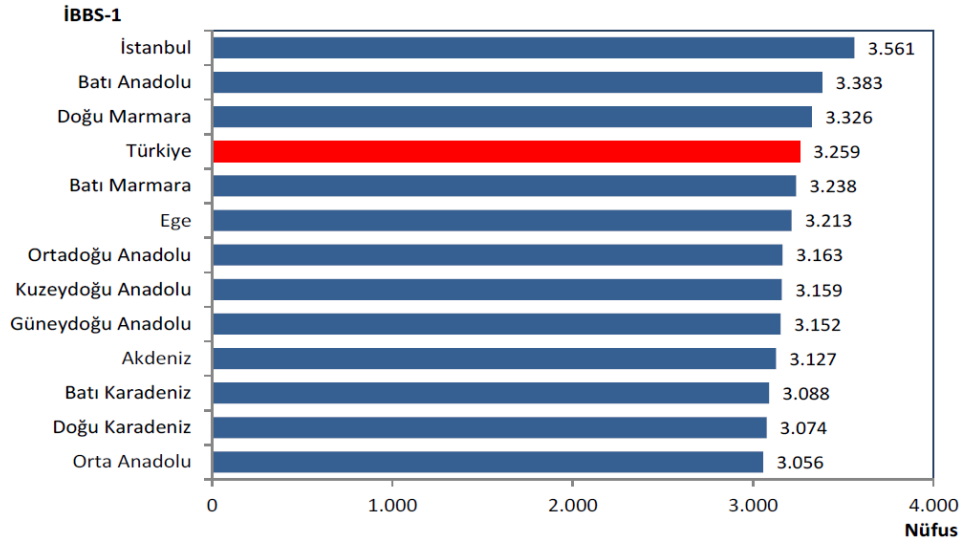
altyapısına yönelik 2023 yılı sayısal verileri gösterilmiştir.

Şekil 1’de İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırmasına (İBBS-1) göre 2022 yılı aile hekimi başına düşen nüfus gösterilmiştir. Türkiye ortalaması 3.259 olup en yüksek veri 3.561 ile İstanbul’a, en düşük veri ise 3.056 ile Orta Anadolu’ya aittir.

Tablo 1. Birinci Basamak Kurum ve Acil Hizmet Altyapı Sayıları, Sağlık Bakanlığı, 2023

	2023
Aile Hekimliği Birimi	28.054
Aile Sağlığı Merkezi	8.163
Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) ¹	973
Sağlık Evi	4.909
Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı Birimi (ÇEKÜS) ²	93
Verem Savaş Dispanseri (VSD)	173
Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) ³	381
Halk Sağlığı Laboratuvarları	84
Acil Yardım İstasyonu	3.420
Acil Yardım Ambulansı	5.908

[Kaynak: (11)]



Şekil 1. İBBS-1’e Göre Aktif Çalışan Aile Hekimi Başına Düşen Nüfus, 2022. [Kaynak: (12)]

2023 yılında kurum türlerine göre toplam ve kişi başı hekime müracaat sayılarının verildiği Tablo 2’ye göre aile hekimliğine müracaat sayısı tüm birinci basamağa yapılan müracaat sayısının neredeyse tamamını (%99) oluşturmaktadır. Bununla birlikte ikinci ve üçüncü basamak kişi başı hekime müracaat sayısı aile hekimliğinden 1,33 kat fazla olup aile hekimliği müracaatları tüm

