

CEP ÜNİVERSİTESİ

Aile Hekimliği

II

Yayın Sorumlusu

HALÛK ÇAĞLAYANER

Yazarlar

ALEV ÖNDER • ERDEM BİRGÜL • ESRA SAATÇİ
FÜSUN ŞENER • GÜLSEN CEYHUN • HAKAN SEZER
LEVENT HEKİMOĞLU • ZERRİN BAŞER

İ l e t i ş i m Y a y ı n l a r ı

C E P Ü N İ V E R . S İ T E S İ

İletişim Yayıncılık A.Ş. adına sahibi: Tuğrul Paşaoğlu
Genel Yayın Yönetmeni: Fahri Aral
Yayın Danışmanı: Ahmet Insel
Görsel Tasarım: Ümit Kıvanç
Kapak İllüstrasyonu: Gürcan Özkan
Dizgi: Remzi Abbas
Sayfa Düzeni: Hüsnü Abbas
Baskı: Şefik Matbaası (iç) / Sena Ofset (kapak)

İletişim Yayıncılık A.Ş. • Cep Üniversitesi 156
ISBN 975-470-519-4 • 975-470-517-8 (Tk. No.)
© İletişim Yayıncılık A.Ş. **1996**
Basım: İletişim Yayınları, **1996**
Klodfarer Cad. İletişim Han No.7 34400
Cağaloglu İstanbul, Tel. 0212.516 22 60 - 61 - 62

Birinci basamak sağlık hizmetinin
bütün isimsiz kahramanlarına,
bize, sadece sözleriyle değil,
yaşamlarıyla da örnek olan hocalarımıza.

KISALTMALAR:

AHUD:	Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
AT:	Avrupa Topluluğu
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
PW:	Price Waterhouse, Türkiye Sağlık Sektörü
	Master Plan Etüdü Mevcut Durum Raporu Aralık 1989
TTB:	Türk Tabipler Birliği
TTB PHK:	Türk Tabipler Birliği Pratisyen Hekimler Kolu
I. USK:	I. Ulusal Sağlık Kongresi, Çalışma Grupları Raporları 23-27 Mart 1992
II. USK:	II. Ulusal Sağlık Kongresi, Çalışma Grupları Raporları 12-16 Nisan 1993
USP:	Ulusal Sağlık Politikası
SB:	Sağlık Bakanlığı
SPGK:	Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü
SHMD:	Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum Sağlık Bakanlığı, Ankara Şubat 1992

Kaynak belirtilmemiş şekiller ilgili bölümlerin yazarları tarafından hazırlanmıştır.

YAYIN SORUMLUSU

Dr. Halûk Çağlayaner (aile hekimliği uzmanı)
Lokman Hekim Sağlık Vakfı
AHUD İstanbul Şubesi Yönetim Kurulu Üyesi

YAZARLAR

Alev Önder (uzman psikolog)
Marmara Üniversitesi Eğitim Bölümü

Dr. Erdem Birgül (aile hekimliği uzmanı)
Intermed Sağlık Merkezi
AHUD İstanbul Şubesi Yönetim Kurulu Sekreteri

Dr. Esra Saatçi (aile hekimliği uzmanı)
Çukurova Üniversitesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı

Dr. Füsun Şener (aile hekimliği uzmanı)
Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Şubesi Uzmanı

Dr. Gülsen Ceyhun (aile hekimliği uzmanı)
Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Şubesi Müdürü

Dr. Hakan Sezer (aile hekimliği uzmanı)
Amerikan Hastanesi
AHUD İstanbul Şubesi Denetleme Kurulu Üyesi

Dr. Levent Hekimoğlu (aile hekimliği uzmanı)
Haydarpaşa Numune Hastanesi
AHUD İstanbul Şubesi Denetleme Kurulu Üyesi

Dr. Zerrin Başer (aile hekimliği uzmanı)
Türkiye Aile Plânlaması Vakfı AİDS Projesi Koordinatörü
AHUD Genel Başkanı

İçindekiler

İKİNCİ KİTAP

Sunuş 7

7. BÖLÜM

Sağlık Eğitimi / H. Çağlayaner....8
Hekimlerin Eğitimi....8
Aile Hekimlerinin Eğitimi....10
Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği'nin Çalışmaları....11
Bireylerin ve Toplumun Sağlık Eğitimi....12

8. BÖLÜM

Hasta Hekim İlişkisi ve Tedaviye Uyum/L. Hekimoğlu - H. Çağlayaner....17
Tedaviye Uyum....17
Tedaviye Uyumun İyileştirilmesi....18

9. BÖLÜM

Aile Hekiminin Görevleri / E. Birgül....21
Aile Hekimliğinin Tanımı....22
Veri Toplama ve Kayıt Tutma....22
Koruyucu Hekimlik....22
Sağlık Eğitimi....23
Sağlık Danışmanlığı ve Yönlendirme....24
Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi Hizmeti....24
Kronik Hastalıkların İzlenmesi, Rehabilitasyon ve Yaşlıların Sağlığı....25
Periyodik Muayene....25
Sonuç....26

10. BÖLÜM

Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları / E. Saatçi - H. Sezer....28
İngiltere (Birleşik Krallık)....28
Almanya....30
Fransa....30
İtalya....31
İspanya....32
Portekiz....32
Yunanistan....33
Norveç....33
Polonya....34
Çin Halk Cumhuriyeti....34
Küba....35
İsrail....36
Kanada....36
ABD....36

11. BÖLÜM

Sağlık Bakanlığı'nın Aile Hekimliği Konusundaki Hazırlıkları ve Uygulamaları
G. Ceyhun - F. Şener....40
Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum....40
Aile Hekimliği: Sayılar ve Hedefler....41
Temel Eğitim ve Sürekli Eğitim....42
Pilot Uygulamalar....35

12. BÖLÜM

Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu, Finansmanı ve Aile Hekimliği /
Z. Başer....48
Dünya Uygulamaları....50
Türkiye'de Sağlık Hizmetleri: Mevcut Durum ve Öneriler....53
Aile Hekiminin Sağlık Organizasyonu İçindeki Yeri....58

Sunuş

Aile Hekimliği kitabının ikinci cildini tamamlamanın mutluluğunu yaşıyoruz. Ülkemizde on yıldır uzmanlık eğitimi verilen aile hekimliğinin bir kitabı yoktu, bu iki cilt söz konusu boşluğu doldurmak yolunda atılmış mütevazı bir ilk adımdır. Türkçe aile hekimliği kütüphanesinin ihtiyaçlara paralel olarak hızla gelişeceğini umuyoruz. Kitapların sonunda yararlandığımız kaynakların yanı sıra başvurulabilecek kaynakları da verdik. Tam olmasa da oldukça kapsamlı olan bu bölümlerin bilgisini ya da araştırmalarını geliştirmek isteyenlere yararlı olacağı inancındayız.

Bilimsel merakı yönlendiren başlıca iki soru neden ve nasıldır. Neden aile hekimliği? sorusunun cevabını arayanlar bunu geniş olarak birinci kitapta bulabilirler. Nasıl bir aile hekimliği? sorusunu soranlara ise birinci kitabın son iki bölümü ve elinizde tuttuğunuz kitap cevap verecektir.

Sözlerime son verirken kitabın muhtelif bölümlerini yazan arkadaşlarıma da teşekkürü bir borç bilirim; kitap coşkulu ve sabırlı çalışmalarının meyvesidir.

Dr. Halûk Çağlayaner
Yayın Sorumlusu

7. BÖLÜM

SAĞLIK EĞİTİMİ

Halûk Çağlayaner

"Bildiğimizi sanmamız öğrenmemizi engeller"
Claude Bernard (1)

Hekim ve hâkim Arapça hükm ortak kökünden türemiştir. Hekim kelimesi "hîkmet (bilgelik) sahibi" anlamını da içerir. Türkçede çok yaygın olarak kullanılan doktor kelimesi ise Latince "docere" öğretmek fiilinden türemiştir; öğretici, öğretisi olan anlamlarına gelir. Hekimlik pratiği tıbbî bilgiler toplamına, bu toplam ise bilimsel buluşlar, klinik gözlemler, analiz ve yorumlardan oluşan sonsuz bir zincire bağımlıdır. **(2)** Hekim, sahip olduğu bilgi birikimini meslektaş ve hastalarıyla paylaşmasını bilen, öğretici kişidir. Tıptaki ilerlemeler yeni bilgilerin edinilmesine dayanır; yeni bilgilerin edinilmesi çoğu kez hastaların katkısını gerektiren araştırmalar sayesinde mümkün olur, tıbbî bakımın niteliğinin (kalitesinin) yükselmesi de edinilen bu bilgilerin yayılmasıyla gerçekleşir. **(2)**
Öğretme, eğitme görevi hekimliğin ülkemizde en çok ihmâle uğramış yönlerinden biridir. Ülkemizde hastaneye başvuranların % 90'ının sorunlarının 1. basamakta çözülebileceğini, öte yandan hastanelerimizdeki her 2 yataktan birinin boş olduğunu biliyoruz. (bkz. **1. kitap 1. Bölüm**) Çözüm, hasta ile hekimi buluşturmaktan, birinci basamak sağlık hizmetlerini işler hâle getirmekten geçmektedir. Etkili sağlık eğitimi ancak bireyi çevresiyle bir bütün olarak ele alan ve ona yeterince zaman ayırabilen aile hekimi tarafından verilebilir. Bu eğitim, bedenin işleyişiyle ilgili temel bilgilerin verilmesinden başlayarak aile içi dinamiklerin ve varsa çatışmaların belirlenerek uzmanların katkılarıyla çözümlenmesine kadar bir çok konuyu içermektedir. Aile hekiminin bu eğitici fonksiyonunu gerçekleştirmesi 2. ve 3. basamaktaki *(hastanelerdeki)* tedaviye uyum sorunlarını da azaltacaktır. Kanser ya da hayatı tehdit eden bir kalp hastalığıyla karşı karşıya kalan kişi tek hekimin görüşüyle yetinmek istemez: Bugün, bir sağlık danışmanı (aile hekimi) bulunmayan hasta için bu danışma süreci karmaşık, zaman alıcı ve yıpratıcı olabilmektedir. Aile hekiminin varlığı ve aile ile sağlık camiası arasındaki iletişimi arttırıcı rolü hastalıklarla başa çıkmayı kolaylaştıracaktır.

1 Hekimlerin Eğitimi

Eğitimden söz edildiğinde öncelikle eğiticinin (hekimlerin) eğitimi söz konusu edilmelidir. Ayrı bir kitabın konusu olabilecek temel tıp eğitimine başlıklarla değindikten sonra sürekli eğitim (hizmet içi eğitim) üzerinde durmak istiyoruz:

"- Temel tıp eğitimine klinik eğitimden daha fazla ağırlık vermek,
- Çağdaş eğitim yöntemlerinden çok az yararlanmak,
- Uygulamalı koruyucu hekimlik eğitimi yapmamak,
- Öğrencilere hekimliğin toplumsal yönünü öğretmemek

tıp fakülteleri programlarında; en çok eleştirilen hususlardır."

Ne yazık ki az gelişmiş ülkelerin çoğunda *"tıp eğitimi bütün ülkelerde standart olmalı ve öğrenciler en yüksek tıp teknolojisini kullanmak üzere yetiştirilmelidir"* şeklindeki görüş hâkimdir ve bu ülkeler uluslararası standartı tutmaya özendirilir. İngiliz halk sağlıkçısı Leeson'a göre bu çabalar *"yeni sömürgecilik"* modelidir. **(3)**

Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu 1988 Edinburg Bildirisi şu önerilerde bulunmuştur:

"- Eğitim programları ulusal sağlık sorunlarını ve olanaklarını yansıtmalıdır.
- Program ve sınavlar sadece bilgi saklamayı ve anımsamayı değil, meslekî beceri ve sosyal değerleri de geliştirmelidir.
- Eğitmenler yalnızca uzman olarak değil eğitici olarak ta yetiştirilmelidir.
- Eğitimin yaşam boyu sürmelidir.
- Sürekli tıp eğitimi için sorumluluklar ve kaynaklar belirlenmelidir." **(3)**

Günümüzde, sürekli eğitim olmaksızın hiçbir meslekte nitelikli hizmet vermek imkânı kalmamıştır. Bilimsel teknik yayınlar başdöndürücü bir hızla artmaktadır. **(4) (13. Kutu)** Bu tempoya kişisel çabalarla ulaşmak mümkün değildir. Öncelikler örgütlü bir çalışma ile belirlenmelidir. Aile hekimlerinin meslekî kuruluşu AHUD bu konuda üzerine düşeni yapmaktadır. Sürekli eğitimin önemi sağlık sektörünün diğer kuruluşları tarafından da anlaşılmıştır. TTB Pratisyen Hekimler Kolunun da bu yönde çalışmaları bulunmaktadır.

13. KUTU

BİLİMSEL VE TEKNİK LİTERATÜRÜN ÇOĞALMASI (5)

"Hesap kolaylığı bakımından sadece 10^{13} harf ve 12 sene alalım. Yine, bilim ve teknolojideki gelişmenin sadece ‰1'İ sözü geçen bilimcinin konusunda olsun. Ve yine farzedelim ki bu bilimci dakikada 3.000 harf okusun, ki bu roman okuma hızıdır, bilimsel makale okuma hızı daha yavaştır. Yine farzedelim ki bu bilimci konusundaki tüm bilimsel literatürü yani 10^{10} harfi toplamış, okumaya başlamıştır. Günde 13 saat ve senede 365 gün okumaktadır. 12 yıl sonra son makaleyi ancak bitirecektir, ama o anda görecektir ki, bu süre zarfında yine 10^{10} harflik bir yeni literatür oluşmuştur. (Bu süre günümüzde [1995] 6,5 yıla inmiştir*.) Karşılaştığı sorun sadece yayınların hacmi değil, artma oranının da yükselmiş olmasıdır."

Bilimsel ve Teknik İletişimin En Önemli Noktası. JCR. Licklider

* Oğuz Ş. *İnternet ve Türkiye* Milliyet 20.11.1995.

1. Sağlık Kongresi "Sağlık İnsan Gücü" Grubu *"sürekli eğitimin değerlendirilmesinin bir zorunluluk hâline geldiğini, kredilendirme sisteminin geliştirilmesini ve uygulamaya konulmasını"* kararlaştırmıştır **(5).**

Bu amaçla bir kurul oluşturan TTB, hekimlerin yıl içindeki bilimsel etkinliklerinin kredilendirilmesini kararlaştırmıştır.

Ülkemizde, bu konudaki çalışmalar henüz isteğe bağlıdır. DSÖ ile Avrupa Ulusal Tabip Birliklerinin 22–25 Mart 1995 Londra Forumu'nda AT, hekimlerin sürekli eğitiminin yaşam boyu zorunlu olmasını önermiştir **(6).** İlk adım olarak, sektör kuruluşlarının işbirliği ile önceliklerin belirlenmesi ve özendirici tedbirlerin alınması düşünülebilir (9). Futbol seyircilerinden alınmayan konut fonunun bilimsel kongrelere katılanlardan alınması ülkemizdeki zihinsel iklimin iyi bir ölçütüdür ve katetmemiz gereken yolun ne kadar uzun olduğunu göstermektedir. (*)

*: Kitabın son düzeltmelerini yaparken konut fonunun kaldırılmasını öngören bir kararnamenin Bakanlar Kurulunda kabûl edildiğini öğrendik: Milliyet 22 Mart 1996; 7.

2 Aile Hekimlerinin Eğitimi

1984'te Tababet Uzmanlık Tüzüğünde yer alan aile hekimliği uzmanlığının eğitimine ertesi yıl devlet hastanelerinde başlanmıştır. Bu konudaki temel bilgiler **11. Bölüm**'de yer almaktadır. **Aile hekimliği uygulamasının başarısı büyük ölçüde eğitimin başarısına bağlıdır: Gerekli değişiklikler yapılarak temel tıp eğitimi ve aile hekimliği eğitimi 2. basamak ağırlıklı olmaktan kurtarılmalıdır.**

I) Devlet hastanelerinde aile hekimliği eğitiminden sorumlu koordinatörler, fakültelerdeki ilgili öğretim üyeleri mutlaka aile hekimi olmalıdır. Başka bir formasyondaki koordinatör ve öğretim üyeleri aile hekiminin (hekimliğinin) sorunlarını yeterince bilemedikleri gibi, aile hekimleri (hekimliği) ile çoğunlukla ancak aslî görevlerinden vakit bulabildikleri oranda ilgilenebilmektedirler; bu, söz konusu değerli hocalarımızın tanığı olduğumuz iyi niyetli çabalarından bağımsız bir durum tesbitidir.

II) Aile hekimliği eğitimi veren kuruluşlarda mutlaka bu iş için ayrılmış bir fiziksel mekân bulunmalıdır. Aile hekimliği eğitimi örneğin 2 aylık bir yönlendirme kursu ile başlamalı, bu dönemde aile hekiminin görev alanı, edinmesi gereken beceriler ve rotasyona gideceği klinikler hakkında bilgi verilmelidir. Aile hekimleri haftada bir gün aile hekimliği bölümünde toplanarak haftanın eğitim yönünden değerlendirmesini yapmalı; (neler öğrendik? neleri daha iyi öğrenmeliyiz?) belirlenmiş bir program çerçevesindeki teorik eğitimlerini sürdürmelidirler.

Eğitimin son 1-2 ayı yine aile hekimliği bölümünde geçirilmeli, aile hekimliği uygulamasına, hastaların ve popülasyonun değerlendirilmesine yönelik beceriler kazandırılmalıdır.

Aile hekimliği eğitiminin fiziksel bir merkez çevresinde örgütlenmesi, asistanların motivasyonunu arttıracak, verimi yükseltecek, klasik dal rotasyonlarında bulunmayan **kişilerarası iletişim, aile içi dinamikler** gibi konuların programa dâhil edilmesine olanak sağlayacaktır.

Aile hekimliğinin hastane içinde bir merkeze sâhip olması aile hekimliği kimliğini güçlendirecektir. Diğer dallardaki uzmanlık öğrencileri hastanede çalışmalarını öngören eğitim programlarını sürdürmektedirler. Oysa aile hekimleri aile hekimliği merkezlerinde çalışacak, gerektiğinde ev ziyaretleri yapacaklardır. Aile hekimliği gereğince uygulandığında sağlayacağı katkı

1) Etkili birinci basamak sağlık hizmeti vermek,
2) Kendi kendine bakımı özendirmek ve hayata geçirilmesini sağlamak,
3) Varolan bilgi ve uygulama kolaylıklarını bakımını üstlendiği nüfusa yaymak,

bu nüfusun sağlık hizmetlerinden yararlanmasını kolaylaştırmak olarak özetlenebilir.

2. madde eğitimle davranış değişikliği sağlamayı, 3. madde ise etkili bir iletişim becerisini gerektirmektedir. Bunların gerçekleştirilmesi ancak **güçlü bir aile hekimi kimliğ**inin oluşturulması, iletişim ve eğitimle ilgili becerilerin verilmesi ile gerçekleşebilir.

III) Aile hekimliği uzmanlık eğitimi kamuda, özel sektörde ve sivil toplum kuruluşlarında çalışan, **eğitici aile hekimliği uzmanlarının yanındaki uygulama eğitimi ile tamamlanmalıdır.**

IV- Uzmanlık eğitimi sürekli eğitim ile desteklenmelidir. Sağlık kayıtları ve **iletişim** sürekli eğitimin değişmeyen konuları olmalıdır. Aile hekimliğinin temeli hastayı zaman içinde izleme imkânı veren sağlıklı kayıtlar ve sorun çözmeye yönelik iletişim ve koordinasyondur. **Ülkemizde, hayata geçirilmiş benzeri bir uygulama bulunmadığından başlangıç zor olacaktır. Bu zorluğun aşılamaması zaman içinde aile hekimliğinin etkisiz kalmasına da yol açabilir.**

3 Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği'nin Çalışmaları

1990'da kurulan **AHUD (Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği)**, 1992'de İstanbul, 1995'te İzmir şubeleri açılmıştır. Günümüzde üye sayısı 250'yi aşmıştır. Yeni ve az sayıda üyeye sâhip bir dernek olan AHUD,

- Aile hekimliği perspektifinin birinci basamak sağlık hizmetlerine çözüm getirebilecek yegâne yol olması,
- Üyelerinin özverili çalışmaları ile son 5 yılda birinci basamak sağlık hizmeti tartışma ve arayışlara yön veren kuruluş olmuştur.