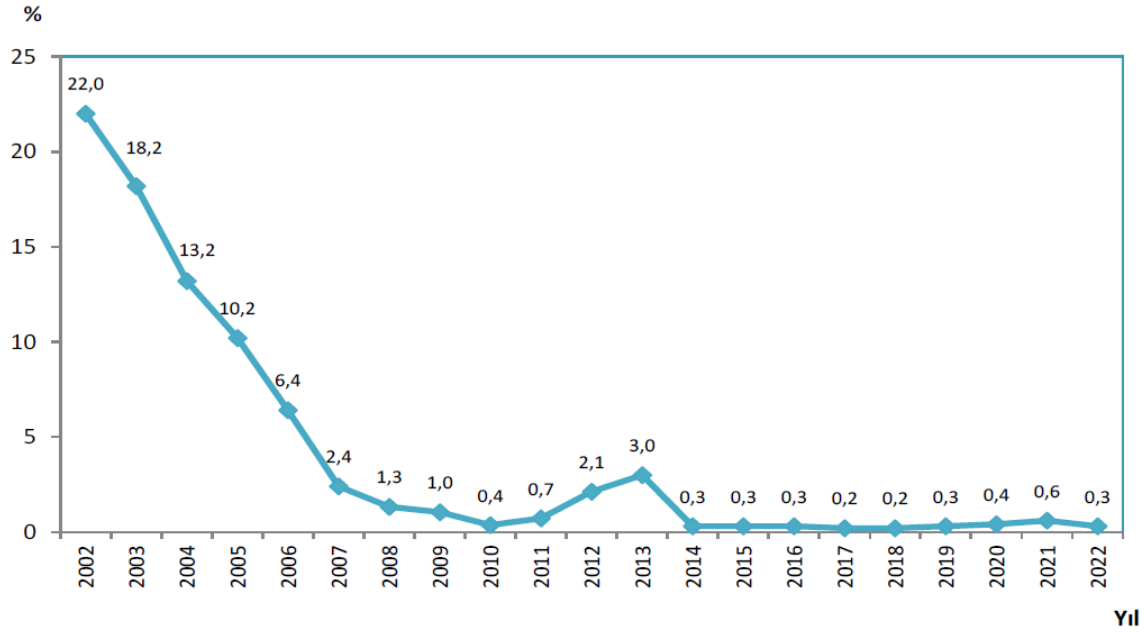
müracaatların yaklaşık %43’üne karşılık gelmektedir.

Şekil 2’de yıllara göre aile hekimliği birimi sevk hızları gösterilmiştir. 2014 – 2022 yılları arası durağan bir görüntü sergilemekte olan sevk hızı son yıl verisi %0,3 olarak gerçekleşmiş olup SDP öncesine göre 70 katın üzerinde düşmüştür.

Tablo 2. Kurum Türlerine Göre Toplam ve Kişi Başlı Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler, 2023

	Hekime Müracaat	Kişi Başlı Hekime Müracaat
Aile Hekimliği	416.806.846	4,9
Verem Savaş Dispanseri	801.314	0,05
ÇEKÜS*	219.162	
TSM’ler Tarafından Yapılan Diğer Muayeneler*	2.511.557	
Özel Poliklinikler	782.357	
Birinci Basamak Toplamı	421.121.236	4,9
Özel Tıp Merkezleri	14.872.035	0,2
Hastaneler	537.525.816	6,3
Sağlık Bakanlığı	424.550.715	5,0
Üniversite	45.534.172	0,5
Özel	67.440.929	0,8
İkinci ve Üçüncü Basamak Toplamı	552.397.851	6,5
Genel Toplam	973.519.087	11,4

[Kaynak: (11)]



Şekil 2. Yıllara Göre Aile Hekimliği Birimi Sevk Hızı, (%), Sağlık Bakanlığı. [Kaynak: (12)]