AHUD'un 1990'dan bu yana sürdürdüğü faaliyetler şöyle özetlenebilir:

23 – 27 Mart 1992'de *I. Ulusal Sağlık Kongresi*'ne katılmış ve çözüm önerilerini sunmuştur.

12 – 16 Nisan 1993'te *II. Ulusal Sağlık Kongresi*'nde temel sağlık hizmetleri ile ilgili önemli kararların alınmasına katkıda bulunmuştur:

"Kırsal kesimde sağlık evleri ve sağlık ocakları aynen korunmalı; nitelik ve nicelik bakımından mahalli kaynaklardan yararlanılarak geliştirilmelidir."

"Kentlerde aile hekimliği sistemi mutlaka oluşturulmalı ve bu konuda pilot uygulama yapılmalıdır. Mevcut sağlık ocaklarından bu sistem içinde yararlanılmalıdır."

"Aile hekimliği ihtisasına girişte yabancı dil puanı yerine bilim puanı esas alınmalıdır."

15–16 Kasım 1993'de İstanbul'da *I. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi* düzenlenmiştir.

27 Aralık 1994'de İstanbul'da Üniversiteler ve Sağlık Bakanlığı temsilcilerinin katılımıyla *Bir Uzmanlık Dalı Olarak Aile Hekimliği* paneli düzenlenmiş, konuşmalar bir kitapçıkta toplanmıştır.

10–11 Nisan 1994'de İzmir'de *Aşılama* kursu düzenlenmiştir.

17–21 Nisan 1994'de İstanbul'da *Tıpta Bilimsel Araştırma Yöntemleri ve Epidemiyolojiye Giriş* kursu düzenlenmiştir.

16 Haziran 1995'de Edirne'de Trakya Üniversitesi ve Türk-Alman Sağlık Vakfi'nın düzenlediği *II. Türk – Alman Tıp Günleri ve Aile Hekimliği Sempozyu*'muna AHUD da katılmış, panel konuşmaları bir kitapçıkta toplanmıştır.

Dernek 1992'den bu yana, ülke koşullarına uygun bir aile hekimliği müfredatının oluşturulması için çalışmaktadır. Oluşturulan müfredat taslağı Nisan 1995'de üniversite ve eğitim hastanelerine gönderilmiştir.

1994'de Ankara'da başlatılan *aile hekimliği pilot bölge uygulaması* (s. **48-9**) ile ilgili eleştiri ve önerileri kapsayan geniş rapor Sağlık Bakanlığı'na iletilmiştir.

Ülkemizde kurumlaşmanın yetersizliği ve sağlık politikalarının hükümetlere göre değişmesi birinci basamak sağlık hizmetlerini aksatmaktadır. Bu süreçte pratisyen hekimlik yıpratılmıştır. İyi bir sağlık hizmeti sunulabilmesi iki koşulun gerçekleşmesine bağlıdır:

14. KUTU

TOPLUMDA YENİLİKLERİN KABULÜ

Bir toplumda yeniliklerin kabûl edilmesinin hızı yönünden kişiler sayısal olarak çan eğrisi biçiminde dağılmıştır. Eğrinin bir ucunda yenilikçiler (progressives) diğer ucunda da tutucular (conservatives) vardır. Yenilikçiler topluma yeni düşünce ve uygulamaları getirmeye çalışırlar. Tutucular da (değişiklikten ürkenler) yeni düşünce ve uygulamalara karşıdırlar. Bağnaz tutucuları (hard core) eğitmek hemen hemen olanaksızdır. Bunlar, eğitilmek bir yana, değişmeyi önlemek için ellerinden gelen her şeyi yaparlar.

Nusret Fişek

1. 2000'li yıllara doğru halkın değişen sağlık talepleri karşılanarak birinci basamak sağlık hizmeti açığı kapatılmalıdır.

2. Birinci basamak hekimliği çağdaş tıbbın gerektirdiği bir uzmanlık disiplini olarak yeniden kimlik bulmalıdır.

Bu güne kadar daha çok aile hekimliğinin hukuki ve akademik zemininin oluşturulması için çalışan AHUD, TTB, Üniversiteler ve SB ile işbirliğini sürdürmek arzusundadır. Aile hekimliğinin gelişmesi ancak toplam yaşam kalitesini yükseltmeyi hedefleyen bütün vatandaşların ve sivil toplum kuruluşlarının katkısıyla (*) gerçekleşecektir.

AHUD, SB ve SPGK'nün düzenlediği çalışmalara katılarak aile hekimliği konusunda görüş bildirmiş, müfredatın oluşturulmasına katkıda bulunmuş, kanun ve tababet uzmanlık tüzüğünde yapılacak değişikliklerde aile hekimleri yararına girişimlerde bulunmuştur.

Derneğin girişimleri sonucu *Sağlık Bakanlığı* Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde koordinasyon birimi olarak *Aile Hekimliği Şubesi Kasım 1994*'te faaliyete geçmiştir.

7–8 Aralık 1995'te Ankara'da *II. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi* gerçekleştirilmiştir.AHUD, aile hekimliği Ankara ili pilot bölge uygulamalarını da yakından izlemekte ve çözüm önerilerini Sağlık Bakanlığına bildirmektedir.

4 Bireylerin ve Toplumun Sağlık Eğitimi

"Duyarsam unuturum,
Görürsem hatırlayabilirim
Yaparsam öğrenirim"

Çin Atasözü

Bu ilkeye iki sözcük daha eklenebilir:
"Tartışırsam olgunlaşırım".

Nusret Fişek

Bireylerin ve toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek için yapılması gerekenler:

1) Hastalıkları ve bunlara yol açan durumları belirlemek, gerekli tedbirleri almak,

2) Kişilerin bu sürece katılımını sağlamak için sağlık eğitimi vermek, olarak iki bölümde incelenebilir. Ülkemiz okullarında eğitim (yeni davranışlar kazandırmak, bilgi edinme yollarını aktarmak) yerine öğretim (bilgi kalıplarını aktarmak çoğu kez de bu kalıpların ezberlenmesini istemek) ön plandadır; bu durum sağlık eğitimini zorlaştıran etkenlerden biridir.

Sağlık bilgisi dersi ülkemizde okul müfredatında 1984'te lise düzeyinde yer almış, 1991'de seçmeli derse dönüştürülmüştür. 1995'te ise yeniden sınavlı bir derse dönüştürülmüştür. Kanımızca sağlık bilgisi dersleri değişen eğitim sistemlerinden etkilenmeyen bağımsız temel dersler arasında yer almalıdır.

Etkili sağlık eğitimi:

1) Bilgi aktarmak,
2) Kişiye uygun uygulamayı belirlemek,
3) Bu doğrultuda beceri kazandırmak,
4) Uygulamanın sürdürülmesini denetlemek, aşamalarını gerçekleştirmelidir.

Öğretim; bilgi aktarımı kolaydır; çocuğu sağlığa uygun bir şekilde beslemenin önemini ve bunun nasıl yapılacağını anlatmak öğretime örnektir.

Davranış kazandırmak ve değiştirmek, bilginin günlük hayata uygulanmasını hedefleyen eğitim ise **zordur**; *"... ek gıdalara başlarken anneye hayvansal proteinden zengin besin – hatta daha açık olarak inek sütü, yoğurt, yumurta, ciğer ezmesi – ver demek, bazı kadınlar için yeterli olsa bile, eğitim düzeyi düşük olanlar için bir anlam taşımaz. Ek mama önerirken, ailenin verebileceği uygun besinin saptanması, anneye mamanın bir kaç kez, gözetim altında hazırlatılması ve bebeğe yedirilmesi, annenin bu işe alıştırılması gerekir."* **(8)**

*: TTB Türkiye Tıp Kataloğu (1993) ülkemiz sağlık sektöründe **166 dernek** ve **145 vakıf** saptamıştır.

Eğitim, kişinin, toplumun etkisiyle kendiliğinden bilgi, beceri ve davranış kazanmasından; kültürlenmeden de (inculturation) farklıdır. **(8)** Yanlış inanç, bilgi ve alışkanlıklar çoğu kez kültürün bir parçasıdır; bu nedenle, sağlık eğitiminin toplumsal boyutu da vardır: **Sağlık eğitimi çalışmaları birey değil, toplum düzeyinde ele alınmalıdır. Toplumun temel eğitim düzeyinin yükseltilmesi başarılı sağlık eğitiminin temel koşuludur. Sağlık eğitiminde başarı kazanmak için toplumun tümü okuryazar olmalıdır; 18. Tablo** bu durumdan uzak olduğumuzu göstermektedir. Televizyon en etkili kitle iletişim aracıdır, 1991'de ülkemizde 1000 kişiye 175 (ya da 5,71 kişiye 1) televizyon düşmekteydi. 1987'de Tümerdem ve arkadaşlarının araştırması **(9)**, *"çocukların günde 5 saatlerini televizyon başında geçirdiklerini, gecekondu bölgelerindeki evlerin %90'ında televizyon bulunduğunu ve erişkinlerin açılıştan kapanışa kadar televizyon önünden pek ayrılmadıklarını"* ortaya koymuştur.

15. KUTU

GELENEK VE ALIŞKANLIKLARIN DEĞİŞTİRİLMESİ

Toplumların gelenek ve alışkanlıklarının değiştirilmesine ilişkin çalışmalarda, çok büyük zorluklarla karşılaşılır. Bir çok toplumda özellikle tarım ekonomilerinde -yeni fikirlerin kabûl ettirilmesi çok güçtür. Bir Boşnak atasözü, bu güçlüğü çok güzel bir şekilde dile getirmektedir: ***"Köylerimizi yıkıp yok etmek, alışkanlıklarımızı ve geleneklerimizi değiştirmekten daha kolaydır".***

Sıtkı Velicangil. *Koruyucu ve Sosyal Tıp* 1975; 687

Televizyon bir araçtır, saldırganlık, cinâyet, kötü Türkçe ile **kötüye de**, sağlıkla ilgili olumlu alışkanlıklar kazandırarak, kişilerarası iletişim sorunlarına olumlu yaklaşım örnekleri vererek ve dile özen göstererek **iyiye de kullanılabilir**,. **Bir zamanlar aşı kampanyası için yapılan tanıtımlar bunun mümkün olduğunu göstermiştir.**

Bir filmin arasında en az 20 reklâm kuşağı yer almaktadır. **Reklam kuşaklarında sağlıkla ilgili**, reklâmcılık anlayışına uygun olarak hazırlanmış **tanıtım filmleri yer alabilir; bu filmleri yayınlayan televizyon kanallarına vergi indirimi sağlanabilir. Ağız sağlığı ve temel sağlıkla ilgili belirlenecek diğer ürünlerin kendi kendine bakımı özendiren reklâmlarına daha düşük bir târife uygulanabilir.**

18. TABLO: 6 Yaş Üzeri Nüfusun Okuryazarlık, Öğretim Durumu ve Cinsiyete Göre Dağılımı
(1990 Nüfus Sayımı esas alınarak hesaplanmıştır; DİE İstatistik Yıllığı 1994) (*) .

Bitirdiği Son Öğretim Kurumu	Toplam	%	Erkek	%	Kadın	%
Okuryazar olmayan	9.587.981	**18.50**	2.779.172	**11.18**	6.808.809	**28.01**
Öğretimsiz okuryazar	7.843.702	**15.95**	4.062.818	**16.34**	3.780.884	**15.55**
İlkokul mezunu	22.681.303	**46.13**	12.194.610	**49.06**	10.486.693	**43.14**
Ortaokul ve dengi mezunu	3.714.984	**7.55**	2.391.423	**9.62**	1.323.561	**5.45**
Lise ve dengi mezunu	3.818.149	**7.76**	2.369.973	**9.53**	1.448.176	**5.96**
Yüksekokul/Fakülte mezunu	1.497.345	**3.04**	1.048.036	**4.22**	449.409	**1.85**
Toplam nüfus	49.163.110	**98.93**	24.856.528	**99.95**	24.306.582	**99.96**
Ortaokul ve üzeri öğretimlilerin tüm nüfusa oranı	9.030.478	**18.35**	5.809.432	**23.37**	3.221.146	**14.26**

%'ler ilgili satırın sütuna oranını vermektedir. *: Yuvarlamadan dolayı oranların toplamı %100 değildir.

16. KUTU

OKULLAR VE SAĞLIK EĞİTİMİ

Okullarda uygulanan sağlık eğitiminin çocuk bakımından büyük bir değer taşıdığı açık bir gerçektir; fakat çocuğun okulda kazandığı bu eğitimi evine (ana, baba ve kardeşlerine) taşıması ise şüphelidir; çünkü çoğu zaman, çocukların ve gençlerin görüşleri yaşlılar üzerinde çok zayıf bir etki yapar, hattâ bir müdahale gibi kabûl edilebilir.

Sıtkı Velicangil. *Koruyucu ve Sosyal Tıp*. 1975; 688.

Günümüzde sağlık eğitimi vermek geçmişe göre bir yönüyle daha kolay bir yönüyle daha zordur. Eğer kitle iletişim araçlarının doğurduğu olanaklar gereğince değerlendirilebilirse, sağlık personelinin verdiği bilgileri pekiştirici bir etki yaparak eğitimi kolaylaştırabilir.

19. TABLO: Sağlık Eğitiminde Öncelikler

Fişek (1986)	I. Kongre (a) (1992)	I. Kongre (b) (1992)	II. Kongre (1993)
1 Bebek ve çocuk beslenmesi	1 Aile planlaması	1 Anne sütü	1 Kişisel hijyen
2 Çocuk bakımı	2 Anne sütünün yaygınlaştırılması	2 Aşı ile önlenebilir hastalıklar	2 Aile planlaması
3 İshal tedavisi	3 Gebelikte ebe izlemi, sağlıklı ellerde doğum	3 Aile planlaması	3 Beslenme
4 Solunum yolu enfeksiyonunda bebek / çocuğun erken dönemde hekime / ebeye gösterilmesi	4 Kişisel hijyen	4 Kişisel hijyen	4 Zatürre
5 Tedaviye uyumun sağlanması	5 Ağız/diş sağlığı	5 Zararlı alışkanlıklardan korunma	5 Çevre
6 Aile planlaması	6 İshalli hastalıkların önlenmesi	6 Beslenme	6 Ruh Sağlığı
7 Gebenin her ay hekime / ebeye muayene olması	7 Akut solunum yolu hastalıklarının önlenmesi	7 Ağız ve diş sağlığı	7 AIDS
8 Çevre sağlığı (dışkı ve çöplerin yokedilmesi, sivrisinek mücadelesi, temiz su temini v.d.)	8 Beslenme	8 Çevre sağlığı	8 Cinsel temasla bulaşan hastalıklar
9 Bölgede sık görülen bulaşıcı hastalıkların belirti ve bulaşma yollarının öğretilmesi	9 Zararlı alışkanlıklardan vazgeçme	9 Ruh Sağlığı	9 Bağışıklama
10 Halkı sağlık hizmetlerini kullanmaya alıştırma	10 Kazaları önleme, ilkyardım		10 Anne sütü
	11 Aşı ile korunabilir hastalıkları önleme		11 Kazaları önleme ve ilkyardım
	12 AIDS		12 Prenatal bakım, sağlıklı doğum
			13 Zararlı alışkanlıklardan korunma
			14 Akraba evliliği
			15 Kronik / dejeneratif hastalıklar
			16 Ağız ve diş sağlığı
			17 İshalli hastalıklar
			18 Yaşlı sağlığı

Kaynaklar: Fişek N., Sağlık Eğitimi s. 44-5. I. USK s. 115-6. II. USK s. 91-2.

Öte yandan sağlık personeli – hasta ilişkileri geçen yüzyıla göre çok farklıdır. 19. yüzyılda tıbbî bakımın büyük bölümü hastanın evinde veriliyordu. Ülkemizde bir çok tıp dalının kuruluşuna öncülük eden Prof. Dr. Cemil Topuzlu, anılarında *"... o târihte* [1896] *İstanbul'da hiç bir hususî hastane yoktu. Halkımız umuma mahsus hastanelerde yatmaktan korkarlar ve icabeden ameliyatı zarurî olarak evlerinde yaptırırlardı. (...) ameliyatlarımı ya evlerde, veyahut han odalarında, otellerde yapıyordum"* **(10)** diyerek bu durumu belgelemektedir. Bu dönemde hekimin hasta hakkındaki bilgisi hastayı ev ortamında görmesinden kaynaklanıyordu. Hasta ve ailesi ile böylesine yakın temas hastanın toplum içindeki yerinin de daha iyi saptanmasını sağlıyordu.

Günümüzde hastayı bu kadar yakından tanıma olanağı kısıtlıdır. Azamî 3.000 kişiden sorumlu olacak aile hekiminin bu zorluğu aşması bütün sağlık sisteminin yararına olacaktır.

17. KUTU

TÜRK TOPLUMUNDA OKUL – HAYAT ETKİLEŞİMİ

... Eğitim sürecinin asıl müfredatı hayatın kendisidir. Okul kuşkusuz toplumu *etkiliyor,* ama toplum da okullardaki eğitim sürecinin içeriğini *belirliyor.* Nasıl belirlemesin ki? Ömrü hayatının dörtte birini okulda geçirdiğini söyleyen çağdaş Türk insanı, 64 yıllık ortalama ömür beklentisinin sadece % 1-2'sini okul ortamında geçirmektedir. (Ortalama ömrün 1/4 yılı x bir yılın 1/2 ayı x bir ayın 2/3 günü x bir günün 1/6 saati x bir saatin 3/4 dakikası = % 1). Ulusal kalkınma ve gelişmeyi okul eğitiminden bekleyenler, ömrümüzün yaklaşık %1'ini geçirdiğimiz okullardan toplumu değiştirmesini istiyorlar. Oysa insanlar, hayatta öğrendikleri (% 99) ile okulu dıştan yönlendirmektedir. Sorun'un çözümü, Cumhuriyet'in ilk yıllarında başarıyla uygulandığı gibi, yaygın halk eğitimidir. Bugünün tv kanalları yaygın eğitim için ideal iletişim araçları olduğu hâlde, "ulusal eğitim televizyonu"nu kurup hayata geçirmemekte neden direniyoruz? Bilinmez. Açık öğretim programlarıyla yetiniyoruz.

Bozkurt Güvenç. *Türk Kimliği.* 1993; 261-2.

Günümüzde klasik tıp eğitiminde hastaya yapılabilecek yardım genellikle ilaçla tedâvi, cerrahî tedâvi ve fizik tedâvi başlıkları altında toplanır. Eğitim ve davranış değişikliği sağlama yöntemlerinden söz edilmez. Koruyucu hekimlik ile ilgili derslerde sağlık eğitiminin önemi teknik bilgiler arasında gözden kaçabilir. Oysa kişilerin sağlıklı bir yaşam sürdürmelerini sağlamak için yapılacak girişimlerin ilk adımı kişiyi eğitmektir. Sağlığın korunması da, hastalığın iyileşmesi de kişinin davranışlarıyla ilgilidir **(8)**.

> "Sağlık eğitimi yapan her görevli, inanç ve alışkanlıkların değiştirilmesinin çok güç olduğunun bilinci içinde olmalıdır. Sağlık eğitimi halka sunulan genel sağlık hizmetinin bir parçası olmalıdır. Hizmetle beraber ve hizmeti sunanlar tarafından sunulması etkinliğini arttırır."
>
> Nusret Fişek **(8)**

Aile, sağlık eğitiminde belirleyici önem taşır; eğitimciler bekledikleri davranış değişikliğine kimin karar verme erki olduğunu araştırmadan eğitim yaparlarsa istedikleri sonucu elde edemezler. [16]

Ataerkil ailede karar verenin, davranışları denetleyenin yaşlı kuşak olduğu bilinmelidir. Çekirdek aile anababa ve çocuklardan oluşur. Bu tip ailede davranışları değiştirmek daha kolaydır; değerlendirmede ailenin dede ve nineler ile ilişki sıklığı göz önüne alınmalıdır. Ülkemizde çekirdek ailelerin kırsal kesimde % 58,1, kentlerde % 73,1'e (1988) **(11)** ulaşmış olması sağlık eğitimini belki de kolaylaştırabilecek bir unsurdur.