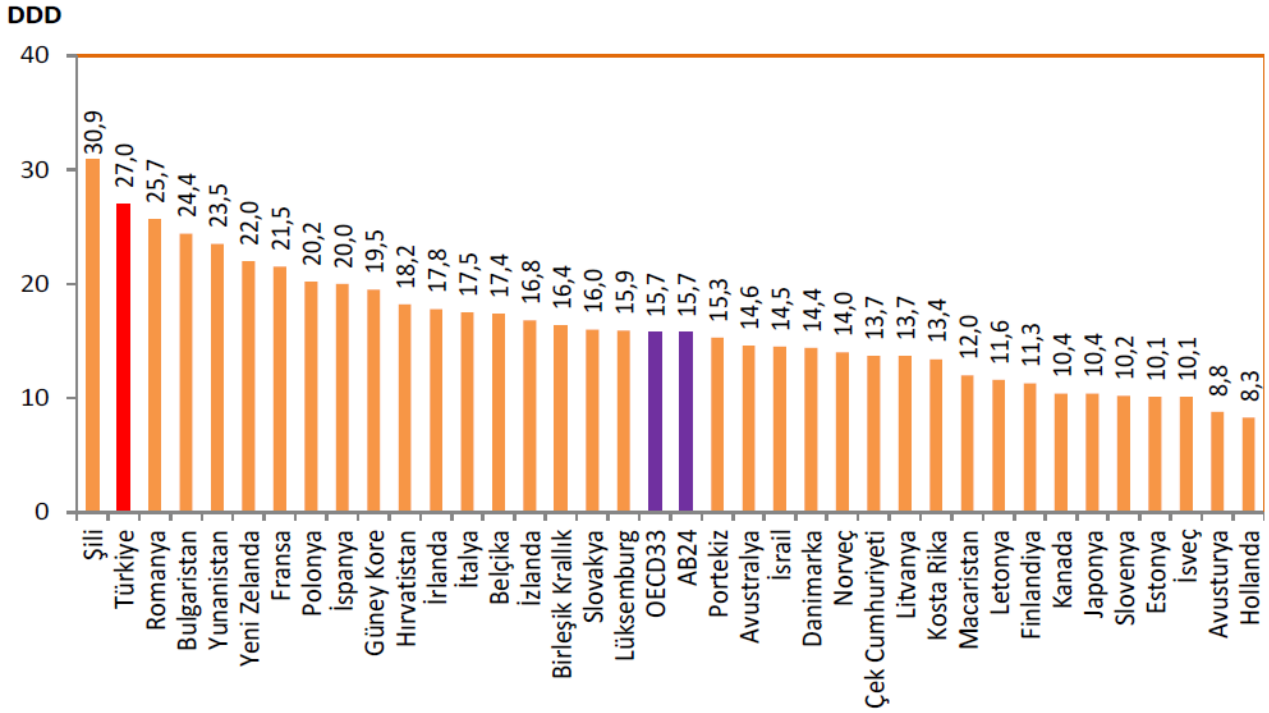
Sağlık kuruluşlarının hizmetlerinden memnuniyet oranının gösterildiği Tablo 3'te ASM'ler %68 ile kurum doktorlarından sonra en fazla memnuniyet oranına sahip sağlık kuruluşu olarak dikkat çekmiştir.

1.000 Kişiye Düşen Günlük Antibiyotik (Anatomik Terapötik Kimyasal (ATC-J01)) Tüketim Miktarının Tanımlanmış Günlük Doza (DDD) göre 2021 yılı Uluslararası Karşılaştırması Şekil 3'te verilmiş olup, Türkiye dünyada Şili'den sonra en yüksek veriye sahiptir.

Tablo 3. Sağlık Kuruluşlarının Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı, (%), 2022

	Memnun	Orta	Memnun Değil	Fikri Yok
Hastaneler				
Devlet	65,8	16,0	17,6	0,6
Şehir Hastanesi	64,3	15,7	20,0	0,0
Üniversite	64,7	18,1	16,8	0,4
Özel	58,2	17,5	23,9	0,3
Aile Sağlığı Merkezi	68,0	14,9	16,8	0,3
Özel Poliklinik/Tıp Merkezi	47,4	8,7	43,9	0,0
Kurum Doktoru	69,5	5,9	24,6	0,0
Özel Muayenehane	28,7	32,2	39,1	0,0

[Kaynak: (13)]



Şekil 3. 1.000 Kişiye Düşen Günlük Antibiyotik (atc-j01) Tüketim Miktarının Uluslararası Karşılaştırması, DDD, 2021. [Kaynak: (14)]

2019 – 2022 yılları arası Birinci Basamak Reçetelendirmelere Ait OECD Klinik Kalite Göstergeleri Türkiye verileri Tablo 4’te belirtilmiştir. Bu kapsamda reçetelerde sistemik antibiyotikler ile diyabet hastalarında kolesterol düşürücü ilaç oranlarının önemli miktarda artış eğilimi sergiledikleri görülmüştür.