Sağlık eğitimine ayırdığımız bölüme son vermeden önce sağlık eğitimindeki önceliklerden de söz etmek gerekir. I. ve II. Ulusal Sağlık Kongreleri Sağlık Eğitimi Çalışma Grupları farklı öncelikler saptamışlardır: **(19. Tablo)** Nusret Fişek ile I. ve II. USK Yetişkinin Sağlık Eğitimi Çalışma Gruplarınca belirlenen öncelikleri kapsamaktadır. Her sıralamanın savunulması için haklı nedenler bulunabilir; ancak sağlık profesyonellerinin oluşturduğu bu sıralamalar ülkenin sağlık düzeyi ölçütlerinin yükseltilmesinde mutlaka göz önüne alınmalıdır. 1995'te İstanbul'da orta üst gelir grubundaki 30 kişiye sağlık konusunda temel kavramlar ve Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin işleyişi hakkında temel bilgiler verildikten sonra, öncelikle hangi konularda sağlık eğitimi almak istedikleri sorulmuş ve şu sonuç elde edilmiştir: 1/

İlkyardım, 2/ Stresle başa çıkma, 3/ Beslenme, 4/ Bedenin İşleyişi, 5/ Sağlığı Sürdürmek İçin Yapılması Gerekenler, 6/ Hastalıkla Yaşamayı Öğrenme **(12)**.

Toplumun bütününü temsil etmeyen bu küçük grupta elde edilen sonuçlar şüphesiz genellenemez. ancak farklılık dikkat çekicidir: Erişkin eğitimi büyük ölçüde isteğe bağlı olacağından, eğitim alacak kişilerin görüşleri mutlaka sorulmalı, en azından önemi saptanmış konular arasındaki öncelikleri belirlemelerine izin verilmelidir. Aksi takdirde, çok önemli bir konuda hiç sonuç vermeyen bir eğitim yapılabilir.

Sağlık eğitiminin burada sadece değineceğimiz bir diğer yönü de kronik hasta ya da önemli bir girişime hazırlanan hastaların özel bilgilendirilme ihtiyacıdır. Kitabımızın 7. bölümünü bu konuyu çok iyi özetleyen şu satırlarla bitirmek istiyorum:

"Kendi yaşamını belirlemenin tıptan ve tıbbî girişimden kaçma ya da teslim olma gibi irrasyonel (akıldışı) bir boyuttan sıyrılıp rasyonel bir boyutla hayata geçirilebilmesi için temel hasta haklarından biri olan "bilgilendirilme," hakkının kullanılması gerekir. Bu hakkın hayata geçirilebilmesi için hekimin kayıtsız şartsız "bilgilendirme" sorumluluğu olmalıdır. Herhangi bir tıbbî girişim için hastadan alınan "bilgilendirilmiş onam (informed consent)" hekimi de vicdanen ve yasal olarak özgürleştirmiş olacaktır." **(13)**

KAYNAKLAR:

1 1813-1878 Fizyoloji bilgini, deneysel tıbbın kurucularındandır. "İç ortam" kavramını geliştirmiştir.

2 **Braunwald ve ark.** *The Practice of Medicine* Harrison's Principles of Internal Medicine'de. 11. baskı McGraw-Hill Book Company. 1987; 4.

3 **Uz H.** *Pratisyen Hekimlerin Hizmet İçi Eğitim İhtiyacı.* SB SPGK. Ankara 1993; 11.

5 **Özel T.** ABD: Madalyonun Öbür Yüzü, İnkılâp Kitaevi, 1992; 114.

6 1. Ulusal Sağlık Kongresi 23-27 Mart 1992 *Çalışma Grubu Raporları*; 156.

7 *TTB Raporu* Toplum ve Hekim, Mayıs-Haziran 1995, 10/67; 20.

8 **Terzi C.** *Bilimsel Etkinlikler Kredilendiriliyor.* Hekim Forumu Ekim 1994; 4-5.

9 **Fişek N.** *Sağlık Eğitimi.* Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Yayını Ankara, 1986; 10, 5, 11, 19.

10 Aktaran: Tümerdem Y. *Halk Sağlığı* İstanbul 1985.

11 **Topuzlu C.** *80 Yıllık Hatıralarım* II. Baskı. Hazırlayanlar: Hatemi H. Kazancıgil A. İÜCTF Yayınları. İstanbul 1982; 37.

12 **Erel SS.** *Türk Ailesinin Durumu.* I. Aile Şurası Bildirileri, Reyhan Basım Yayın 1990.

13 **Tokgöz A.** 1991, Kişisel İletişim.

14 **Köküöz AN.** *Etikten Hukuka İnsan Hakları.* Bilim ve Teknik Dergisi, Tübitak. Kasım 1995/336; 55.

BAŞVURULABİLECEK KAYNAKLAR

- **Fişek N.** *Sağlık Eğitimi.* Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Yayını Ankara, 1986.
- **Kalkay NM.** *Çağdaş* Hekimliğin *Sorunları.* Tıbbî Kitaplar Dağıtım Servisi, İstanbul, 1981, Sağlık hizmetinin bütün basamakları için akılcı çözümler.
- **Uzel İ.** *Ailenin Diş Sağlığı.* Ankara 1986. Hastalarını ağız sağlığı konusunda aydınlatmak isteyen birinci basamak hekimi için başvuru kitabı.
- **Saylan T.** *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hekimler İçin Deri ve Zührevi Hastalıklar El Kitabı.* Yüce Yayınları,1991. Konusunda çok değerli bir kaynak.
- **Erek E. Serdengeçti K. Ayaz M.** *Dializle Yaşam.* Türk Nefroloji Derneği Yayınları No: 4 İstanbul 1991. Hemodiyaliz, transplantasyon, Türkiye'deki uygulamaları ve böbrek hastasının beslenmesi konularında hastalar için hazırlanmış çok yararlı bir kaynak.

8. BÖLÜM

HASTA HEKİM İLİŞKİSİ VE TEDAVİYE UYUM

Levent Hekimoğlu, Halûk Çağlayaner

8.1 Tedaviye Uyum

Tedaviye uyum, hasta davranışlarının, hekim ve diğer sağlık personelinin talimatlarıyla uyum içinde olmasıdır.

Tedavi, hastanın aktif katılımını gerektiren bir süreçtir. Hekimlerin çoğu, reçetelerini, tedavi önerilerini tam olarak uygulanacağına inanarak yazarlar. Ancak bu beklentinin çoğu kez gerçekleşmemektedir: ABD'de birinci ölüm nedeni - %34 ile – koroner kalp hastalığıdır.[1] 1976–1984 yıllarını kapsayan ulusal bir taramada beyaz erkeklerin ≈1/3'ü, kadınların ≈1/4'ü hipertansif bulunmuştur. Hipertansiyon prevalansı siyahlarda daha da yüksektir.[2] ABD'deki hipertanisf hastalardaki tedaviye uyumsuzluk oranı % 50 dolayındadır.[3]

Bir grup tıp öğrencisi, Etimesgut Ergazi sağlık ocağı hekimine başvuranları 4-6 gün sonra evlerinde ziyaret ederek tedaviye uyumlarını araştırdılar: Hastaların % 56'sı reçetedeki ilaçların hiç birini, % 13'ü bir bölümünü almamış, ilaçlarını kullananların % 25'i tedavilerini yanlış uygulamış, ilaçlarını yanlış kullananların % 45'i de hekimin söylediklerini anlamamışlardı.[4]

"Tedaviye uyumun tam olmamasının başlıca nedenleri hastanın ruhsal durumu, zihnî yetenekleri, kültür düzeyi, sağlığı/hastalığı konusundaki titizliği, çevresinde hastalığı ile ilgilenen bir yakınının varlığı, kullandığı ilaç sayısı, ilacın alınış sıklığı ve zamanı, ilacın yan etkileri, hekime olan güveni, ilacı nasıl alacağı konusunda kendisine yeterli açıklama yapılması, hastalığın yaşamını tehdit edip etmemesi ve hastanın yaşıdır.(...) Hipertansiyonun başlangıç döneminde olduğu gibi belirti vermeyen hastalıklarda ya da önleme amacıyla ilaç kullanıldığında tedaviye uyumsuzluk daha sık görülür; oysa ateş, ağrı, nefes darlığı, bulantı ve kusma gibi çarpıcı belirtilerin varlığında tedaviye uyumsuzluk daha ufak çapta ve daha seyrektir."[5]

Tedaviye uyumun yetersizliği bazı hastalıkların ayaktan tedavisinde başarısızlığa neden olabilir, hastane tedavisini gerekli kılabilir, nihâyet, sakatlık ve ölümlere yol açabilir.

8.1.2 Tedaviye Uyumun Araştırılması ve Ölçülmesi

Tedaviye uyum
- randevulara uyulması,
- reçetedeki ilaçların kullanımının izlenmesi (ilaçların sayılması, kan ilaç düzeyi ölçümü),
- fizyolojik ölçümlerin izlenmesi (kan basıncı, ağırlık, elektrokardiyogram vd.)

gibi çeşitli yöntemlerle araştırılmıştır.

Geniş çaplı bir araştırma, **hekim randevularına ve uzun süreli ilaç tedavilerine uyum oranının %50**'yi aşmadığı saptamıştır.[6] Peptik ülser için antasid, romatizmal kalp hastalığının önlenmesi için penisilin, havâle nöbetlerinin önlenmesi için fenitoin ve etosüksimid, verem tedavisi için izoniazid kullananlarda uyumun %46-62 arasında değiştiği saptanmıştır.[7]

Koruyucu sağlık önlemlerine uyumu araştıran bir çalışmada %4-92 arasında değişen çok farklı oranlar bulunmuştur.[8]

8.1.3 Tedaviye Uyum Davranışı

Tedaviye uyumun iyileştirilmesini pek çok araştırmacı ele almıştır. Bu konudaki ilk araştırmaların çıkış noktası hasta eğitiminin uyumu arttıracağı düşüncesi idi: Ancak çalışmalar, daha çok bilgilendirmenin tedaviye tam uyumu sağlamadığını göstermiştir.[9] Bu bulgu, araştırmacıları davranışbilimci yaklaşıma yöneltmiştir.

8.2 Tedaviye Uyumun İyileştirilmesi

Mc Kenney, tedaviye uyumun iyileştirilmesi için **14. Şekil**deki dinamik modeli geliştirmiştir. Karmaşık ve kliniğe uygulanması zor gözükse de, bu model, uyumu destekleyen diğer yöntemlerle birlikte kullanılabilir; özellikle Peck ve King'in (**9**) geliştirdikleri tedaviye uyum stratejisiyle bir bütün hâlinde ele alınabilir. Yazarlar, tedaviye uyuma katkıda bulunabilecek yöntemleri sekiz başlık altında toplamışlardır:

1- Hasta-hekim iletişiminin iyileştirilmesi,
2- Korku uyandıran sağlık mesajları,
3- Hastanın eğitilmesi,
4- Yazılı açıklamaların verilmesi,
5- Özel ilâç paketlerinin kullanılması,
6- Tıbbî tedavinin plânlanması,
7- Hastanın kendini denetlemesi,
8- Ödüllendirme ile sürekliliğin sağlanması.[9]

1. Hasta hekim etkileşiminin iyileştirilmesi

Hastaya **yakın olmak**, sorularını **dinlemek**, **tıbbî terimleri açıklamak**, **sağlık dışı konularda da konuşmak**, iş ilişkisinden çok **dostça bir münasebet kurmak** hasta memnuniyetini ve tedaviye uyumunu arttırır. Hasta ile iyi bir **iletişimin** kurulması hastanın ciddî tıbbî sorunlarını **inkârını** ve bahaneler öne sürülmesini **engeller**, tedavi plânı konusundaki **yanlış anlaşılmaları da ortadan kaldırır**.

1 **İlaç alımının** (tedaviye uyum) özel ya da **günlük bir işle birlikte yapılması**; diş fırçalama, akşam yemeği ya da kan şekerine bakılması gibi)

2 **Tedaviye uyumu ödüllendirme**; örneğin kan basıncı ölçümleri iyi sonuç verdiğinde eşinin hastayı dışarıda yemeğe götürmesi.

3 Hedeflerin gerçekleştiği her aşamaya küçük bir ödülle karşılık verilmesi, bu karşılığın tam başarı sağlanan dönemlerde daha büyük ödüllere dönüştürülmesi 2. ve 3. yöntemler davranışların sonuçlarının somutlaştırılmasını amaçlamaktadır.

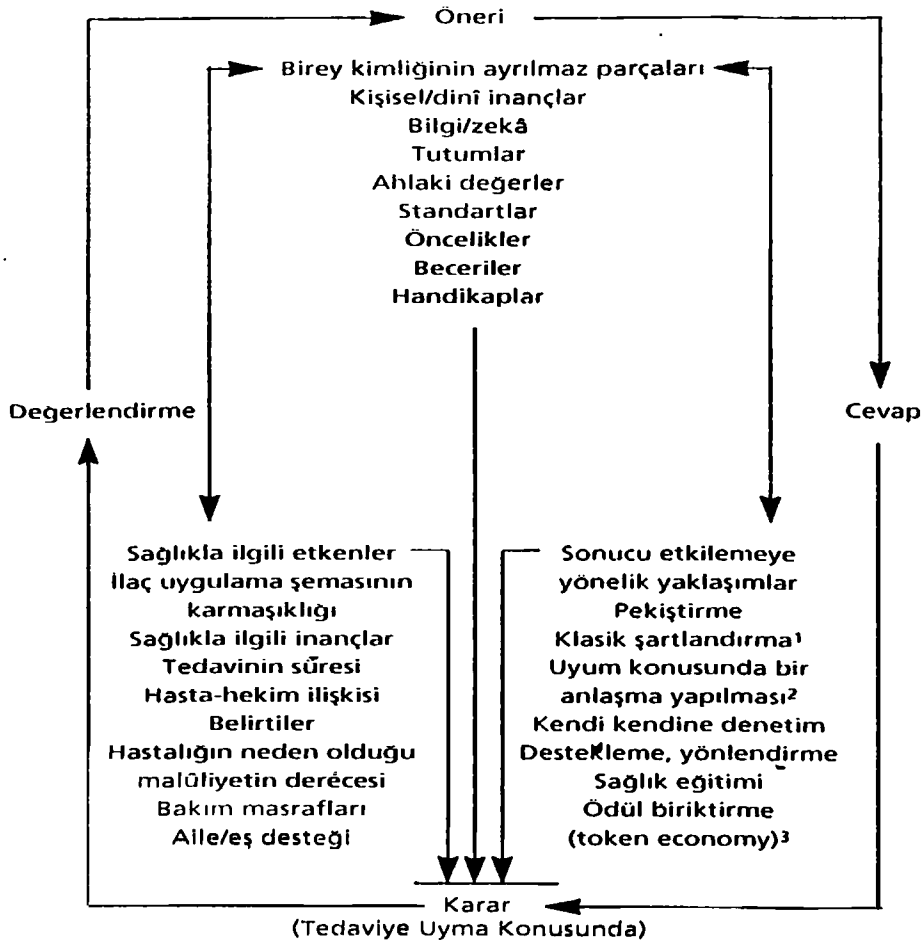
2. Korku uyandıran sağlık mesajları

Korku uyandırarak hastalığın ciddiyetini algılamasını sağlamanın tedaviye uyumu artırdığını gösterilmiştir. Ancak bu yaklaşımın etkili olabilmesi için hastaya korkusunu kontrol altına alabilmesini sağlayacak yollar da gösterilmelidir. Hekim güvenilir mücadele stratejileri göstermeden korku uyandırırsa hasta tıbbî önerilerden kaçacak ve duygusal dengesini kurabilmek için başka yöntemler arayacaktır.

3. Hastanın eğitilmesi

Hastalık(lar) ve onlarla başa çıkma yollarını öğretecek diğer yöntemlerle birlikte kullanıldığında yararlıdır.

14. ŞEKİL
Tedaviye Uyumda Dinamik Model



Kaynak: **6**; **97**

4. Yazılı açıklamalar

Hastalar hastalıkları ve tedavileri ile ilgili olarak söylenenleri hatırlamakta güçlük çekebilirler. Hasta, çoğu kez sadece ilacını nasıl alacağını tam olarak anlamadığı ya da hatırlamadığı için uyum sorunuyla karşılaşır. İlaçların nasıl alınacağını veya diğer tedavi önerilerinin nasıl uygulanacağını yazılı bir açıklama ile göstermek önemlidir. **Sözel açıklamalarla pekiştirilmiş yazılı bilgilerin tedaviye uyumu artırdığı gösterilmiştir.**

5. Özel ilaç paketlerinin kullanılması

Çok sayıda ilaç kullanmak hastayı şaşırtarak uyum sorunlarına neden olabilir. **reçete ve tedavi planı olabildiğince basit olmalıdır**. İlaçların günlük dozlarına göre yerleştirildiği 28 ya da 32 günlük bölümleri olan özel paketler tedaviye uyumu destekleyebilir.

6. Tıbbî tedavinin planlanması

İlaç tedavisi hastanın günlük programına uymalıdır. İlaçların hatırlanmasını kolaylaştıracak ilinti ve ipuçları yararlı olabilir; ilaçlar televizyonun ya da mutfak tezgâhının üstünde tutulduğu takdirde, haberleri izlemek ya da yemek hazırlamak gibi günlük etkinlikler sırasında ilâçlar kolayca görülecek ve hatırlanacaktır. Dolaylı ipuçları ise ilaç(lar)ın göz önünde bulunmaması gerektiğinde yarar sağlar; sık kullanılan eşyaların, örneğin saatin, yastığın, diş fırçasının vd.'nin üzerine ilacı hatırlatacak bir işaret konulabilir.

7. Hastanın kendisini denetlemesi

Unutkanlık nedeniyle güçlük çekenlerin uyumunu artırmak için kendilerini denetlemeleri özendirilmelidir: İlacın ne zaman alınacağını gösteren bir takvim ya da kart hazırlanabilir, kişi ilacı her aldığında bu çizelgeyi işaretleyebilir.

8. Ödüllendirme ile sürekliliğin sağlanması

Tedavi planına uyan hasta ödüllendirilmelidir. Aile bireyleri (hastanın eşi ya da bir diğer aile üyesi) tedaviye uyumu izlemeli ve desteklemelidir. Hekim, tedaviye uyumu denetleyebilmek için hastasıyla sıkı bir temas kurmalıdır. Hekim ve aile bireylerinin desteği, cesaretlendirme ve övgüleri başlı başına birer ödüldür, tedaviye uyumu pekiştirici etkileri vardır. Mc Kenney'in dinamik tedaviye uyum modeli ile Peck ve King'in tedaviye uyumu iyileştirme yöntemlerinin etkili uygulaması

1- Hasta hekim ilişkisinin **anonimlikten kurtulma**sına,

2- Hastayı ailesi ile birlikte **sürekli izleyen aile hekimi** bulunmasına,

3- **Hasta hekim ilişkisinin ikili değil üçlü özelliğ**inin göz önünde bulundurulmasına bağlıdır: Üçken, **hekim, hasta** ve **hastanın hayat arkadaşı ya da ailes**inden oluşur **(10)**. Rakel, bu önemli noktayı "**ikilik (dyad) yanılsamasının terk edilerek, hasta/hekim ilişkisinin üçlü (triad) niteliğinin görülmesi"** sözleriyle dile getirir. **(11)**

Kitabımızın **6. 7. 8.** bölümlerinde ele alınan aile içi iletişimi değerlendirebilmek, uzun soluklu, anonimliği aşmış bir hasta/hekim ilişkisini kurmak, kendi kendine bakım için yol göstermek, sağlık eğitimi vermek, tedaviye uyumu sağlamak ancak sağlam ve makûl bir görev tanımı çerçevesinde gerçekleştirebilir. Kitabımızın **9. Bölüm'**ü bu görev tanımını ele almaktadır.

KAYNAKLAR:

1 **Mc Kinlay JB, Mckinlay SM, Beaglehole R.** *A review of the evidence concerning the impact of medical measures on recent mortality and morbidity in the U.S.* Int. J. Health Services 1989/19; 181-208.

2 **Thompson GR, Wilso PW.** *Koroner Risk Faktörleri.* Turgut Yayıncılık 1995; 71.

3 **Williams GH.** *Hypertensive Vascular Disease.* Harrison's 1994; 116.

4 **Bulut ve ark.** *Ergazi Sağlık Ocağı Bölgesinde Reçete Uygulama Durumu ve Etkileyen Faktörler* H.Ü. Toplum Hekimliği Bilim Dalı. Ankara 1975, aktaran Fişek N. Hasta Eğitimi. Ankara 1986; 31.

5 **Kayaalp O.** *Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbî Farmakoloji* Toraman ve Ulucan Matbaası, 4. baskı. Ankara 1987; I: 240.

6 **Haynes RB, Sacket DL, Taylor DW.** *Compliance in health care.* Patient Compliance'da AFP June Baltimore 1985; 94-7.

7 **Robbins JA.** *Patient Compliance* Primary Care 1980; 7: 703-11.

8 **Mc Kenney JM.** *Methods of modifying compliance behaviour in hypertensive patients* Drug Intell Clin Pharm 1981; 15: 8-14 in ibid.

9 **Peck CL, King NJ.** *Increasing patient compliance with prescriptions.* JAMA 1982; 248..

10 **Lerner HG.** *Üçkenler Dans Eden Benlikler.* İmge Kitabevi. Ankara, 1994;136-51 Konuyu derli toplu işleyen Türkçe bir kaynak

11 **Rakel RE.** *Textbook of Family Medicine*

BAŞVURULABİLECEK KAYNAKLAR

- *Akılcı İlaç Kullanımının Alfabesi* SB SPGK Rasyonel İlaç Kullanımı Bölümü, Ankara, Nisan 1993.
- **Öztürk H, Fidaner H, Fidaner C.** *Kişilerarası İlişkiler.* Hatiboğlu Yayınevi, Ankara 1989, Sağlık personelinin kişilerle ilişkilerini inceleyen çalışma.
- **Kayaalp. SO.** *Reçete Yazma Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbî Farmakoloji* Ankara 1987 4. baskı. Bugüne kadar yazılmış en iyi Türkçe telif tıp kitaplarından biri; eksiksiz bir başvuru kaynağı,
- **Long JW, Rybacki JJ.** *The Essential Guide To Prescription Drugs 1994* Harper Perennial New York 1994, Halkın A.B.D.'de ruhsatlandırılmış evde kullanılabilecek ilaçlardan zarar görmeden yararlanmalarına yardımcı geniş bir kaynak.

9. BÖLÜM

AİLE HEKİMİNİN GÖREVLERİ

Erdem Birgül

"O bizim 'aile doktorumuz'du, eskiden anneme, babama bakmış, hastalandığımızda bizi hep o tedavi ederdi." Belleğimizi zorlarsak çoğumuza yabancı olmayan bu ifâdenin benzerlerini bulabilir; belki de yıllar öncesinin unutulmaya yüz tutmuş anıları arasında ilk doktorumuzu hatırlarız.

Geçmişteki bu aile doktoru, sıklıkla aile bireylerinin tümünü tedavi eden bir dahiliye uzmanı ya da pratisyen hekimdi. Anılarını aktaranların çoğu, son yıllarda bir aile doktorlarının olmadığını, aile hekimliği kavramını ilk kez duyduklarında farketmektedirler. Zaman içinde aile bireyleri şikâyetlerine göre çok farklı uzmanlara yöneldiler; ne var ki artık kendilerine yakın, uzun süredir tanınan, kolayca ulaşabilen, her an danışılabilen bir aile hekimi yoktu...

Günümüzde, nüfusumuzun ⅔'ü şehirde yaşamaktadır, hekim sayısı artmış, uzmanlık alanları çoğalmıştır. Sağlık sorunu olanlar, hangi uzmana başvuracaklarına karar vermekte güçlük çekmektedirler. Bu sahipsizlik aile hekiminin sağlık danışmanlığının yokluğundan kaynaklanmaktadır.

Ülkelerin sağlık düzeylerini kıyaslamada sık başvurulan bir ölçüt bir hekime düşen nüfustur. Oysa bu değer tek başına yanıltıcıdır: Hangi sıklıkla hekime başvurulduğu ile birlikte ele alınmalıdır. 1989'da, ülkemizde bir yılda doktora başvurma sıklığı ortalama 1.9'du.[1] OECD ülkelerindeki hekime başvuru sıklığı ise ortalama 6.1:[1] Bu ülkelerin halkı, hekime, bizden 3.5 kat daha sık başvurmaktadır.

Ülkemizde 1995 nüfusu 62.526.000, toplam hekim sayısı ise ≈67.200'dir: Ülkemizde 931 kişiye 1 hekim düşmektedir. Pratisyen hekimlerin sayısı ise 38.300'dür; pratisyen hekim başına 1.633 kişi düşmektedir.[2]

Avrupa ülkelerinde bir hekime 435 kişi düşer:[3] Bu rakam hekime başvuru sıklığı da göz önüne alınarak ülkemizle karşılaştırılırsa hekim açığımız olmadığı, giderek kendini hissettirecek bir hekim fazlası bulunduğu anlaşılır.

Aynı durum hekim başına 1633 kişinin düştüğü birinci basamak için de geçerlidir; birinci basamaktaki hekim sayısı, yıl boyunca temel sağlık hizmeti birimini ziyaret sayısı ile birlikte ele alınırsa birinci basamakta da çok büyük oranda hekim fazlası olduğu görülür.

Ülkemizde, en az hekimin bulunduğu, kalkınmada 1. derecede öncelikli illerde bile pratisyen hekim başına düşen nüfus 3.249'dur.[4] Bu rakam, bütün dünya için standart kabul edilen 1.500 - 3.000 rakamına çok yakındır.

Ülkemizde hekim/nüfus oranı Avupa ülkelerinden çok farklı olmadığı hâlde sağlık hizmetlerinin aynı düzeyde olduğunu söylemek mümkün değildir. Çünkü, önemli olan hekim sayısı değil verilen hizmetin niteliğidir.

Daha iyi sağlık hizmeti vermek, tüm başvuruların %90'ını çözmesi beklenen birinci basamak sağlık hizmetlerinin niteliğini yükseltmekle mümkün olur. Bunun, günümüzde dünyada kabul edilen yöntemi aile hekimliği'dir.

9.1 Aile Hekimliğinin Tanımı

Aile Hekimi; yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın bireylere ve ailelere, kişisel, kesintisiz, bütüncül birinci basamak sağlık hizmeti sunan, bu konuda uzmanlık eğitimi görmüş tıp doktorudur.

Aile hekimi kişinin tüm sağlık gereksinimlerinin sorumluluğunu üstlenir. Hizmet verdiği bireylerle her an ulaşılabilir, sıcak, güvene dayalı ve uzun süreli bir ilişki kurar. Sağlık sorunlarını ele alırken fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörleri bütünüyle değerlendirebilir. Kişinin yaşam ortamını, aile ilişkilerini ve sorunun geçmişini bilmenin avantajıyla, sağlık sorunlarının %90'ını çözümleyebilir[5]. Birinci basamağı aşan sorunlarda, ilgili uzmanlık dallarında en uygun girişimlerin yapılabilmesini koordine eder.

ABFP(Amerikan Aile Hekimliği Kurulu) birinci basamak sağlık hizmeti yaklaşımını şöyle özetler: [6]

1- İlk başvuru noktasıdır. Sağlık hizmetlerinin giriş kapısıdır.
2- Sağlıkta ve hastalıkta sürekli hizmet sunar.
3- Bir ölçüde, tüm disiplinleri içine alan kapsamlı bir hizmettir.
4- Hastanın tüm sağlık gereksinimlerini koordine eder.
5- Bireyin izlenmesinde ve toplumun sağlık problemlerinin çözümünde sorumluluk taşır.
6- İleri derecede bireyselleşmiş bir hizmeti tanımlar.

9.2 Veri Toplama ve Kayıt Tutma

Aile hekimi kişinin tüm sağlık kayıtlarını tutar. Bireye yakınlığı sayesinde onun kişisel sorunları, aile ilişkileri, içinde yaşadığı ortamın ve toplumun sorunları hakkında bilgi sahibidir. Bu özellikleri ile hastayı daha ileri bir merkeze ya da başka bir dal uzmanına sevk etmesi gerektiğinde, onun en doğru yere ve durumunu açıklayan en doğru bilgiler ile gitmesini sağlar. Böylece ikinci basamakta yığılma önlenerek, yüksek maliyetli sağlık hizmetlerinin daha etkin kullanımı sağlanabilir. [7] Dal uzmanları da, pahalı, zaman alıcı bir çok incelemeye gerek duymadan hastanın problemini çözüme ulaştırabilirler.

Kişinin sağlık kayıtlarının bulunması eksiksiz bir koruyucu hekimlik uygulaması için de zorunludur.

Aile hekiminin kayıtları sağlık araştırmalarının çok değerli bir veri kaynağıdır. Gelişmiş ülkelerdeki tıbbî araştırmalarda sıklıkla aile hekimi kayıtları kullanılır: Toplum sağlığının değerlendirilmesi için gerekli olan istatistiki bilgiler buradan elde edilir. Ülkemizdeki sağlık problemlerinin çözümünde karşılaşılan en büyük sorunlardan biri, yukarıda söz edildiği gibi, istatistiki verilerin yetersizliği ya da yokluğudur.

Doğru ve yeterli verilere ulaşmadan kişinin de toplumun da sağlık sorunları çözümlenemez.

9.3 Koruyucu Hekimlik

Amerikan Koruyucu Hekimlik Koleji, koruyucu hekimliği "*Belli bir topluluğun sağlık ve refahını koruyan ve artıran, hastalık, sakatlık ve zamansız ölümü önlemek için toplum sağlığını hedefleyen becerileri kullanan bir hekimlik türünde uzmanlık sahibi olmak*[8] şeklinde tanımlar."

Koruyucu Sağlık Hizmetleri üç gruba ayrılır:

1- **Birincil Koruyuculuk** Hastalık ya da yaralanmanın oluşumunu önlemek,

2- **İkincil Koruyuculuk** Hastalığın tercihan klinik belirginlik kazanmadan erkenden tanımak ve tedavi etmek,

3- **Üçüncül Koruyuculuk** Komplikasyonları ve kötüye gidişi önlemek amacıyla hastalık ya da sakatlığın etkilerini denetlemek, uygun tedaviyle asgariye indirmek.

Sağlığın korunmasında da en temel basamak, kişinin kendi sağlığını korumak yönünde yapacağı uygulamalardır. (bkz. **Temel Kavramlar Bölümü**). Kişinin kendi sağlığını

koruması ise ancak etkili bir sağlık eğitimi ile mümkündür. Aile hekiminin en önemli görevlerinden biri de bireylere sağlık eğitimi vermektir.
Sağlığın korunmasında en önemli faktörlerden bir diğeri de sağlıklı çevredir. Kitabımızın **4. Bölüm'**ünde vurgulandığı gibi sağlıklı çevre, bireylerin bilinçlendikleri ölçüde önemini kavrayacakları, başta devlet olmak üzere herkesin sorumlu olduğu karmaşık bir sorundur.
Kişilerin sağlıklarını tehdit eden risk faktörlerini öğrenmeleri ve bunlardan nasıl korunacaklarını dolaysızca öğrenmelerinde aile hekimi en önemli ve etkili kaynaktır.
Tıbbi tedavi, çoğu koruyucu programın gerekli bir parçasıdır. Aynı şekilde koruyucu hekimlik, her basamaktaki doktorların ortak sorumluluğudur. Tedavi hizmeti veren doktorun, koruyucu hekimlik sorumluluğu değilmiş gibi davranması yanlıştır. Her hekim, faaliyetinin bütün düzeylerinde, kişi, aile ve toplumda koruyucu ilkelerin uygulanması için işbirliği yapmalıdır. [11]
Koruyucu hekimliğin klinik ve maliyet açısından en etkili şekli birinci basamakta uygulanandır: Bu düzeyde birincil koruyuculuk, tedavi hizmetlerinden tamamen ayrı olarak sağlanabilirse de bu, gereksiz tekrarlara, birincil ve ikincil koruyucu programların koordinasyonunda zorluklara yol açar.
Örneğin, gelişmekte olan bir ülkedeki aşı kampanyası, birincil korumanın etkin bir önlemi olarak görülebilirse de, bu hizmetin ülke çapında birinci basamak hizmetleri programıyla bütünleştirilmesi gereklidir.
Aile hekimi kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile tedavi uygulamalarını bir arada yürütür. [8]
Koruyucu hekimlik uygulaması ve izlemi en doğru biçimi şüphesiz aile hekimliği ile gerçekleştirilebilir. Hasta kayıtları, koruyucu hizmetler yanında tedavi hizmetini de uygulayan hekimin bizzat kontrolü altındadır ve eksiksiz uygulanıp uygulanmadığı yakından denetlenebilir.

9.4 Sağlık Eğitimi

Ülkemizdeki sağlık problemlerinin çok önemli bir bölümü diğer bir çok alanda olduğu gibi eğitim yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. Sağlıkla ilgili konulardaki genel bilgi eksikliği özellikle **aile planlaması, çocuk sağlığı, beslenme ve bulaşıcı hastalıklardan korunma** konularında daha belirgindir.
1970 ve 1975 yıllarında yapılan bir çalışmaya göre, **ölümler ile ilgili sosyal faktörler arasında bilgi ve bakım eksikliği en ön sıradadır.** [1] Sağlık ölçütlerinde gözlenen sınırlı iyileşmeler ise genel yaşama koşulları ve sağlık hizmetleri altyapısındaki kısmi iyileşmeden kaynaklanmakta, bireylere ve kamuoyuna yönelik sağlık eğitiminden bu ölçütleri etkileyecek bir sonuç alınamamaktadır.
Türkiye'nin sağlık ölçütleri aynı ekonomik gelişme düzeyindeki ülkelerin çok gerisindedir. Anne ve bebek ölümleri gibi iki temel sağlık ölçütü doğrudan eğitimle ilişkilidir. Eğitim yetersizliği, sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanılamaması sonucunu doğurmaktadır.
Türkiye nüfusunun önemli bir bölümü yeterli besinden mahrumdur. Bu beslenme yetersizliği, besin kaynaklarının azlığı değil, daha çok sosyo-ekonomik koşullar ve eğitim imkanlarındaki eşitsizlikten kaynaklanmaktadır.
Sağlık eğitimi okulda başlamalı ve temel eğitimin bir parçası olmalıdır. Kişilerin sağlıkla ilgili bilgi edinebilecekleri kitap ve broşürler, etkin bir sağlık eğitimi için zorunludur. Gerektiğinde kişilerin bunlardan ücretsiz yararlanması sağlanmalıdır. Aile hekimlerinin vereceği kişilere yönelik sağlık eğitimi bu koşullarda etkili olabilir.

9.5 Sağlık Danışmanlığı ve Yönlendirme

Aile hekimi, sağlık hizmetinin en önünde yer alır, kişilerin sağlığın her alanındaki danışmanıdır. Aile hekiminin hizmeti, bu yönüyle diğer uzmanlardan ayrılır: Kişiye yalnız hastalığında değil, sağlığında da hizmet verir. Sağlığın korunmasını geliştirilmesini, sağlık koşullarının iyileştirilmesini hedefler.

Aile hekimi, tüm sağlık konularında, diğer sağlık çalışanlarıyla ilişkilerinde hastanın tarafında olmalıdır.[7]

Aile hekimi hastayı yönlendirmeyi ve desteklemeyi sağlık hizmetinin basamaklarından bağımsız olarak yürütür. Bu yönlendiricilik/destekleyicilik, karar verme aşamasında hastanın ve ailenin aktif görev almasına yardımı da içerir. Planlar, sağlanacak yarar ve mâliyet göz önüne alınarak hasta ile birlikte yapılır.

Aile hekiminin yönlendirici/destekleyici rolü hizmetin, topluma hakça dağılımı için hükümet ve özel birimler ile çalışmayı da kapsar:[9] **Aile hekimi** oluşabilecek sorunlarda **bireyin ve ailenin sağlık avukatıdır**: Bu görevi yerine getirirken, bir sağlık kurumuna bağlı ya da devlet memuru olması çeşitli sakıncalar yaratabilir. Aile hekiminin kurumlara ancak sözleşme düzeyinde bağlı ve sağlık sistemi içinde mümkün olduğunca bağımsız olması gerekir.

9.6 Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi Hizmeti

Erken tanı ve tedavi birinci basamak sağlık hizmetlerinde çok önemli bir yer tutar. Aile hekimi, hastalıkların başlangıcında tanısı ve tedavisine yönelik iyi bir klinik eğitim almalıdır. Etkin aile hekimliği uygulaması sağlık sisteminin bütününü olumlu yönde etkiler.

Kişinin geçmişini, aile ortamını, hastalığın gelişim sürecini yakından izleyen aile hekimi, erken tanıda büyük avantaj taşır. Birçok pahalı ve zaman alıcı tanı girişimini önleyebilir, kısıtlı kaynakların verimli kullanımını sağlar. Erken dönemde tedavi, hastalığın tahribatını, uzun süreli tedavinin risklerini azaltır, maliyeti düşürür. Bu durum, istatistik olarak saptanmıştır (**20. Tablo**):

20. Tablo: Aile Hekimi Oranı / Kişi Başına Sağlık Harcaması Karşılaştırılması (10)

Ülke	Kişi başına sağlık harcaması ($)	Aile hekimlerinin bütün hekimlere oranı (%)
ABD	**3.800**	**11**
Kanada	**1.800**	**35**
İngiltere	**1.100**	**48**

Aile hekimi, bireyle kurduğu güvene dayalı yakın ilişkiyle, aile planlaması, cinsel, psikiyatrik sorunlar gibi dile getirilmesinde güçlük çekilen problemlerin erken tanısında oldukça başarılıdır.

Ülkemizde nüfusun 2/3'ünün şehirlerde yaşadığı, hastaların ulaşımın kolaylaşmasıyla hizmetinden memnun kalmadıkları birinci basamağı atlayarak ikinci basamakta yığıldıkları dikkate alınırsa, şehirlerdeki birinci basamak hizmetlerinin önemi anlaşılır.

Ülkemizde devlet hastanelerine başvuranların %86'sının, o anda ikinci. basamağa ihtiyaç duymayadıkları, bir başka deyişle, hastaneye gelmeden tedavi edilebilecekleri belirlenmiştir. Hastaneye başvuranların yalnızca %14'ünün gerçekten hastane tedavisine ihtiyacı vardı. [11]

Birinci basamağın atlanmasının engellenmesinde en önemli faktör hastanın aldığı sağlık hizmetinden tatmin olmasıdır. Bu; birinci basamakta, koruyucu hekimliğin yanı sıra hastalıkların tanısının konması ve etkili tedavisi ile mümkündür; böylece hastaların %90'ının sorunları 1. basamakta çözümlenebilir.

Tanı ve tedavi ikinci basamak hizmetlerini gerektirdiğinde, aile hekimi başarılı bir koordinatör olmalıdır. Aldığı kapsamlı eğitimle hastayı sorunun en doğru biçimde çözümleneceği noktaya, gerekli tüm bilgiler ile sevk ederek, kısa sürede etkili bir tedavi uygulanmasına yardımcı olur.