2022 yılında sağlık bakanlığı sağlık personelinin hizmet birimlerine göre dağılımını gösteren Tablo 5’e bakıldığında aile hekimliği birimlerinde görev yapan toplam hekim sayısı hastanelerde görev yapan toplam hekim sayısının yaklaşık %32’sidir. Benzer durum ebe unvanlı aile sağlığı çalışanları için %37, hemşire unvanlı olanlar için ise %7 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 4. Yıllara Göre Birinci Basamak Reçetelendirmelere Ait OECD Klinik Kalite Göstergeleri

Klinik Kalite Göstergeleri	2019			2020			2021			2022		
	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam
Diyabet Hastalarında Kolesterol Düşürücü İlaç Reçete Edilenlerin Oranı, (%)	32,5	30,2	31,2	25,7	23,6	24,5	20,9	20,1	20,4	38,1	34,2	35,9
Diyabet Hastalarında İlk Tercih Antihipertansif İlaçların Reçetelendirme Oranı, (%)	78,3	83,5	81,4	73,4	78,6	76,6	69,4	75,0	73,1	76,0	81,4	79,2
Reçetelendirilen Antibiyotikler Arasında Sefalosporin ve Kinolonların Oranı, (%)	27,3	30,8	29,2	26,6	30,2	28,6	25,3	29,3	27,5	25,3	29,1	27,5
Reçetelenen Sistemik Antibiyotiklerin DDD Miktarları (AHBS'deki Her Bin Kişi İçin)	11,3	12,5	12,0	10,1	11,4	10,8	10,6	11,9	11,3	12,8	14,3	13,6

[Kaynak: (12)]

Tablo 5. Sağlık Personelinin Hizmet Birimlerine Göre Dağılımı, Sağlık Bakanlığı, 2022

	Hastaneler*	Aile Hekimliği Birimi	Diğer Kurumlar	Toplam
Uzman Hekim	45.966	2.908	1.415	50.289
Pratisyen Hekim	17.130	23.263	7.472	47.865
Asistan Hekim	18.837	-	-	18.837
Toplam Hekim	81.933	26.171	8.887	116.991
Toplam Diş Hekimi	5.715	-	6.439	12.154
Eczacı	3.967	-	457	4.424
Hemşire	152.420	10.581	6.587	169.588
Ebe	32.426	12.147	11.369	55.942
Diğer Sağlık Personeli	93.379	1.949	58.034	153.362
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	213.664	19.484	27.352	260.500
Toplam Personel	583.504	70.332	119.125	772.961

[Kaynak: (12)]

Yeni Yönetmelik Değişikliklerinin Etkileri

Burada 30 Ekim 2024 tarihinde yapılan yönetmelik değişikliğine ilişkin hususların sağlık hizmetinin

miktarına, kalitesine ve aile hekimliğinde görev yapanlara olan olası etkileri genel olarak değerlendirilmiştir.

Sunulan Sağlık Hizmeti Miktarı ve Çeşitliliğine Etkisi

Yeni çıkan yönetmelikle aile hekimlerinin görev kapsamına lohusalar alınmış ayrıca önleyici hizmetler de eklenmiştir. Hizmet çeşitliliğinin de artmasıyla birlikte mevcut sunulan hizmet miktarına bu yeni hizmetler kaynaklı ilave hizmetler söz konusu olmuştur.

Aile hekimleri ile aile sağlığı çalışanlarının sözleşmelerinin yenilenmesi görev tanımları ile uyumlu olarak Sağlık Bakanlığınca tanımlanacak performans göstergeleri dikkate alınarak yapılacaktır. Bu kapsamda birinci basamak sağlık hizmetlerinde daha fazla ve çeşitli hizmete bireylerin daha çok erişim sağlanabileceği söylenebilir. Bu durumun da ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin yükünün azalmasıyla sonuçlanabileceği, sağlık sisteminin temel sağlık göstergelerinde (mortalite ve morbidite hızları başta olmak üzere) de iyileşmeye neden olabileceği beklenmektedir.

Aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarının göreve gelmemeleri ve aldıkları disiplin cezaları kapsamında sözleşmelerinin feshedileceği bazı hususlar eklenmiştir. Bu kapsamda hizmet

sunumunun sürekliliği ve sürdürülebilirliği olumlu etkilenebilecektir.

Aile hekimleri muayene sayıları hesaplama yöntemi belirlenmiş olup Türkiye geneli ortalama hedef muayene sayısı hesaplanma yöntemi kapsamında ücretlendirmeyi etkilediği görülmektedir. Bu kapsamda muayene sayılarını artırıcı bir düzenleme olarak birinci basamak sağlık hizmetlerine erişilebilirliği artıracığı değerlendirilebilir.