18. KUTU

RUH SAĞLIĞI ALANINDA AİLE HEKİMİNİN ROLÜ

Çoğunlukla ailenin evvelki kuşağını da tanımakta olan aile hekimi, tespit ettiği genetik prognoza göre, his ve heyecan hayatı bozukluklarının ilk (başlangıç) belirtilerini tanımak ve belki de ciddî ruhsal bozuklukları önlemek bakımından önemli bir yer tutar: küçük çocuklarda ve gençlerde davranış bozuklukları ve çevreye uyamama hallerinin hepsi ona haber verilir; evlilik hayatında mes'ut olmayışlara ilişkin sırlar ve çok ileri derecede sosyal rekabeti gerektiren bugünkü hayatın yorgunluk ve gerginlikleri de aile hekimine bildirilen sorunlardır. Bu gibi olaylara karşı, daha başlangıçtan itibaren tedbir almak, çok hafif ruhsal bozuklukları düzeltmek, daha ciddî hallerde de bir psikiatri uzmanına müracaat edilmesini aileye telkin etmek hususunda aile hekiminin durumu çok elverişlidir.
Aile hekiminin, çalışma istirahat ve eğlenme arasında uygun bir dengenin bulunması ve vücut ihtiyaçlarının yeterli derecelerde karşılanması gibi ruh sağlığı bakımından önemli olan konular üzerinde ısrarla durması gerekir.

Sıtkı Velicangil. *Koruyucu ve Sosyal Tıp* 1975; 122

Bu sevk uygulaması, alışılmış bürokratik hiyerarşi içinde bir basamaktan diğerine sevk gibi zaman kaybına yol açan bir uygulama yerine, aile hekiminin koordinatörlüğünde, gerektiğinde bazı basamakların atlanabildiği, aynı anda birkaç dal uzmanının konsültasyonunun istenebildiği, disiplinler arası işbirliği ve ekip çalışması anlayışı içinde, çok hızlı ve etkili bir uygulama olabilmelidir.
Aile hekimi, hastaya ilk ulaşacak hekim olarak, ilkyardım ve âcil tedavi konusunda da bilgi ve beceri sahibi olmalıdır. Aldığı çok-disiplinli eğitim sayesinde bu hizmeti etkili şekilde verebilir.
Sağlık hizmetlerinde koordinasyon, diğer sağlık çalışanlarının eğitimi hakkında bilgi sahibi olmayı ve diğer sağlık çalışanlarının ne konuda, nasıl yardımcı olabileceklerini anlamayı gerektirir. Tanı, tedavi ve bakımda rol alan tüm sağlık çalışanlarının işbirliği içinde olmalarını istemek, hastanın hakkıdır. Ekip çalışması sadece aynı mekânı kullananların ayrıcalığı değildir. Bağımsız çalışanlar da düzenli olarak toplanıp, belirledikleri ortak hedeflere ne ölçüde ulaşıldığını değerlendirebilirler. Ekip çalışması sağlık çalışanlarının beceri ve deneyimlerinin bir ortak havuzda buluşturulmasını da kolaylaştırır. [7]

9.7 Kronik Hastalıkların İzlenmesi, Rehabilitasyon ve Yaşlıların Sağlığı

Kronik hastalıkların izlenmesi ve rehabilitasyonu, önceki bölümlerde belirtildiği gibi bir koruyucu hekimlik uygulaması olarak kabul edilmektedir. Ortalama yaşam süresinin uzaması, tıbbî uygulamaların gelişmesi ile toplumda yaşlıların oranı ve kronik hastalıkların sıklığı artmaktadır.
Kronik hastalıkların izlenmesi ve rehabilitasyonunda aile hekimine büyük görevler düşer.
Gelişen **evde bakım** kavramı, aile hekimlerinin bilmek zorunda olduğu bir uygulama biçimidir. Kronik hastalıkları olan bireylerin yakından izlenmesi, komplikasyonların erken farkedilmesi ve küçük müdahaleler ile önlenebilmesini sağlar. Böylece sık sık hastaneye başvurmak, ilerlemiş komplikasyonlar nedeniyle hastaneye yatmak gereksinimi ortadan kaldırılarak birey hastalıkların zararlarından korunur ve kaynak tasarrufu sağlanır.

9.8 Periyodik Muayene

Hastalıklara özgü risk faktörlerini taşıyanların belirlenmesi ve erken tanı, koruyucu hekimliğin en önemli işlevlerindendir Sağlam bireylerin bu amaçla periyodik muayeneleri büyük önem taşır.
Aile hekimi koruyucu check-up'lar konusunda geniş bilgi sahibi olmalıdır.[6] Konvansiyonel check-up, incelemelerin kapsamı ve yapılış sıklıklarının farklı yaş ve cins gruplarının

ihtiyaçları ile pek az ilgili olması nedeniyle eleştirilmektedir: Rutin muayenelere dâhil edilen incelemelerin çoğunun etkinliği kanıtlanmamıştır ve optimal sıklıkları tartışmalıdır: Bu eleştirilere cevap olarak, belli cins ve yaş grubu hedeflenerek etkinliği genel kabul gören incelemeler ile sınırlı kalmak suretiyle *Sağlık Koruma Paketleri* oluşturulmaktadır.
Periyodik Sağlık Kontrolü; gelecekteki hastalanma riskini saptamayı, hastalığı belirtisiz erken döneminde tanımayı, gerekli bağışıklamaları yapmayı, sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesine yönelik danışmanlık hizmeti vermeyi hedefler.
Toplumda sık görülen hastalıkları saptamak amacıyla yapılan tarama, periyodik muayeneden farklı bir yöntemdir: Ülkenin epidemiyolojisi göz önüne alınıp, etkinliği tartılarak[1] geliştirilecek bir sağlık tarama programı yararlı olabilir. Aksi takdirde yapılacak uygulamalar zaman ve kaynak israfından başka sonuç vermeyecektir.

19. KUTU

SOSYALLEŞTİRME YASASI

Sosyalleştirme yasasını hazırlayanlar birinci basamak sağlık hizmetlerinin 657. maddenin gölgesinde gerçekleştirilemeyeceğini görmüş ve yeni bir personel rejimi oluşturmuşlardı: Ancak kısa bir uygulama devresinden sonra sosyalleştirme kapsamındaki personel de 657'ye tâbi kılınmış ve bugünlere gelinmiştir.
Madde 24 - Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinde vazife alanlar, vazifeye başladıkları günden itibaren muvakele imzalamaya mecburdurlar (...) Bir yıldan fazla mukavele imzalanmış olması halinde, bir yıllık hizmetten sonra sebep gösterilmeksizin 3 aylık bir ihbar müddetine riayet kaydiyle mukavele her zaman için fesih edilebilir.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki 05/01/1961 tarih ve 224 sayılı Kanun

9.9 Sonuç

Günümüzde tıp uygulamaları her geçen gün biraz daha çeşitlenmekte, modern teknoloji kullanımıyla maliyetler giderek yükselmektedir. Hızla artan sağlık harcamaları, gelişmiş ülkeler için de önemli bir sorun oluşturmaktadır. Modern tıbbı yaygın, etkin ve düşük maliyetle uygulamanın günümüzde kabul edilen yöntemi olan aile hekimliği, bu nedenle, dünyada giderek daha çok önem kazanmaktadır.
Ülkemizde on yıllık geçmişi boyunca aile hekimliği yeterince yaygınlaştırılamamıştır. Ancak dünyada edinilen tecrübe, etkin bir finansman sistemi ve iyi organize edilmiş birinci basamak hizmeti çerçevesinde aile hekimliğinin önemli bir boşluğu dolduracağını göstermektedir. Gelişmiş ülkelerdeki insanlara oranla 3.5 kat daha az sıklıkla doktora başvuran/başvurabilen ülkemiz insanı için doktorun hastaya daha yakın ve kolay ulaşılabilir olması, durumun düzeltilmesinde çok önemli rol oynayacaktır.
Bir hizmetin benimsenmesinde en önemli unsur, hizmet alanın tatminidir. Birinci basamak sağlık hizmetinin benimsenmesi için de, koruyucu hekimliğin yanında tatminkâr bir tedavi hizmeti verilmesi zorunludur. Böyle bir hizmetin başarılı olabilmesi için öncelikle bu konuda iyi eğitilmiş hekimler gereklidir.

KAYNAKLAR

1) *PW.* 1989; 25, 145, 205; (Bir tarama programının 9 ölçütü s.205'te verilmiştir).
2) 25/7/1995 gün ve 22354 sayılı Resmi Gazete VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı, s. 27, DİE Türkiye İstatistik Yıllığı; 1994 verileri ile hesaplanmıştır.
3) *SHMD*; 116'daki tablo esas alınarak hesaplanmıştır.
4) Toplum ve Hekim, Mayıs-Haziran 1995: 10/67; 75.
5) **Kalkay MN.** *Çağdaş Hekimliğin Sorunları*. Tıbbî Kitplar Dağıtım Servisi. İstanbul 1981; 45.
6) **Rakel, RE.** *Textbook of Family Practice*. 1990; 209.
7) WHO/EURO. *A charter for General Practice/Family Medicine in Europa Working Draft Discussion.* Kopenhag, 1995; 6, 5.
8) *Aile Hekimliği Uzmanlık Müfredatı*. SB SPGK. 1995.
9) WONCA. Sağlık Hizmetinde Genel Pratisyen/Aile Hekiminin Rolü. Çev. Leloğlu S, Seval MA.
10) **Bozdemir N.** *2. Türk Alman Tıp Günleri ve Aile Hekimliği Sempozyumundaki Konuşması*. AHUD Yayını No: 2. 16/06/1995.
11) **Özdemir K.** *2. Türk-Alman Tıp Günleri ve Aile Hekimliği Sempozyumundaki Konuşması.* 14/06/1995.

BAŞVURULABİLECEK KAYNAKLAR

- "Sağlık Enformasyon Sistemi Planlama Çalışması" Sağlık Bakanlığı SPGK Sağlık Enformasyon Sistemi Bölümü, Ankara, Nisan 1993, Ulusal ölçekte güvenilir sağlık kayıtlarına ulaşma konusunda öncü bir çalışma.
- Neyzi O., Bulut A., Gökçay G., Uzel N. "Anne ve Çocuk Sağlığında Öncelikler" Nobel Tıp Kitabevleri, tarihsiz. Genç bir nüfusa sahip olan ülkemizde sağlık yönünden nüfusun en duyarlı kesimlerinde sık karşılaşılan sorunları, çözümleri ve ailelere verilmesi gereken sağlık eğitimi yönünden ele alan kitap. Birinci basamak hekiminin başucu kitaplarından.
- Demirel N, Yiğit İ, Gözenman F, Tuncay L. *Sağlık Mevzuatımız* Filiz Kitabevi İstanbul, 1969. Kanun tüzük v.d.lerin yayın ve kabul tarihlerini, tamim mektuplarını v.d. içeren değerli bir kaynak. Hukuki zemini belirlemekte yardımcı. Bu konuda hemen her sene değişiklikler meydana geldiğinden hem zaman içindeki değişiklikleri hem de güncel durumu bilmek gerekir.
- Toplum ve Hekim "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri" dosyası 67. sayı içinde Mayıs, Haziran 1995.

10. BÖLÜM

DÜNYADA AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMALARI

Esra Saatçi - Hakan Sezer

Uygulama farklılıkları, isim değişiklikleri olsa da dünya ülkelerinin pek çoğunda, aile hekimliği birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır. Buradaki felsefe, bireylerin aynı hekim tarafından izlenmeleri, yalnız tedavi edici değil, koruyucu sağlık hizmetlerinden de yararlanmalarının sağlanmasıdır.
Bu bölümde nüfusları, coğrafi özellikleri, sağlık göstergeleri, yönetim biçimleri, öncelikli sağlık sorunları gibi konularda farklılıklar gösteren bir kaç ülkenin sağlık sistemleri ve özellikle aile hekimliği uygulamaları hakkında özet bilgi verilmektedir.

10.1 Birleşik Krallık [1,2,3,4]

İlk aile hekimliği uygulamaları 1601'den itibaren gelişmiştir. 1902 ertesinde de gelişim gönüllülük temelinde sürdü. Gerçek anlamda ilk aile hekimliği (AH) ya da İngiltere'de adlandırıldığı şekliyle genel pratisyenlik (GP) uygulamaları 1947 yılında aile hekimlerinin birleşerek *"Aile Hekimleri Kraliyet Koleji"*ni *(Royal College of General Practitioners)* kurmalarıyla başlamıştır.
Birleşik Krallık'ta (BK) ilk ulusal sosyal güvenlik kanunu **1911**'de hayata geçirilmiştir. **1948** yılında toplumun her kesimi için ücretsiz sağlık hizmeti sağlamak amacıyla *"Ulusal Sağlık Hizmetleri" (National Health Services: NHS)* örgütü kurulmuştur.
NHS örgütü dünyanın en kalabalık onuncu gücü, Kızılordu'dan sonra Avrupa'nın en büyük örgütlenmesidir.
NHS kapsayıcı, düşük toplam maliyetli, hakça, ücretsiz hizmet sağlayan bir sağlık sistemidir.

NHS in yapısı:
* Hastane ve toplum sağlığı hizmetleri (*Hospital and Community Health Services) (HCHS)*
* Aile hekimliği hizmetleri *(Family Health Services) (FHS)*
* Yerel sosyal hizmetler
* Sosyal güvenlik hizmetleri

BK'ta sağlık hizmetlerini 14 (günümüzde 9) *Bölge Sağlık İdaresi (Regional Health Authority; RHA)* yönetir. Her bölgede en az bir tıp okulu bulunur. RHA'nin esas görevi NHS planlaması yapmaktır. Ulusal öncelikleri, bölgesel amaç ve planlara dönüştürür. Her RHA 2-5 milyon nüfusa hizmet verir.
En küçük idari birim *District Health Authority (DHA)*; semt sağlık idareleridir. 140 DHA'dan her biri 89.000-860.000 nüfusa hizmet verir. DHA, hastaneler ve uzmanlık dalları da dahil olmak üzere semtteki tüm sağlık hizmetlerinden sorumludur.

DHA'nin 4 ana organizasyonu vardır:

1- Semt Yönetim Ekipleri (District Management Teams) (DMT),
2- Semt Tıp Komiteleri (District Medical Committees) (DMC),
3- Sağlık Hizmeti Planlama Ekipleri (Health Care Planning Teams) (HCPT),
4- Toplum Sağlığı Konseyleri (Community Health Councils) (CHC).

DHA'nın bütçesi sınırlıdır. Yerel vergiler ve merkezi hükümetin katkılarından oluşur. Hastanede ayaktan tedavi, toplum hemşireliği, yaşlılar, akıl hastaları, zihinsel özürlüler için kurumsal bakım hizmetlerini sunar.

Aile hekimliği komiteleri, diş hekimliği ve eczacılık hizmetlerini de izler.

DMT yerel sağlık birimlerinin yönetim ve koordinasyonundan sorumludur; geleceğe dönük planlamalar yapar. *DMC*, yerel düzeyde tabip odası ve diş hekimleri odası temsilcileri ile hastane ve hastane dışında çalışan hekimlerden oluşur. *HCPT*, özel gruplar için (örneğin yaşlılar) hizmet planlarının geliştirilmesinden sorumludur. *CHC*'ler resmi olarak yönetim yapısının bir parçası değildirler. Faaliyet düzeyleri bölgeden bölgeye değişir, sınırlı güce sahiptirler. Başlıca işlevleri AH/GP'lik hizmetlerinin izlenmesidir.

GP'in ödemesi, temelde, kayıtlı kişi sayısına göre yapılmakla birlikte özellikle kişiye yönelik koruyucu hizmetleri ve gece ev ziyaretlerini teşvik amacıyla hizmet başına ödeme de (fee for service) yapılır. Hastanede çalışan doktorlara maaş verilir. Hastanın hizmetten yararlanmasını belirleyen isteği ya da ödeme gücü değil, ihtiyacıdır. Kişiler, kayıtlı oldukları AH/GP'den sevk almadıkları sürece acil durumlar dışında, bir üst basamak sağlık kuruluşuna başvuramazlar.

Birleşik Krallık'taki tüm hastalık vakalarının %85'i kendi kendine bakımla iyileşir, kalanların %90'ını AH/GP'ler tedavi eder sadece %10'u (toplamın %1'i) dal uzmanlarına başvurur. Yine de hastane giderleri sağlığa ayrılan kaynakların %65'ini bulur, birinci basamak harcamaları %30'un altındadır. Bu örnekte de açıkça görüldüğü üzere ikinci ve üçüncü basamakta sunulan hizmet, tabiatı icabı pahalıdır.

Hükümet sağlık sistemini tekrar gözden geçirme kararı almıştır. Reform önerisinin temeli, hizmet finansmanının hizmetin sunumundan ayrılmasıdır.

Sağlık hizmetlerinin çoğu vergiden finanse edilmektedir. Kendi bütçesi olan AH'leri vardır (*fundholder*). Bunlar hizmetleri, kamu ve özel sunuculardan rekabet ortamı içinde satın almaktadırlar.

Belirli bazı hastaneler fiyatlarını serbestçe kendileri belirlemektedirler. Çalışanlarını kendileri işe almakta ve özel sektörden ya da hazineden kaynak sağlamaktadırlar.

Toplam sağlık harcaması içinde özel sağlık hizmetinin payı %8-9 dolayında olup, özel sigortalara prim ödeyenler NHS'ten çıkartılmazlar.

AH/GP'e muayenehanesinde hemşire, ebe, ev ziyaretçisi hemşire, sosyal hizmet uzmanı, tıbbi sekreter ve sayısı ihtiyaca göre değişen paramedikal bir ekip bulunur.

Son dönemde, muayenehane giderlerinin ve bu ekibin ücretlerinin %70'ini NHS ödemektedir.

Ülkedeki 34.000 uzman AH/GP'den çoğu, ortalama 4-5 hekimden oluşan grup muayenehanelerinde, ancak %10 kadarı tek hekim ve ekibinden oluşan çekirdek ofislerde çalışırlar. Çekirdek ofis sayısı 1950'de %50'den fazla idi. 6.000 kadar AH/GP ise bizdeki sağlık merkezlerine denk düşen 1.000 kadar "*Health Center*"de oda kiralayarak çalışırlar. Bu sağlık merkezleri oda kiralayan hekimlere bağlı olmaksızın sorumlu oldukları ortalama 10-15 bin nüfusa koruyucu, geliştirici ve bir oranda rehabilite edici hizmet verirler. Nüfus oranı AH/GP için ortalama 2.000-3.500 arasındadır ve tedavi edici/koruyucu sağlık hizmetleri esasen onlar tarafından ve sağlık merkezinden bağımsız olarak verilir.

BK'taki tıp fakültelerinde, AH/GP'lik eğitiminin ana hatları ilki 60'larda kurulan 30 AH/GP'lik kürsüsünde verilir. **1979**'da zorunlu kılınan AH/GP uzmanlık eğitimi **1 yıl** internlük, **2 yıl** hastane eğitimi (asistanlık) ve eğitici eğitimi görmüş bir AH/GP'nin muayenehanesinde **1 yıl** çalışarak tamamlanır.

Uzmanlık süresi sonunda zorunlu olmayan, ancak bir prestij simgesi sayılan Kraliyet GP Koleji üyelik sınavına uzmanların %80'i başvurur ve bu ünvanı gururla taşırlar.
Uzmanlık sonrası sürekli tıp eğitimi zorunlu değildir, maddî, manevî desteklerle özendirilir.