Hizmet Kalitesine Etkisi

Aile hekimlerinin görev kapsamına lohusaların izleminin eklenmesi kadın sağlığı ve hastalıkları kapsamında anne ve bebek ölüm ve hastalıkları açısından olumlu etki sağlayabilir ve üst basamak sağlık hizmetlerinin yükünü bu kapsamda azaltabilir.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin yanı sıra önleyici sağlık hizmetleri de aile hekimliği görev tanımı içerisine alınmıştır. Bu durumun da birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaygın ve erişilebilir olarak etkililiğini artırabileceği öngörülmektedir.

Aile hekimleri ile aile sağlığı çalışanlarının sözleşmelerinin yenilenmesi görev tanımlarıyla uyumlu olarak Sağlık Bakanlığınca tanımlanacak

performans göstergeleri dikkate alınarak yapılacaktır. Bu kapsamda birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesinde artış olması beklenmektedir. Bu durumun da ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin yükünün azalmasına, sağlık sisteminin temel sağlık göstergelerinde iyileşmeye neden olabileceği söylenebilir.

Aile hekimlerine kayıtlı kişiler için ödenecek ücret kapsamında kayıtlı kişi sayısı 4.000 yerine 3.500'e düşürülen yerlerde hekim başına düşen kayıtlı kişi sayısı düştüğünden hizmet kalitesinin artması beklenebilir.

Aile hekimleri muayene sayıları hesaplama yöntemi belirlenmiş olup Türkiye geneli ortalama hedef muayene sayısı hesaplama yöntemi kapsamında ücretlendirmeyi etkilediği görülmekte olup, daha fazla muayene yapma davranışı neticesinde sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşmesi söz konusu olabilir.

Yapılacak teşvik ödemelerinde Sağlık Bakanlığınca belirlenecek olan antibiyotik başta olmak üzere anti-enflamatuvar, PPI gibi ilaç gruplarının yanı sıra yıllık, dönemlik, birim türü ve/veya bölgesel hedefler ve ödeme ağırlıkları aile hekimlerinin tedaviyle ilgili kararlarında

sınırlandırıcı etki yapması nedeniyle hizmetin kalitesini olumsuz etkileyebilecektir. Her ne kadar akılcı ilaç kullanımı veya gereksiz ilaç yazımının önüne geçilmesine yönelik bir tedbir olarak görünse de birey ve toplum sağlığı açısından riskler içerebilir.

Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Çalışanlarına Etkisi

Lohusa izlemleri ile önleyici sağlık hizmetlerinin görev kapsamına alınması iş yükü artışına neden olacaktır. Aile hekimleri ile aile sağlığı çalışanlarının sözleşmeleri; gebe, lohusa, bebek-çocuk izlemleri, bağışıklama, kronik hastalık tarama ve izlemleri, kanser taramaları gibi koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri kapsamında Sağlık Bakanlığınca ilan edilecek göstergelerden aile hekimliği biriminin aldığı toplam puanın yine Bakanlıkça belirlenecek ve her sözleşme dönemi öncesinde ilan edilecek gösterge hedef puanına eşit olması ya da hedef puanı geçmesi halinde yenilenebilecektir. Daha önce sözleşmeler süresi bittiğinde doğrudan yenilenebilmekte iken yeni yönetmelik ile görev tanımları ile uyumlu performans göstergelerine göre sözleşmelerin yenilenmesi gerçekleştirilecektir. Bu durum çalışanlarda performans kaygısı ile hareket

etmelerine neden olabileceğinden hizmet sunum kalitesi ve miktarı açısından davranış farklılıkları doğurabilir.

Aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarının görev gelmemeleri ve aldıkları disiplin cezaları kapsamında sözleşmelerinin feshedileceği bazı hususlar eklenmiştir. Bu kapsamda çalışanlar açısından daha denetimli ve disiplinli hizmet sunulması ön plana çıkarılmıştır. Bununla birlikte çalışanlar açısından iş güvencesi için yeni kurallara (devlet memurlarında zaten mevcut olan) uyum sağlanması beklenmektedir.

Aile hekimlerine kayıtlı kişiler için ödenecek ücret kapsamında kayıtlı kişi sayısı 4.000 yerine 3.500'e düşürülen yerlerde aile hekimi açısından iş yükü azalması olmakla birlikte ücret hesabında bu rakam dikkate alındığı için ücretlerde düşüş olabilir. Aile hekimleri muayene sayıları hesaplama yöntemi belirlenmiş olup Türkiye geneli ortalama hedef muayene sayısı hesaplama yöntemi kapsamında aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarının ücretlendirmesini etkilediği görülmektedir. Bu kapsamda muayene sayılarını artırıcı bir düzenleme olarak aile hekimlerini motive edebilir.

Yapılacak teşvik ödemelerinde Sağlık Bakanlığınca belirlenecek olan antibiyotik başta olmak üzere anti-enflamatuar, PPI gibi ilaç gruplarının yanı sıra yıllık, dönemlik, birim türü ve/veya bölgesel hedefler ve ödeme ağırlıkları aile hekimlerinin tedavi ile ilgili kararlarında sınırlayıcı bir etki gösterebilecek, aile hekimleri reçete yazmakta tereddüt yaşayabilecek ve ikilemde kalabilecektir.

Sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi ödeme göstergesi ile tavan ücretin çarpılacağı oran artırılarak aile hekimleri ile aile sağlığı çalışanları açısından ücret artışı sağlanmıştır.

Aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarına kayıtlı kişi başına ödenecek ücretler kapsamında nüfus grupları bebek ve çocuk yaş grubu daha detaylı ve yüksek katsayılar içerecek şekilde düzenlenmiş olup ücret artışı yönünde bir sonuç doğurmaktadır. Entegre sağlık hizmeti sunulan aile sağlığı merkezlerinde asgari nöbet hizmetleri (5 nöbet veya 96 saat) tanımlanmış olup bunun altında olanlardan ilgili katsayıda %8'lik bir kesinti olacağı belirtilmiştir.

Sözleşmeli aile sağlığı çalışanı yerine geçici aile sağlığı çalışanı görevlendirilmesi durumunda;

kayıtlı kişiler için yapılacak brüt ödeme miktarının %50'si yasal kesintiler yapıldıktan sonra asıl aile sağlığı çalışanına, % 50'si geçici aile sağlığı çalışanına veya geçici aile sağlığı çalışanı olarak bakanlık personeli görevlendirilmiş ise bu personele ödeneceği belirtilmiş olup daha önce brüt ödeme miktarının %25'i dikkate alınması nedeniyle burada da ücret artışı sağlandığı görülmektedir.

Aile sağlığı merkezlerinin hizmet kalitesinin sürekliliği ve sürdürülebilirliği kapsamında bazı giderleri için il sağlık müdürlüğünde döner sermaye hesabı açılacağı ve bu giderler için tanımlanan oranlar dikkate alınarak usul ve esasların Sağlık Bakanlığınca çıkarılacağı (Hazine ve Maliye Bakanlığı onayı aranmaksızın) belirtilmiş olup bu kapsamda yapılabilecek tavan kesinti oranı %12 olarak belirlenmiştir. Bu oran tavandan gerçekleştiği dönemlerde aile hekimliği merkezlerinde çalışanların ücret kaybı söz konusu olabilir.

Aile sağlığı çalışanları açısından doğrudan ilgili olmayan kronik hastalıklara sahip olanlar ile 65 yaş üstü hasta takip veya izlemlerinin performans göstergesi olarak kullanılması da

ücretlendirme açısından doğru bir yaklaşım olarak görünmemektedir. Ayrıca aile hekimleri açısından zorunlu olan bu takip ve izlemler ile muayene sayılarının müracaat edilmemesi veya vatandaşlarca aile hekimi ile iletişim kurul(a)maması gibi nedenlerle de aile hekimi ücretlendirmesi açısından olumsuz sonuçlar doğurabilir.

TARTIŞMA

Yönetmelik değişiklikleriyle aile hekimine kayıtlı kişi sayısının 3.500'e düşürülmesi Tablo 2'deki aktif aile hekimi başına nüfus ile uyumlu bir düzenleme olarak dikkat çekmiştir. Koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli sunulması için bu rakamın daha da aşağılara çekilmesi önem arz etmekle birlikte yeni ve nitelikli aile hekimlerinin sisteme eklenmesi gerekmektedir.