10.2 Almanya[5,6,7,8]

Sağlık hizmetleri yönetiminin çatısını *Federal Gençlik, Aile ve Sağlık İşleri Bakanlığı* ile *Federal Çalışma ve Sosyal İşler Bakanlığı* oluşturur.
Almanya'da **1883**'te yasalaşan sosyalleştirme kanunu ile "***Bismarck Modeli** Sağlık Sigortası Sistemi"* kurulmuştur. Finansmanın büyük bölümü (%60-70'i) işveren ve çalışanların zorunlu katkı paylarından sağlanır. Bu fonlar kamu ya da özel sigortalarca işletilir. Almanya'da bu yolla gelişen sigortaların *(Krankenkasse)* 1000'i aşması yadırganmamalıdır.
Hemen her meslek dalının sigortası ayrı olup prim miktarını kendi finansal durumuna göre belirler, **sağlık sigortası nüfusun %90'ını kapsar**.
Nüfusun bir kısmı ise ya salt özel sigorta altındadır, ya da kamu sigortalarına ek olarak tamamlayıcı özel sigortaları seçerler. Geriye kalanlar sosyal yardım programından yararlanabilirler.
Yüz yıllık geçmişi boyunca fazla bir değişiklik geçirmeyen bu sigorta sistemi, ekonomik olmayan yapısı ve yanlış yönlenmelerle 90'lara gelinirken ciddi bir krize girmiştir. Krizden kurtulabilmek amacıyla 1989'da "Sağlık Reformu Yasası", ile 1993'te "Sağlık Yapılanma Yasası" devreye girmiş, harcamalar bir ölçüde frenlenmiştir.
Almanya'da birinci basamak sağlık hizmetlerini öncelikle AH/GP uzmanları, daha sonra uzmanlık ünvanlarını kullanmaksızın diğer dal uzmanları muayenehanede verirler. **1969** öncesinde sigorta hekimi olmak için 1,5 yıl klinik eğitim yeterliyken, bu tarihten sonra **4 yılık**, hastane ve muayenehanede gerçekleştirilen bir **uzmanlık programı** oluşturuldu. Başlangıçta bulunmayan bitirme sınavı 1980'de zorunlu kılındı. **1994**'te de birinci basamakta çalışacak hekimler için AH/GP uzmanlık eğitimi almak ta zorunlu hâle getirildi.
7,5 yıllık tıp eğitimi 1 yıl internlik ve 1,5 yıl zorunlu klinik eğitimi kapsar.
AH/GP'lik kürsüleri mezuniyet öncesi eğitimi zorunlu dersler kapsamında verirler.
1976'da Hannover Tıp Fakültesi'nde açılan ilk AH/GP'lik kürsüsünü, biri Frankfurt'daki enstitü olmak üzere 24 kürsü takip etmiştir.
Mezuniyet sonrası sürekli eğitim zorunlu değildir. AH'lerinin diğer dal uzmanlarına oranı %45 dolayındadır.
Hastalar dosyalarını teslim ettikleri AH'e en az 3 ay boyunca bağlı kalırlar. Hekim gerekli gördüğünde hastayı bir dal uzmanına ya da hastaneye sevk edilebilir. AH kural olarak acil vakalara mesai saati dışında da bakmakla yükümlüdür. Bu görevi aynı bölgedeki diğer AH'leri ile ortaklaşa üstlenir. Muayenehanede çalışan AH/GP'lere hizmet başına ödeme yapılır, hastane doktorları ise maaş alırlar.

10.3 Fransa[9,10,11]

1945'te Fransa'da kurulan sosyal güvenlik sisteminin ana ilkesi tüm nüfusu şemsiyesi altına almaktır. Sistem devletin ve özel sektörün oluşturduğu genel sağlık sigortasına dayanır.
Hastalar 3 kategoriye ayrılır: 1- İşçi ya da işçi eşi, 2- Kaynağı olan işçi-dışı, 3- Kaynağı olmayan işçi-dışı.
1- Hem işçi hem de işveren sosyal güvenlik ödemesi yapar. Sosyal güvenlik 26 ciddi hastalık için % 100 kapsayıcıdır. İşçi ya da en yakın akrabalarından birisi hastalandığında, sağlık sigortası harcamaların bir kısmını öder.
2- Masrafların bir kısmının sosyal güvenlik tarafından ödenebilmesi için kişi önceden ödeme yapar.
3- Hasta yaşadığı yerdeki belediye kuruluşundan, ücretsiz sağlık hizmeti talebinde bulunabilir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri çoğunlukla serbest çalışan AH/GP'lik uzmanları ve diğer dal uzmanları tarafından verilir. Bunların 1/3'ü hastanelerde, % 15 kadarı ise sağlık merkezlerinde çalışırlar.
Fransız Ulusal Sağlık Sisteminin bir diğer ana noktası kişinin (hastanın) tedavi edilmek istediği sağlık kuruluşunu özgürce seçebilmesi ve oraya başvurabilmesidir. Bazı muayeneler için (fizyoterapi, diş gibi) ödeme, sosyal güvenlik ile yapılan anlaşmaya bağlıdır. Diğer pek çok hizmet için giderler sosyal güvenlik tarafından belirlenen sınırlar içinde otomatik olarak ödenir.
Hizmet başına ödeme esastır. Hastane ve Sağlık Merkezinde çalışanlara maaş ödenir. Hastalar genellikle %20 oranında katkı payı öderler.
Sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı hızla büyümekte ancak sağlık sigortası hasar ödeme oranları son 10 yılda giderek azalmakta, böylece tercihe bağlı tamamlayıcı sigortalar ve hastaların kişisel katkıları giderek önem kazanmaktadır.
Fransız ulusal sağlık sistemi, * Kamu, * Kâr amacı gütmeyen özel ve * Kâr amaçlı özel kuruluşlar olmak üzere farklı kuruluşlardan meydana gemir. Bu kuruluşların arasında yeterli koordinasyon yoktur.
Yüzyılın başında, hijyen ve yaşam koşullarının iyileştirilmesi için çok verimli çalışmalar yapan sağlık yönetimi, şimdi kemikleşmiş bürokratik bir yapıya dönüşmüştür, düşük ücret ödemekte ve halk sağlığının modern araçlarının (epidemiyoloji gibi) eksikliğini taşımaktadır.
Toplumun sadece bir kısmının sosyal sigortalı olduğu zamanlarda devlet, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, verem, sıtma, akıl hastalıkları ve alkolizmle savaşmaktaydı. Bu hastalıkların her biri için yerel dispanserler vardı. Daha sonra ana-çocuk sağlığına daha fazla önem verilmeye başlandı. Ana-çocuk ölümlerini azaltmak için sosyal düzenleme, eğitim, sağlık kuruluşlarının modernizasyonu gibi farklı alanlarda çalışmalar yapıldı.
Ücret ve ödemeler 4 yılda bir sağlık meslek birlikleri ile sağlık sigortaları arasında imzalanan, Sağlık Bakanlığı'nın onayladığı bir anlaşma ile belirlenir. 1980'de hekimlerin % 99'undan fazlası Sağlık Bakanlığı ile anlaşmışlar ve bazı özel aşırı harcamalar hariç sağlık sigortası tarafından sabitleştirilen ücretleri tahsil etmişlerdir.
1985'te Sağlık Sigortası, daha yüksek ücret isteyen hekimleri memnun etmek için tercihli serbest ücret uygulamasını başlatmıştır.
1985-89 döneminde hekimlerin % 26'sı serbest ücret uygulamasını tercih etmiştir; bu uygulamada vizite ücretlerinin % 70'i geri ödenmektedir. (Hasta vizite ücreti olarak ödediği 100 FF'nın 70'ini sigortadan geri almaktadır). GP yasal olarak hastadan 85, 120 hatta, 150 FF ödemesini isteyebilir.
Zorunlu bir sevk zinciri yoktur. Her hastanın en az 1 yıl süreyle bir AH/GP'ne bağlanması planlanmaktadır. Bunu diğer dal uzmanları şimdiye kadar reddetmişlerdir.
Fransa'da üniversitelerde bağımsız AH/GP kürsüleri olmamasına rağmen 41 üniversitenin 5'inde mezuniyet öncesi AH'liği eğitimi verilmektedir. AH eğitimi 1990'dan sonra Avrupa Birliği'ne uyum için başlatılmıştır.
1996'da 2 yıllık AH/GP uzmanlık eğitimi zorunlu kılınmıştı, bu süre hastane ve uzman AH yanında muayenehanede geçmekteydi.
Tıpta Sürekli Eğitim ve Değerlendirme Dernekleri Ulusal Birliği; (UNAFORMEC)'in verdiği mezuniyet sonrası sürekli tıp eğitimi isteğe bağlıdır.

10.4 İtalya[9, 10, 11, 12]

İtalya "Ulusal Sağlık Sistemi" **1978**'de kurulmuştur. Yerel yönetimlerin sorumluluğundaki bölgesel sağlık birimleri 50.000–200.000 nüfustan yükümlüdür. Desantralizasyon, sağlık hizmetinde bölgelerarası farklılıklar yaratmıştır.
Her çalışan (işçi ya da memur) ve her işveren sağlık vergisi ödemek zorundadır. Kendi hesabına çalışanlar da sağlık vergisi öderler. Belli ilaçlar ve farmasötik ürünler dışındaki

sağlık hizmetleri ücretsizdir. Hizmetler sınırsızdır. Sağlık hizmeti, ihtiyacı olan herkese sunulur. Tek kısıtlama hastane ve kliniklerdeki yatak sayısıdır. İtalyan vatandaşları sağlık vergisi ödeyip ödememe konusunda seçim hakkına sahip değillerdir. Standart sağlık hizmeti yerine bir başka tip hizmetten yararlanma daha fazla ödemeyi gerektirir. Her vatandaş kamu sağlığı hizmetlerinden yararlanma hakkına sahiptir.
Birinci basamak sağlık hizmetleri bağımsız çalışan AH/GP'ler tarafından verilmekte, bu hekim gerektiğinde bir üst basamağa sevk etmektedir. Hastaneye doğrudan başvuru ücretlidir. Her AH/GP'ne en fazla 1.500 olmak üzere ortalama 1.000 kişi kayıtlı olup, hastaların hekim seçme özgürlüğü vardır. Kişi başına ödeme esastır.
İtalya'da üniversitelerde AH/GP kürsüleri olmadığı için tıp öğrencilerine yönelik mezuniyet öncesi birinci basamak eğitiminden söz edilemez. İtalyan AH/GP Koleji'nin zorlamaları ile **1985** yılında 3 yıllık AH/GP'lik uzmanlık eğitimi zorunlu kılınmıştır. Toplamı 72.000'e ulaşan AH/GP'ler arasında uzman AH/GP'leri hâl'en az sayıdadır. Yılda 32 saatlik sürekli eğitim zorunludur.

10.5 İspanya[9, 10, 11, 13]

Franco döneminde **1944**'te yoksul işçileri sağlık yönünden desteklemek amacıyla başlatılan ulusal sağlık sigortası demokrasiye geçilirken 1972 ve 1977'de değişikliğe uğramış, merkeziyetçi niteliğini kaybetmiş, bölgesel olmaya başlamıştır.
1984'te birinci basamak sağlık reformu gerçekleştirilmiştir. Bundan sonra 1986'da kurulan INSALUD (= Ulusal Sağlık Sistemi) ile kamuya ait tüm sağlık kuruluşları tek çatı altında toplanmış, politikaların belirlenmesi yerel yönetimlere bırakılmış ve yeni sistemin temeline birinci basamak sağlık hizmetleri yerleştirilmiştir.
Nüfusun % 70'ini kapsayan INSALUD'da finansmanın % 70'ini işveren, % 20'sini çalışanlar % 10'unu devlet karşılar. Diş bakımı ve akıl hastanesinde yatış dışındaki sağlık hizmetleri ücretsizdir. Emekliler dışında sağlık hizmetinden yararlananlar ilaç tutarının % 40'ını öderler.
INSALUD dışında yoksulların bakımını üstlenen il ve belediye hastaneleri ve Savunma Bakanlığı'na bağlı hastaneler bulunur. INSALUD ile anlaşmalı özel hastaneler de vardır.
Birinci basamakta AH/GP, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, hemşire, ebe, sosyal hizmet uzmanı, (bazı yerlerde) diş hekiminden oluşan ekip, sağlık merkezinde 5.000-25.000 kişiye mültidisipliner hizmet verir. Bu tip sağlık merkezleri çok olmadığından özellikle kentlerde muayenehanede çalışan ve INSALUD'a bağlı olmayan AH/GP'ler ile çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları bulunur. Sevk zinciri zorunludur. Hastane (2. basamak) ile poliklinik (1. basamak) hekimleri arasında mesleki ilişki bunun dışında pek fazla değildir. Halk arasında genel kanı hastanelerin, ayaktan bakım hizmetlerine nazaran daha iyi olduğu yönündedir.
İspanya'da AH/GP'lik kürsüleri üniversite bünyesinde yer almamakta, bu nedenle de mezuniyet öncesi AH/GP'lik eğitimi yapılmamaktadır.
1979'da başlayan AH'liği eğitimi 3 yıldır, hastane ve sağlık merkezlerinde verilir. Bitiminde sinal yapılır. AH'liği uzmanlığı son yıllarda zorunlu hale getirilmiştir. Eğitim programları ile bütün eski pratisyenlerin AH'liği uzmanı olmaları sağlanmaya çalışılmaktadır.
Mezuniyet sonrası sürekli tıp eğitimi programları zorunlu değildir ve Sağlık Bilimleri Kurumu tarafından yönlendirilmektedir.

10.6 Portekiz[8, 10, 11, 15]

Tüm nüfusu kapsayan Portekiz Ulusal Sağlık Sistemi **1979**'da kuruldu. Doktorların çoğunluğu bu sisteme dahildir; yarıya yakını aynı zamanda özel ofislerinde çalışmayı sürdürmektedir.
1982'de AH/GP'leri Ulusal Sağlık Sistemi'ne entegre ederek birinci basamak örgütlenmesini ve zorunlu sevk zincirini sağlamak amacıyla bir dizi düzenleme yapılmıştır. Bu arada 3 yıllık AH/GP'lik uzmanlık eğitimi devreye sokulmuştur.

1981-1986 yılları arasında pratisyen hekimlerin % 10'u bu eğitimden geçtiler. **1987**'deki yeni düzenleme AH/GP'lik uzmanlık eğitimini zorunlu kıldı; 1987'ye kadarki pratisyenlerin nasıl hızla eğitileceği sorusu gündeme geldi: 1982'de kurulan AH/GP'lik Koleji bu hekimler için kısa dönem hizmet içi eğitim modelini geliştirdi.
Uzmanlık sınavı değerlendirmesini de Sağlık Bakanlığı ile birlikte yapan Kolej dışında ayrıca Sağlık Bakanlığı'na bağlı çalışan 3 adet AH/GP'lik enstitüsü kuruldu. Bu enstitüler eğitim ve sürekli eğitimden sorumludur. 3 yıllık uzmanlık programını bitirenlerin sayısı 542 iken, kısa dönem eğitimden geçenlerin sayısı 2.750 olmuştur (1994). 1987'de Lizbon Tıp Fakültesi'nde kurulan ilk AH/GP'lik anabilim dalını 3 üniversitede açılan anabilim dalları izledi. 5 yıllık tıp eğitimi üzerine 18 ay süren internlük içinde 6 ay AH/GP'lik eğitimi alınması zorunludur.
Birinci basamak örgütlenmesi, 1982'den beri kurulan sağlık merkezlerinde yapılan multidisipliner ekip çalışmasına dayanmaktadır. Ekipte AH/GP'lik uzmanları, konsültan dal uzmanları, röntgen ve laboratuvar teknisyenleri ile hemşireler yer almaktadır. Ülkenin hemen her yerine yayılmış 360 sağlık merkezi, 1.878 küçük sağlık birimi vardır. Her kişi bir AH'ne kaydolmak zorundadır ve ortalama1.500 kişiye bir AH düşer. 1990'da sistemi liberalleştirmek amacıyla yeni bir reform çalışması başlatılmıştır.

10.7 Yunanistan[11, 4]

Yunanistan'da sağlık hizmetleri merkezî olarak Sağlık Bakanlığı'nın denetimindedir; nüfusun % 70'inden fazlası sigortalıdır. Finansman işçi/işveren katkı payları ve vergiler ile sağlanır.
1982'de birinci basamak sağlık hizmetleri reform girişimi başlatılmıştır. Yeniden örgütlenen sağlık merkezleri, 1984'ten itibaren AH/GP'ler, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları, diş hekimi, radyoloji, mikrobiyoloji ve biyokimya bölümleri ile ekip hizmeti vermeye başlamışlardır. Ancak eski sistem özel hekimlik hâlâ çok yaygındır. Sevk zorunluluğu olmayan bu sistemde ödenen maaş merkezî olarak belirlenir. AH/GP'ne ortalama 1.800-2.500 kişi bağlıdır.
Üniversitelerde kürsüler bulunmaması nedeniyle uzmanlık eğitimini Yunanistan "GP'ler Birliği" üstlenmiştir. Uzmanlık eğitimi 3 yıl sürmekte, hastane ve sağlık merkezlerinde 1986 müfredatına göre yapılmaktadır. Uzmanlık bitirme sınavını GP'ler birliği ve üniversitelerden atanmış hekimlerden oluşan yerel komisyonlar yapar. Uzmanlık eğitimi isteğe bağlıdır; 1994'te 630 AH/GP'lik uzmanı yetiştirilebilmişti. Bu sayı, ihtiyaç duyulan 11.000 uzman AH/GP hedefinden çok uzaktır. Sürekli eğitim zorunlu değildir.

10.8 Norveç[10, 11, 16]

Sağlık hizmetlerini, sosyal hizmetlerden de sorumlu olan "Sosyal Güvenlik Bakanlığı"na bağlı Sağlık Müdürlüğü yürütür. Ülke 19 il'e (fylker) ayrılmıştır. Her il sağlık yönetimi açısından bir anabölge oluşturur. İllere bağlı 450, kırsal yönetimlere bağlı 390 kadar küçük sağlık bölgesi ayrılır.
Birinci basamak, bölgede sağlık merkezi ile temsil edilir. Sağlık merkezi içinde yerel yönetimle sözleşmeli AH/GP, diş hekimi, ev hemşiresi, ebe, fizyoterapist, laboranttan oluşan ekip kişiye yönelik koruyucu ve tedavi edici hizmetleri verir. Dağınık nüfuslu yerlerde tek başına çalışan AH/GP'ler bulunabilir.
Ücretlendirme hasta başına olup, mesai dışı nöbetler ayrıca ücretlendirilir. Bu miktarlar meslek örgütü ile hükümet arasındaki görüşmelerle kararlaştırılır.
Hasta, sevk zinciri ile yerel hastaneye, ya da illerdeki daha büyük hastanelere sevk edilebilir. Üçüncü basamağı ise 400.000 ilâ 1 milyon kişiye hizmet veren beş ana bölge üniversite hastanesi temsil eder.
Ulusal Sağlık Enstitüsü sağlık hizmetlerinin finansmanını % 30'unu çalışanlardan, % 55'ini işverenlerden, % 15'ini ise devletten alarak oluşturur. Ülkedeki 5 tıp fakültesinden mezun

olan hekimler 6 yıllık eğitim sonrası 21 aylık (6 ayı birinci basamakta) internlik eğitiminden geçerler. Mezuniyet öncesi eğitim zorunludur.
1985'te tanımlanan AH/GP'lik uzmanlığı internlik sonrası 1 yılı klinik eğitim ve 4 yıl bir AH/GP'lik uzmanı eğitmenin önderliğinde yapılan "desantralize grup çalışmaları" sonrası, toplam 5 yılda verilir. Ülkedeki 3.263 GP'nin % 45'i uzmanlığı seçmiştir.
Sürekli eğitim yasa gereğidir ve yılda 50 saat ile 5 yılda bir 3 ay hastane eğitimi zorunludur.