Bu kapsamda Tablo 5'te görüldüğü üzere ülkemizde sağlık personeli çok daha yoğun yataklı tedavi kurumlarında görev yapmaktadır. İş yükü ve iş gücü dengesizliğinin uzun yıllar birikmiş bir sonucu olarak Türkiye'de ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerin hasta ve maliyet yükü sağlık sistemini tıkamaya başlamıştır. Özellikle yataklı

tedavi kurumlarında pek çok hizmette bekleme süreleri halen artmaya devam etmektedir. Benzer şekilde aile hekimliği sisteminden de randevu alma sorunları ortaya çıkabilmektedir. Bu durum sağlık sisteminin kronik bir sorunla baş başa kaldığını göstermektedir. Bu kapsamda aile hekimliği sistemindeki düzenlemeler üzerinden değişiklikler ile çözüme odaklanmak başlangıç olarak doğru olduğu söylenebilir.

Bununla birlikte Tablo 3'ten anlaşılabileceği üzere sağlık sisteminde toplumun memnuniyet düzeyinin en yüksek olduğu kuruluşlar da aile sağlığı merkezleridir. Yapılacak düzenlemelerin koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerini daha kapsayıcı hale getirirken buralarda çalışan hekim ve sağlık personelinin de nicelik ve niteliğini artıracak tedbirler alınmalı, özlük hakları geliştirilmeli, çalışma ortamları azami düzeyde iyileştirilmelidir. Bu kapsamda özellikle ücret kesintilerine yönelik cezalandırıcı düzenlemeler yerine değer bazlı olarak nitelendirilebilecek bu yeni performans göstergelerinin ödüllendirici duruma getirilmesi daha doğru bir yaklaşım olacaktır.

Şekil 2'de görüldüğü üzere aile hekimi sevk hızı 2022'de binde 3 olarak gerçekleşmiştir. Kişi başına

müracaat sayıları 2022'de aile hekimliğine göre yataklı tedavi kurumlarına 1.33 kat daha fazla gerçekleşmektedir. Mevcut sevk hızı ve müracaat sayıları dikkate alındığında hastalar istedikleri basamağa doğrudan başvurabildikleri anlaşılmakta olup sağlık sisteminin en büyük yükünün buradan kaynaklandığı söylenebilir. Her ne kadar ülkemizde kapsayıcı bir genel sağlık sigortası Sosyal Güvenlik Kurumunca uygulansa da tüm sigorta yönetimindeki temel sorun olan moral hazard (ahlaki tehlike) Türkiye'de yoğun olarak bu alanda yaşanmaktadır. Vatandaşların sağlanan bu sağlık güvencesi nedeniyle gerek bilgi asimetrisi nedeniyle bilinçsizce gerekse bilinçli olarak sağlık sistemini kendilerince kullanmaya kalkmaları sistemi gittikçe tıkanır hale getirmektedir. Devletin sevk sistemini toplumun alışkanlıkları ile birinci basamağın mümkün olduğunca ücretsizlendirilmesini de sağlayarak topluma adapte etmesi yakın zamanda elzem konular arasında olmak zorunda kalabilir.

Yine Şekil 3 ve Tablo 4'te özellikle antibiyotik kullanım oranlarının ve reçetelendirmesinin artış eğiliminde olduğu görülmektedir. Yeni düzenleme ile aile hekimleri için antibiyotik başta olmak üzere

çeşitli ilaçların reçetelenmesine ilişkin kısıtlayıcı göstergeler söz konusudur. Bu durum gereksiz antibiyotik başta olmak üzere reçeteleme davranışına etki edebileceği düşünülebilir. Ancak birinci basamakta tedavi edilemeyen enfeksiyon hastalıklarının da sonuçları değerlendirilmelidir. Akılcı antibiyotik kullanımına yönelik eğitim ve kamuoyu spotları daha etkili yöntemler olarak kullanılabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bahsedilen bulgu ve tartışmalar ışığında; yeni düzenlemeyle hekim başına düşen hasta sayısını azaltarak vatandaşlarımıza aile hekimliklerince ayrılan süreyi artırılması planlanmış, lohusalar, kronik hastalık ve kanserlere yönelik tarama ve izlemlerin etkin yapılmasını teşvik edilmiştir. Yeni düzenlemeyle birlikte aile hekimine kayıtlı vatandaş sayısını 4000'den 3500'e düşürülerek sunulan hizmetin daha kapsamlı ve kaliteli olması hedeflenmiştir. Yine son düzenleme ile özellikle kronik hastalar, 65 yaş ve üstü hastalarımızın etkin takibi ile hastalığın azaltılmasını ve akılcı ilaç kullanımının özendirilmesini amaçlandığı görülmüştür. Bununla birlikte ilgili yönetmelikteki son düzenlemeler çalışanların iş yükünü artırmış,

izlem ve denetimlerini sıkılaştırmış, ücretlendirilmeleri performanslarına göre kesintilerle tanımlanmış, iş güvenceleri de performansları ile ilişkilendirilmiştir.

Sağlık sistemi ve aile hekimliği sistemi ile ilgili aşağıdaki hususlar önerilmektedir:

- Sevk sistemi toplumun adapte olabileceği şekilde zamana yayılarak hayata geçirilmelidir. Basamaklar arası koordinasyon ve entegrasyon sağlanmalıdır.
- Aile hekimi ve aile sağlığı çalışanları nicelik ve nitelik olarak artırılmalı, ücretlendirilmeli cezalandırıcı olarak değil (kesinti, sözleşme feshi), ödüllendirici mekanizmalarla tanımlanmalıdır. Çalışma ortamları iyileştirilmelidir.
- Sağlık sisteminin bütüncül olması unutulmamalı, bir an önce yataklı tedavi kurumlarında da niceliksel geri ödeme ve performansa dayalı ödeme yerine değer bazlı geri ödeme ve performansa dayalı ödeme modelleri tasarlanmalıdır.

- Aile hekimliği sistemi için de kalite ve akreditasyon standartları oluşturulmalı bağımsız denetimler gerçekleştirilmelidir.
- Türkiye’de hasta memnuniyet oranı en yüksek olan aile hekimliği sistemi güçlendirilirken yataklı tedavi kurumlarında düşen hasta memnuniyeti, erişim ve kalite sorunları reformist yaklaşımlarla yeniden ele alınmalı, kurumsal yapılar ve düzenlemeler baştan tasarlanmalıdır.
- Akılcı ilaç kullanımına yönelik faaliyetler sağlığın geliştirilmesi ve halk sağlığı uygulamalarının ürünü olarak kamusal eğitimler ve kamuoyu spotları ile desteklenmelidir.
- Yaşlanan nüfus ve kronik hastalıklara yönelik bakım ve tedavi merkezleri yeni yatırım başlıkları arasında ön sıralarda yer almalıdır.
- Doğurganlık hızını teşvik edici, sezaryen oranını düşürücü tedbirler bir an önce alınmalıdır.

KAYNAKLAR

1. World Family Doctors (WONCA). Aile Hekimliği Avrupa Tanımı. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları-4; 2011.
2. Akdağ R. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri (Kasım 2002 – 2008). Sağlık Bakanlığı; 2008.
3. Ekiyor A. Uyanık H. Aile hekimliği uygulamasında hizmet sunucuların memnuniyet düzeylerinin demografik özellikler açısından farklılıkları. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi; 2018; 4(1), 94-108.
4. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. 21 Hedefte Türkiye Sağlıkta Gelecek; 2007
5. Çilhoroz Y. Arslan İ. Sağlıkta dönüşüm programının değerlendirilmesi nitel bir araştırma-evaluation of health transformation program practices: a qualitative research on academics. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi; 2018; 10(26), 810-798.
6. Öztekin Z. Sağlıkta dönüşüm ve aile hekimliği. Toplum Hekimliği Bülteni; 2006; 25(2), 1-6.
7. Gökçe E. Bir üniversite aile hekimliği polikliniğinin hasta profili ve başvuru nedenleri. Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi, 2015.
8. Yılmaz E. Türkiye’de Aile Hekimliği Sisteminin Gelişimi. İstinye Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2023.
9. Resmi Gazete. Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği. 31527; 2021.
10. Resmi Gazete. Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 32707; 2024.
11. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023 Haber Bülteni; 2024.
12. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022; 2023.
13. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Yaşam Memnuniyeti Araştırması; 2022
14. OECD. Health Data; 2023. Erişim: 19.12.2024, https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en.html