10.9 Polonya[23, 11]

Sağlık ve sosyal hizmetler devlet sektörüne bağlıdır ve tüm nüfusu kapsar. Büyük kısmı ücretsizdir. Emekliler ve kronik hastalıkları için ilaç kullananlar dışındakiler ilaç tutarlarının % 30'unu öderler.
Özelleşmiş tedavi yöntemleri ve tıp eğitimi için her biri 5 ili içeren 10 sağlık bölgesi tanımlanmıştır. Sağlık Bölgesinin merkezi, Tıp Akademisi ve bir eğitim hastanesidir. Yönetimin bir alt kademesinde 49 bölge (voyvodalık) yer alır. Bölge Sağlık Departmanı, Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü programların uygulanmasından ve yönetiminden sorumludur. Sağlık hizmetlerinin en alt kademesini ve muhtemelen de en önemli bölümünü entegre sağlık ve sosyal servislerini içeren 400 kadar yerel bölge (ZOZs) oluşturur. Bu bölgeler 30.000 ilâ 150.000 kişiye hizmet verirler. 1974'de hizmete giren bu birimlerin idari görevleri yoktur ve poliklinik hastalarının hastaneye sevkinde rol oynarlar. 49 bölgenin her biri 3 ila 33 arasında "ZOZs" içerir. En az bir hastaneleri endüstriyel dispanserleri mevcut olup çeşitli poliklinik, acil bakım, okul sağlığı hizmetlerinden sorumludurlar. ZOZs, birinci basamak sağlık hizmetlerin sunumu için pratisyen, jinekolog, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları ile diş hekimi ve gerekli diğer personelden oluşan bir ya da daha fazla ekibe sahiptir. ZOZs 3.000 ilâ 5.000 kişiye hizmet verir. Kırsal kesimde sağlık ekibi pratisyen, hemşire, diş hekiminden oluşur. Bu poliklinikler, hastalar için sağlık hizmetlerine genel giriş noktası olmakla birlikte, hastalar doğrudan hastanelerin polikliniklerine de başvurabilirler. Pratisyenlik, uzmanlık ve hastane bakımının entegrasyonu için hastanede ki bir uzman şef bölgesindeki tüm ZOZs'ların koordinasyon ve kalitesinden sorumludur. ZOZs'un 150.000 kadar nüfustan sorumlu olabileceği gözönünde tutulursa bunun güç bir iş olduğu anlaşılır. Kişilerin hekim seçme özgürlüğü vardır. Ücretler devlet tarafından belirlenir.
Birinci basamak sağlık hizmetleri pratisyen, iç hastalıkları uzmanı, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, diş hekimi, ebe, hemşire ve diğer yardımcı personel tarafından verilir. Şehirlerde ZOZs yönetiminde ekip olarak çalışırlar. Kırsal kesimde pratisyen, hemşire ve diş hekiminden oluşan 3.300 kişiye bir ekibin hizmet verdiği sağlık merkezleri bulunur.
Polonya'da gerçek anlamda aile hekimliği/genel pratisyenlik yoktur. Sağlık hizmetleri daha çok dal uzmanlığı düzeyindedir. Birinci basamak hizmetleri, pratisyenlerin yanı sıra dahiliye, çocuk sağlığı ve hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının görevidir. Kırsal kesimde sağlık hizmetleri sağlık merkezi doktorlarının çalışmalarıyla sağlanır. Hastalar herhangi bir doktora kayıtlı değildir, yaşadıkları yere göre doktorlara dağıtılmışlardır.
Doktorluk yapabilmek için, 6 yıllık mezuniyet öncesi eğitimi takiben hastanede 1 yıllık intern'lik gereklidir. AH/GP uzmanlık eğitimi henüz yoktur. Bugüne kadarki tıp eğitimi dal uzmanlıkları üzerinde yoğunlaşmıştır. Yakın gelecekte dış yardımlarla AH/GP'lik eğitimi, Tıp Akademi'lerinde uygulamaya konulacak, birinci basamak hizmeti veren hekimler için sürekli tıp eğitimi programları da eşzamanlı olarak geliştirilecektir.

10.10 Çin Halk Cumhuriyeti[17]

Çin 1949'daki devrimden itibaren yaptığı sağlık organizasyonu ile kısa zamanda büyük gelişmeler kaydeden kalabalık bir ülkedir.

Çin Sağlık Sistemi önemli bazı aşamalardan geçmiştir. **1950**'de toplanan 1. Ulusal Sağlık Konferansı'nda belirlenen üç büyük ilke vardır: "İşçilere, çiftçilere ve askerlere hizmette öncelik, koruyucu tıbba öncelik, ülkede hem batı tıbbının hem de geleneksel tıbbın geliştirilmesi." Kırsal bölgelerde bu görev "çıplak ayaklı hekimlere" verilmiş ve 1970'lere kadar kırsal tıbbın etkili gücü bu tip az eğitim görmüş hekimler olmuştur.
Daha çok kronik hastalıkların tedavisinde kullanılan geleneksel tıp 1987'de Sağlık Bakanlığı'ndan ayrılarak ayrı bir şema ile örgütlenmiştir.
Fabrika ve çiftliklerde işçi sağlığı ve meslek hastalıkları ile ilgili merkezler açılmış, eğitim kurumlarında zorunlu fiziksel egzersiz kursları başlatılmıştır.
Tüm bu görünümüyle sosyalist ekonomik sistem ve merkezi yapılanma altında koruyucu hizmetlere öncelik verilen, ulaşılabilir ve ücretsiz kamu sağlık sistemi, Çin sağlık sisteminin temel özelliği olmuştur.
Olumlu gözüken bu gelişmelere rağmen 1980'lere gelindiğinde hâlen önemli sorunların olduğu görülmüştür. Bu sorunlar, kaynak ve hizmet dağılımında kır-kent eşitsizliği, sağlık kurumlarında üretkenliğin ve hizmet kallitesinin yeterli olmaması, sağlık maliyet artışlarının önemli düzeylere yükselmesi şeklinde özetlenebilir.
Bu sorunları aşmak amacıyla sağlık yönetiminin desantralizasyonu, üretkenliği ve kaliteyi arttırmak için çalışma oranında ücret artışı, kırsal bölge sağlık hizmet ve altyapısının desteklenmesi, sağlık sigortası sisteminde reforma gidilmesi gündemin ön sıralarındadır.
Günümüzde Çin'de birinci basamak sağlık hizmeti kırsal kesimde köy doktorlarının (çıplak ayaklı hekim) hizmet verdiği sağlık istasyonları, kentte ise mahallelerdeki sokak doktoru ve halk sağlığı çalışmacısının oluşturduğu sağlık istasyonu aracılığıyla verilmektedir. Sokak hekimi işçi ve memurların ailelerine bakarken, işçi ve memurun sağlığından işyeri hekimi sorumludur. Sokak hekimi gerekli gördüğü vakaları batılı ve geleneksel tıbbın uygulandığı uzman hastanesine sevk eder. Çin'de birinci basamak sağlık hizmetleri kalitesinin arttırılması amacıyla, kırsal kesimdeki çıplak ayaklı doktorların eğitim düzeyleri yükseltilmeye başlanmıştır. **1995** yılında alınan bir başka kararla da özellikle kentsel alanlarda birinci basamakta uzmanlaşmış AH/GP'lerin kullanılması planlanmıştır. Bu amaçla Çin hükümeti WONCA'ya başvurarak eğitici uzman istemiş ve Dünya Bankası'ndan kredi talebinde bulunmuştur.

10.11 Küba [24, 25]

Hükümetin sağlık sistemi tüm ülkede tek tiptir. 3 hiyerarşik yönetim ve hizmet düzeyi vardır.
1- Sağlık Bakanlığı politika ve normları belirler, araştırmaları yürütür, bilgi toplar-dağıtır.
2- İl (provincia) düzeyinde sevk ve destek hizmeti sunar. Hastaneler, eğitim kurumları, kan bankaları, kütüphaneler, vs.
3- Yerel düzey, kır sağlık evlerinde ve hastanelerde ve kent polikliniklerinde birinci basamak hizmet sunar ve doğum-evlerini de yönetir.
Kırsal alan "cabanas" 7 hekim, 9 diplomalı hemşire, 17 yardımcı ve diğer destek personel (toplam 76 kişi) bir poliklinikte görev yapar, tüm temel uzmanlık (iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum, diş sağlığı) dallarında hizmet verir. "...Kronik hastaların ve yaşlıların evlerinde aile hekimince ziyaret edildiği bir ülke Küba. (...) [Kübalılar] tıpta yüksek teknoloji kullanımını her zaman savunuyorlar. Yüksek teknoloji kullanımının getirebileceği tıpta yabancılaşma tehlikesinin aile hekimliği sistemiyle çözülebileğini söylüyorlar. (...) Evet yanlış okumadınız, şu anda Küba sağlık sisteminin bel kemiği aile hekimleri. Özel eğitimden geçmiş, koruyucu ve tedavi edici hizmet veren birinci basamak hekimleri. **1980**'lerin ikinci yarısında başlatılan bu çalışma giderek tüm ülkeyi kapsamış. Aile hekimleri ile en az bebek ölüm hızları kadar övünüyorlar."***25*** (Küba'nın nüfusu, ekonomisi, halkın eğitim düzeyi ve sağlıkla ilgili temel veriler için **1. Bölüm**'deki **2. Tablo**'ya (s. 24) bakınız.)

10.12 İsrail [18]

Sağlık Bakanlığı ve bazı yerel sağlık otoritelerinin önayak olduğu, nüfusun % 96'sını kapsayan bir genel bir sağlık sigortası sistemi vardır. Birinci basamak sağlık hizmetlerini kırsal kesimde bir AH/GP ile hemşirenin görev yaptığı küçük sağlık birimleri, daha büyük yerleşimlerde ise 2.000-3.000 kişiye hizmet veren, daha kalabalık bir ekibin görev yaptığı sağlık merkezleri verir. Kentlerde 5.000-20.000 kişiye hizmet veren laboratuvar ve röntgen olanakları bulunan, bazı dal uzmanlarının da desteklediği büyük sağlık merkezleri bulunur. Hizmet kişiye yönelik koruyucu ve tedavi edici mültidisipliner ekip hizmetidir. Ayrıca özel çalışan AH/GP'ler de anlaşma yaparak bu sisteme katılabilirler.

Tüm hizmetler ücretsiz olup, finansman, prim kesintisi ve vergiler ile oluşturulur.

İsrail'de, ülkenin 4 tıp fakültesinde de AH/GP'lik kürsüleri bulunur, mezuniyet öncesi eğitimin yanı sıra kendilerine bağlı eğitim ve uygulama merkezlerinde (5 adet) 4 yıl süren AH/GP'lik uzmanlık eğitimi verirler. Eğitim 27 ay tam gün hastane çalışmasını, 21 ay aile hekimliği eğiticisi yanında bağımlı ve bağımsız çalışmayı kapsar. Eğitim sonunda ulusal sınav kurulunca sözlü ve yazılı sınav yapılır. Eğitimin izlenmesinden ve akreditasyondan meslek örgütü sorumludur.

10.13 Kanada[19, 20]

Kuzey Amerika'nın refah toplumlarından Kanada'da Ulusal Sağlık Sigortası (*Medicare*) tüm bireyleri, tüm hastane/hekim ücretlerini kapsar. Sisteme kolay ulaşılabilir, tüm ülkede geçerlidir ve kâr amacı taşımaz.

Sistem, **1958**'de "hastane sigortası" düzenlemesi **1966**'da "sağlık sigortası" kanunu ile son halini almıştır. Bireylerden toplanan primler ve vergilerle finanse edilir. Maddi durumu kötü olanlardan ve 65 yaşın üstündekilerden prim alınmaz.

Sistemin sağlıklı ve kolay ulaşılır olması birinci basamak hizmetlerinin işler halde olmasına bağlıdır. Birinci basamak sağlık hizmetlerini sunanlar uzman AH'leridir. Aile hekimleri büyük şehirlerde genellikle muayenehanelerinde çalışırlar, ve ikinci basamağa sevk ettikleri hastalarının hastane bakımlarına yardımcı olurlar. Kırsal bölgelerde ise daha çok sağlık merkezlerinde ve küçük hastanelerde hizmet verirler. Kırsal kesimde doğum, anestezi ve bazı cerrahi müdahaleleri de başarıyla gerçekleştirirler.

AH'liği 1966'da 3 üniversitede AH kürsülerinin kurulmasıyla ivme kazanmıştır. Şu anda ülkenin en geniş hekim grubunu oluşturan AH'leri tüm hekimlerin yarısını kapsarlar. 1980'lerin ortasında Kanada'daki 16 üniversitenin tümünde AH'liği kürsüsü kurulmuştur. 4-6 hafta süren mezuniyet öncesi AH pratik stajı, kürsülerin uygulama merkezlerinde yapılır.

AH uzmanlık eğitimi 2 yıl sürer; 1 yılı hastane rotasyonlarına, 8 ay AH'liği merkezinde pratik uygulamaya 4 ay da seçmeli bir rotasyona ayrılmıştır. İsteyen asistan eğitimini 3 yıla uzatabilir, böylece geriyatri, acil tıp veya akademik kariyere girebilir.

1954 yılında kurulan Kanada Aile Hekimleri Koleji'nin uzmanlık eğitimi sonunda sınavına girip başaranlara Kolej Üyeliği ünvanı verilir. Sürekli tıp eğitimi ilk kurulduğu dönemden beri AH'liği Kolejinin görevidir; üyeliğin devamının önkoşulu yıllık 50 saatlik sürekli eğitimdir. Her 5 yılda bir yapılan resertifikasyon eğitimini de Kolej üstlenir.

10.14 ABD[21, 22]

ABD'de sağlık hizmetlerinin çoğunluğu özel sektörün elindedir ve toplumun % 86'sını kapsamaktadır. Nüfusun % 14'ünün hiç bir sağlık sigortası yoktur. Sağlık sektöründeki ana ilke, toplumun hekimini seçme, hekimin de hastasını seçme özgürlüğüdür.

Sağlık finansmanı 4 temel grup sigorta tarafından sağlanır.

1. Kâr amaçlı özel sigortalar: Grup ve bireysel sigortacılık yaparlar.

2. Kâr amacı gütmeyen özel sigortalar: *Mavi haç ve Mavi kalkan (Blue Cross and Blue Shield)* 1930'larda hastane sahipleri ve hekim gruplarının toplanmasıyla oluşmuşlardır. "Blue Cross" hastane giderlerini "Blue Shield" ise hekim masraflarını sigorta eder. Ulusal düzeyde ve özellikle kendi hastanelerinde hizmet verirler.
3. Bağımsız sigorta planları: Sağlığa Destek Organizasyonları (Health Maintenance Organizations) 1970'lerde yaygınlaşan bu sigorta nüfusunun % 15'ini kapsar, anlaşmalı ve kadrolu hekimleri ile hizmet verir.
Tercihli Hizmet Organizasyonları PPO(= Preferred Provider Organisations) 1980'lerde yaygınlaşan bu sigortanın mensupları, organizasyon hekimlerine başvurularında para ödemezler. PPO dışı hekimlere başvurularında masrafın % 10-20'sini öderler. PPO'lar HMO'lara nazaran hastaları hekim seçiminde daha özgür bırakır.
4. Kamu Sağlığı Sigortaları: Tıbbi bakım sigortası (=*Medicare*) 65 yaş ve üzeri herkes otomatikman bu sisteme girer. Çoğu ilaçlar, gözlük, işitme cihazları, diş tedavileri bu sigorta kapsamında olmadığı gibi, ilaç ve hekim masraflarında da katkı payı vardır. Bu nedenle 'Medicare"li kişilerin büyük çoğunluğunun ikinci bir sigortası vardır.
Tıbbi yardım sigortası *(Medicaid)* Toplumun en düşük gelirli %10'luk kesimini kapsar. Federal hükümet ve eyalet hükümetlerinin genel vergileri ile finanse edilir (1992'de tüm sağlık harcamalarının % 12'si). Kesinti ve kısıntıları çok olduğu için hastaneler ve hekimler bu tip hastalardan pek hoşlanmazlar.

21. TABLO (a): Çeşitli Ülkelerde Birinci Basamakta Örgütlenme, Sevk ve Eğitim

	1 İNGİLTERE	2 ALMANYA	3 FRANSA	4 İTALYA	5 İSPANYA	6 PORTEKİZ	7 YUNANİSTAN
Birinci Basamak Örgütü	NHS'ye bağlı muayene hanede ekip çalışması yapan AH/GP'ler	Sigortaya bağlı muayene hanede AH ve bazı dal uzmanları	Sigortaya bağlı sağlık merkezi hastane Muayenehanede AH ve diğer dal uzmanları	Ulusal sağlık kurumuna bağlı muayenehane de çalışan AH	Ulusal sağlık kurumuna bağlı muayenehanede çocuk hekimi ve bağımsız AH'i	Ulusal sağlık sistemine bağlı merkezlerde diğer dal uzmanları ile ekip halinde ve bağımsız AH	Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık merkezleri ve bağımsız AH
Sevk	zorunlu	zorunlu değil	zorunlu değil	zorunlu	Zorunlu	zorunlu değil	zorunlu
Tıp Eğitimi	6,5 yıl	7,5 yıl (6 yıl +1,5 yıl zorunlu hastanede)	6 yıl	6,5 yıl	6 yıl	6 yıl	6,5 yıl (6 ayı birinci basamakta)
AH Mezuniyet Öncesi Eğitimi	zorunlu	zorunlu	41 üniversitenin 5'inde var	Yok	Yok	Yok	yok
AH Uzmanlık Eğitimi ve Süresi	zorunlu (>1979) 3 yıl (2 yıl hastane, 1 yıl muayene hanede)	zorunlu (>1994) 4 yıl (hastane ve muayeneha nede)	zorunlu (>1990) 2 yıl (hastane ve birinci basamakta)	zorunlu (>1985') 3 yıl	zorunlu 3 yıl (hastane ve sağlık merkezinde)	zorunlu 3 yıl (hastane ve sağlık merkezinde)	İsteğe bağlı 3 yıl (hastane ve sağlık merkezinde)
Uzmanlık Eğitimi Bitirme Sınavı	İsteğe bağlıGP'lik koleji üyelik sınavı	Zorunlu sınav	Yok	Yok	Zorunlu sınav	Zorunlu sınav	Zorunlu sınav
Sürekli Tıp Eğitimi	Zorunlu değil	Zorunlu değil	Zorunlu değil	Zorunlu (yılda 32 saat)	Zorunlu değil	Zorunlu değil	Zorunlu değil

Halk sağlığı hizmetlerini ulusal düzeyde merkezî organizasyonlar yönetir: Bulaşıcı Hastalıklar Kontrol Merkezi (CDC; Center for Disease Control), İlaç ve Besin Yönetimi (FDA; Food and Drug Administration), Ulusal Sağlık Enstitüsü (NIH; National Institute of Health). Eyalet düzeyinde eyalet sağlık departmanı, yerel düzeyde ise yerel sağlık departmanı yer alır.
ABD'deki tüm hekimlerin % 40'ı birinci basamakta çalışır. Bu hekimlerin çoğu iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, kadın-doğum ve aile hekimliği uzmanıdır. Hekimler muayenehanede tek, ya da son yıllarda yaygınlaştığı gibi grup hizmeti verirler. Sevk mekanizması basamaklı değildir. Ödemeler ağırlıkla hizmet ya da kişi başınadır.

ABD kişi başına en yüksek sağlık harcamasını yapan, buna karşılık sağlık düzeyi diğer gelişmiş ülkelerin gerisinde kalan ülkedir. Özellikle nüfusun % 14'ünün her türlü sağlık sigortasından mahrum olması, ülkede köklü bir sağlık reformunu gerektirmektedir.
Aile hekimi olmak için 2 yıl kolej, 4 yıl tıp fakültesi eğitimi ardından 1 yıllık intern'lük (hastane pratiği) yapılır. Bu süreçte 3 adet ulusal kurul sınavına girilir. ABD'de aile hekimliği adı verilen 1. basamak uzmanlığı sayısal açıdan ülkedeki 2. büyük uzmanlık dalıdır. Uzmanlık eğitimi 3 yıl sürer.
Aile hekimliği uzmanlığının sertifikasyonu ve belli aralıklarla resertifikasyonu (eğitimin yenilenmesi ve bu durumun belgelendirilmesi) gerekir; yetkili kurum Amerikan Aile Hekimliği Kurulu'dur (ABFP; American Board of Family Practice).

21. TABLO (b): Çeşitli Ülkelerde Birinci Basamakta Örgütlenme, Sevk ve Eğitim

	8 NORVEÇ	**9 POLONYA**	**10 ÇİN (H.C.)**	**11 KÜBA**	**12 İSRAİL**	**13 KANADA**	**14 ABD**
Birinci Basamak Örgütü	Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı sağlık merkezinde çalışan AH/GP	Köyde pratisyen hemşire; Kent: sağlık merkezi; dal uzmanı destekli pratisyen ve ekibi	Köy ve kentte sağlık istasyonunda ekip hizmeti ve özel hekimler	Sağlık merkezinde ekip hizmeti	Köyde: AH hemşire Kentte: AH, dal uzmanı, sağlık ekibi, muayenehanede sözleşmeli AH	Köyde ufak hastane/ sağlık merkezi uzmanlar AH'leri ; Kentte Medicare sözleşmeli muayenehanede AH'i	Sağlık sigortaları ile anlaşmalı muayenehanede AH'i
Sevk	Zorunlu	Zorunlu değil	Zorunlu	Zorunlu	Zorunlu	Zorunlu	Zorunlu değil
Tıp Eğitimi	7 yıl 9 ay(6 ayı birinci basamak)	7 yıl(1 yılı intern)	?	?	6 yıl	6 yıl	6 yıl
AH Mezuniyet Öncesi Eğitimi	Zorunlu	Yok	?	?	Zorunlu	Zorunlu	Çoğu tıp fakültesinde var
AH Uzmanlık Eğitimi ve Süresi	İsteğe bağlı **5 yıl** 1 yıl hastane + 4 yıl desantralize grup eğitimi	Yok	?	Var	Zorunlu, **4 yıl** 27 ay hastane + 21 ay uzman AH eğiticisi yanında	İsteğe bağlı, **2 yıl** (3 yıla uzatılabilir) Hastanede ve 1. basamakta	İsteğe bağlı, **3 yıl** Hastane ya da fakülteye bağlı AH uygulama merkezinde
Bitirme Sınavı	Yok	Yok	?	?	Zorunlu sınav	İsteğe bağlı (Kanada AH Koleji üyeliği sınavı)	1. yıl sonunda zorunlu, 3 yıl sonunda isteğe bağlı ABFP sınavı
Sürekli Tıp Eğitimi	Zorunlu 50 saat/yıl + 5 yılda bir 3 ay hastane eğitimi	Zorunlu değil	Zorunlu değil	Zorunlu değil	Zorunlu değil	Zorunlu 50 saat/yıl 5 yılda bir resertifikasyon eğitimi	Zorunlu 50 saat/yıl

KAYNAKLAR

1 **McCarthy, M, St G. David**, Department of Community Medicine, University College, London, Maynard, Alan, Prof. of Economics and Director of the Centre for Health Economics, University of York
2 *World Directory of Medical Schools*. World Health Organization, 6. baskı ..... 1988; 267-272.
3 **Fry JR, Rakel RE**.Textbook of Family Practice'de, Saunders Company 1990; 272-4.
4 **Aksakoğlu G**. Toplum ve Hekim, 1995 Kasım, IX/64-65; 96-100.
5 **Paff M.** University of Augsburg, Director International Institute for Empirical Social Economics, Member, Council of Health Advisors.
6 **Haehn DK**. *Allroundspezialisten* Die historische und künftige Rolle der Allgemeinmedizin in Medizin Morgen'de Fischer Verlag. 1980; 120-139.
7 **Erdoğan MS, Erkuklu G**. *Almanya Sağlık Sistemi* Toplum ve Hekim. 1995 Kasım, IX/64-65; 64-75.
8 *AH/GP'lik Eğitimi Üzerine 2. Avrupa Konferansı Çalışma Grubu Raporu*. Leeuwenhorst, Hollanda 1974.
9 WHO Avrupa Bürosu. *Ülke düzeyinde STE Sistemi ve Organizasyon Çalışmaları* Toplantı Tutanağı, Kopenhag. 1986.
10 New Leeuwenhorst Group *AH/GP'lik eğitimi üzerine çalışma grubu raporu*. 1987
11 **Boerma G, Wienke W**. "Health Care and General Practice Across Europe, Nivel, 1993.
12 **Zanetti MP, Montaguti US.** Orsola Centre for research on health service management, Universita Commerciale Luigi Bocconi. Milano
13 **Pala K.** *İspanya Sağlık Sistemi*. Toplum ve Hekim, Toplum ve Hekim. 1995 Kasım, IX/64-65; 61-3.
14 **Merkouris B.** "Yunanistan'da GP'liğin gelişimi ve bugünkü durumu" sunumu, İstanbul, 1994.
15 **Aleixo A**. *GP/FM A Portuguese Point of View* 3. Ulusal Genel Pratisyenlik Kongresi'nde sunduğu bildiri, Mersin 1994.
16 **Westin S.** 3. Ulusal Genel Pratisyenlik Kongresi'nde sunduğu bildiri, Department of GP University of Rondheim, Mersin 1994.
17 **Yang T, Lin V, Lawson J.** *Health policy reform in the People's Republic of China.* Inc. J. of Health, Vol. 21, N. 3 1991; 1
18 **Polliack MR**. *Chapter 16* Textbook of Family Practice. Saunders Comp. 1990; 281-4.
19 **Ergör A.** *Kanada Sağlık Sistemi* Toplum ve Hekim, IX/64-65; 39-40.
20 **Perkin RL.** *Chapter 19* Textbook of Family Practice, Saunders Comp. 1990; 268-272.
21 **Kılıç B.** *ABD Sağlık Sistemi* Toplum ve Hekim, IX/64-65; 30-5.
22 **Sundwell ND.** Textbook of Family Practice. XVI/259-68, Saunders Comp. 1990.
23 **Soyer A**. *Dünden Bugüne Sosyalist Ülkelerde Sağlık Hizmetleri* Toplum ve Hekim, IX/64-65; 122-37.
24 **Ebrahim GJ, Ranken JP.** *Primary Health Care Reorienting Organisational Support* MacMillan Publishers. 1988; 13-58.
25 **Amato Z.** *Küba'nın Sağlığı Ne Durumda?* Tıp Dünyası TTB Aralık 1993/17; 4-6.

ONBİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK BAKANLIĞININ AİLE HEKİMLİĞİ KONUSUNDAKİ HAZIRLIKLARI VE UYGULAMALARI

Gülsen Ceyhun - Füsun Şener

11.1 Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine ve iyileştirilmesine yönelik çalışmalar Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından yürütülmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin organizasyonunda anahtardır; **(1)** sık görülen hastalıklar ve yaralanmaların tedavisini, temel ilaçların sağlanmasını, halkın sağlık eğitimini, beslenmenin geliştirilmesini, ana-çocuk sağlığı ve aile planlamasını, başlıca bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklamayı ve endemik hastalıkların kontrolünü içerir.

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun bir çok nedenle arzulanan sonucu verememiştir. Bu kanun, finansman açısından devletin sağlık hizmetlerini ücretsiz ya da vatandaşın kendisine yapılan masrafın bir kısmına katılımını, hizmet sunumunun da sağlık evi, sağlık ocağı, ilçe ve il hastanelerinde verilmesini öngörmektedir.

Kanunun uygulamaya konulduğu 1962 yılından bu yana geçen 34 yıl içinde hizmetlerin finansmanı, kanunun öngördüğü modele uygun bir biçimde gelişmemiştir. Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağ-Kur ile sağlık hizmetlerinin finansmanında da sigorta sistemi benimsenmiştir. Emekli Sandığı Kanununda, iştirakçilerin sağlık harcamalarının genel sağlık sigortasına geçilinceye kadar devlet tarafından karşılanacağı belirtilmiştir. Sonuç olarak, 224 sayılı Kanunun öngördüğü finansman modeli çeşitli nedenlerle gelişmemiş, gelişim tam aksine genel sağlık sigortası yönünde olmuştur.

224 sayılı Kanun kırsal alana öncelik vermiş, ancak buralardaki sağlık ocakları ve evleri insangücü ve malzeme yönünden yeterince donatılmadığından istenen başarı elde edilememiş, yönetim aksaklıkları ile başarısızlık iyice artmıştır. Sistem, kentlerde yetersiz kalmış, özellikle metropollerde doğrudan hastanelerin kullanımına yol açmıştır.

Ana-çocuk sağlığı, aile planlaması, verem savaş hizmetleri için sağlık ocaklarının dışında kuruluşlar gelişmiş ve hizmetlerin entegrasyonu ilkesi bozulmuştur.

Son 30 yıldır ülkenin sosyal ve ekonomik şartlarında önemli değişiklikler olmuş, nüfus hızla kentleşmiş, üretim yapısı değişmiş, sanayi ve hizmet sektörleri tarımın önüne geçmiştir.

Günümüzde ülke düzeyindeki birinci basamak sağlık hizmetlerini 120.000 sağlık evi ve 5.200 sağlık ocağında pratisyen hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, tıbbi teknolog ve tıbbî sekreterlerden oluşan bir ekip vermektedir.[2]

Günümüzde halkın birinci basamak sağlık kuruluşlarını efektif kullanmadığı, bunun sonucunda da 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarında; hastanelerde aşırı yığılma olmaktadır. Hastanelerdeki yığılma hizmet kalitesini düşürmekte, hizmeti sunanı da alanı da mutlu etmemektedir. Tıp fakültelerimizdeki eğitimin birinci basamaktan çok hastane yönelimli

olduğu hepimizce bilinmektedir. Bu şekilde yetişen hekimlerimizin hiç bir uyum ya da mezuniyet sonrası eğitim almadan sahaya yollanması bu günkü sorunlarımızın kaynaklarından biridir. Halkın sağlık ocaklarını kullanmamasının başlıca nedenleri şunlardır:
1. Sağlık ocaklarının araç-gereç ve malzeme yönünden yetersizliği,
2. hastane yönelimli eğitimin ve olanaksızlıkların hekimin coşkusunu yitirmesine yol açması
3. Halkın pratisyen hekimin bilgi ve becerisini değerlendirememesi, "uzman" hekimin üstünlüğü anlayışının silinememesi,
4. Tıp öğrencisinin eğitim boyunca dal uzmanlığına yönlendirilmesi, Tıpta Uzmanlık Sınavına hazırlanması,
5. Mezun edilen hekim sayısından az uzmanlık kontenjanı açılmasının sınavı yarışmaya dönüştürmesi,
6. Sağlık ocaklarının çevre ve idarî görevlerinin birinci basamak tedavi hizmetlerinin etkinliğini azaltması.
Bu çerçevede yeni bir sistemin gerekliliği herkesçe kabul edilmektedir.
Sağlık hizmetlerinin eşit, sürekli, bütüncül, basamaklı, öncelikli, denetlenen, nüfus bazında, ekiple yürütülmesi bizde ilk kez 1961'de "*Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun*"da yer almıştır. Ancak değişen toplum yapısı, köyden kente hızlı göç, nüfus artışı hizmette hedeflenen kaliteye ulaşılmasını engellemiş, özellikle şehirlerde büyük sorunlar yaşanmaya başlanmıştır.
Devletin sağlıkla ilgili sorumlulukları Anayasalarda şöyle belirtilmiştir:[3]
1961 Anayasası Madde 49: "*Devlet herkesin beden ve ruh sağlığı içine yaşayabilmesi ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla görevlidir.*"
1982 Anayasası Madde 56: "*Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşların görevidir. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.*
Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir."
1960'dan günümüze kadar Kalkınma Planları ve SB politikalarında öncelik her bireyin sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlanması, toplum sağlığının iyileştirilmesi olsa da, beklenen sonuç alınamamış ve günümüzün çığ gibi büyüyen sağlık problemleri ortaya çıkmıştır.
Birinci basamak sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinin yollarından biri de pratisyen hekimlerin uzmanlaşması idi: Aile hekimliği kavramı, Türkiye'de ilk olarak 1970'lerde tartışılmış, sağlık ocağı hekiminin fonksiyonlarından biri olarak düşünülmüş, ayrı bir uzmanlık dalı olması ise kabul görmemiştir.
Kalkınma planlarının öngördüğü aile hekimliği yaygınlaştırılamamış, SB politikasında zaman, zaman yer verilse de günümüze kadar uygulamaya girmemiş, kağıt üzerinde kalmıştır. Günümüzdeki mortalite ve önlenebilir hastalık verileri birinici basamakta yeterli koruyucu ve iyileştirici hizmet sağlanamadığını göstermektedir.[4]

11.2 Aile Hekimliği: Sayılar ve Hedefler

Ülkemizin *birinci basamağın güçlendirilmesi, sahaya yönelik spesifik eğitim almış ekibin yerleştirilmesi* çalışmalarında dünya ülkelerinin gerisinde kaldığı açıktır. Zaman yitirmeden sosyo-kültürel yapımıza, gereksinimlerimize uygun, çağın teknolojisinden yararlanan yeni bir sistemi geliştirmeliyiz.
1978 Alma Ata Konferansı DSÖ–UNICEF işbirliği ile gelişen ülkelerde ilk basamak sağlık hizmeti (primary health care) birimlerinin acilen kurulmasını önermiştir; **2000 Yılında Herkese Sağlık"**ının ilk aşaması birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmasıdır.[5]
Bizde, aile hekimliği kavramı ilk kez **1991** VI. Beş Yıllık Kalkınma Planı I. Dilim Tedbirleri'nde anılmıştır: "*Tıp eğitimi müfredat programlarının ülke şartlarına uygunluğunun*

sağlanması ve hekim istihdam politikalarında pratisyen hekimliği teşvik edici düzenlemelerin yapılmasını öngören bir çalışma başlatılacaktır. Aile Hekimliği müessesesi kurulacaktır."[6]
Daha sonra hazırlanan Sağlık Reformu ile ilgili Kanun Tasarı ve Taslakları ve Gerekçeleri çeşitli nedenlerle uygulanamamıştır. Reformların içerdiği aile hekimliği çalışmaları duraklamalar ve hızlanmalar ile günümüze kadar gelmiştir. Ülkemizde, hâl'en 203 aile hekimliği uzmanı, 500 aile hekimliği asistanı bulunmaktadır.[7] SB gelecek 6 yılda aile hekimi sayısının arttırılmasını planlamaktadır **(8).** Devlet hastanelerinde aile hekimliği kadroların artırılması, üniversitelere asistan alınması ve Tababet Uzmanlık Tüzüğünde geçici bir değişiklikle şu sayısal hadeflere ulaşılması öngörülmektedir; **(22. Tablo)**

22. Tablo: 5 Yılda Aile Hekimliği Uzmanlarının Artırılması İçin Öngörülen Projeksiyon (1995)

Yıl	Devlet Hastaneleri	Üniversiteler	Aile Hekimliği Hastaneleri
1995	150	0	0
1996	200	300	0
1997	250	500	100*
1998	250	800	300*
1999	300	1200	500*
2000	350	1500	900*
Toplam	**1500**	**4300**	**1800**

*: Geçici madde ile 2 yıl eğitim alacak 1800 hekim aile hekimi olarak çalışacaktır.

Uzmanlık eğitiminin 3 yıl sürdüğü düşünülürse:2001 yılında 203 (şu anda uzman olanlar) + 1500 (o tarihe kadar uzman olacaklar) + 6100 asistan olacaktır. Bu rakamlar üniversite ve devlet hastanelerinin azamî sayıda aile hekimliği asistanı alması koşuluna göre projekte edilmiştir.

11.3 Temel Eğitim ve Sürekli Eğitim

Hâl'en Sağlık Bakanlığı'na bağlı 9 eğitim hastanesi ve Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde eğitim verilmektedir. Eğitim veren bu kuruluşlarda ortalama 15-25 asistan bulunmaktadır. Her klinikte 1 şef ve en az 1 şef yardımcısı vardır ve rotasyonlar nedeni ile bir klinikte en fazla 4-5 asistan bulunur. Bu durumda bir eğitmene azamî 2-3 asistan düşmektedir.
Aile hekimliği uzmanlık eğitimi şu devlet hastanelerinde verilmektedir; **(23. Tablo):**

23. Tablo: Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Verilen Devlet Hastaneleri (1995)

1	**Ankara**	Ankara Devlet Hastanesi
2	**Ankara**	Ankara Numune Hastanesi
3	**İstanbul**	Haydarpaşa Numune Hastanesi
4	**İstanbul**	Kartal Devlet Hastanesi
5	**İstanbul**	Şişli Etfal Hastanesi
6	**İstanbul**	Haseki Hastanesi
7	**İstanbul**	Taksim Devlet Hastanesi
8	**İstanbul**	Beyoğlu Devlet Hastanesi
9	**İstanbul**	Atatürk Devlet Hastanesi

Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) 1993 yılı Haziran ayında üniversitelerde aile hekimliği anabilim dalları kurulmasını kararlaştırmıştır. Günümüzde aile hekimliği anabilim dalı kurulan üniversiteler **24. Tablo**'da yer almaktadır:

1995 yılına kadar sadece Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde aile hekimliği eğitimi verilmiş, 1995 TUS Eylül döneminde Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi ilk aile hekimliği kadrosunu açmıştır. Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'nün değiştirilerek aile hekimliği asistanlarının klinik ve yabancı dil puanı ile alınması öngörülmektedir.
Sağlık Bakanlığı, "**2000'li Yıllarda Herkese Sağlık**" kavramının Türkiye'deki ilk basamağı Ankara'daki pilot aile hekimliği uygulamasıdır. Bölge merkeze yakınlığı ve mevcut binaların

yeniden yapılandırma kolaylığı nedeniyle seçilmiştir. Temel Sağlık Hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik çalışmaları yürütmek ve yapılandırılan sistemin SB ile bütünleşmesini sağlamak için 1994 Kasım'ında *Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü* bünyesinde *Aile Hekimliği Şube Müdürlüğü* kurulmuştur.

24. Tablo: Aile Hekimliği Anabilim Dalı Kurulan Üniversiteler (1996)

1	**Edurne**	Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi
2	**Bursa**	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
3	**Adana**	Çukuova Üniversitesi Tıp Fakültesi
4	**Elazığ**	Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi
5	**Kayseri**	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi
6	**Eskişehir**	Osman Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
7	**İstanbul**	İstanbul Üniversitesi İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi
8	**İstanbul**	Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
9	**İstanbul**	İstanbul Üniversitesi Üniversitesi Tıp Fakültesi
10	**Ankara**	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
11	**Sivas**	Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi
12	**Trabzon**	Karadeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
13	**Ankara**	Gülhane Askeri Tıp Akademisi
14	**Samsun**	19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
15	**Izmir**	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
16	**Manisa**	Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi
17	**Aydın**	Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi

11.3.1 Sorunlar

* ***Alt yapı:*** Sağlık Bakanlığı eğitim hastanelerinde sürdürülen aile hekimliği eğitimi, içeriği ayrıntılı olarak belirlenmiş bir müfredata dayanmamaktadır. Kazandırılması gereken temel bilgi, beceri ve tutumlar belirlenmemiştir. Asistanlar rotasyon yaptıkları klinik şefinin yönlendirmesi doğrultusunda eğitim almaktadırlar. Bu durum asistanların bazı kliniklerde daha disiplinli çalışmaları, daha çok hastayı takip etmeleri, daha fazla sayıda nöbete katılmaları, daha bilgilendirici ve öğretici vizitlerde bulunmaları, daha çok sayıda girişim yapma olanağı, daha yoğun seminer, makale, vak'a takdimi programlarına katılmaları ile daha bilgili ve becerili yetişmelerine, bazı kliniklerde ise daha az çalışarak ve öğrenerek rotasyonlarını tamamlamalarına yol açmaktadır.

Bu değişkenliğin önlenmesi, eğitim kalitesinin standarta kavuşması için öğretim üyelerinin, eğitim hastaneleri klinik şeflerinin, Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği, Türk Tabipler Birliği temsilcileri ve Sağlık Bakanlığı'nın katılımları ile oluşturulan müfredat bir an önce uygulamaya konulmalıdır. Böylece tüm aile hekimliği asistanlarının aynı rotasyonda aynı bilgi ve becerilerle donatılmaları sağlanabilir.

Bir klinikte aynı anda çalışacak asistan sayısı kliniğin yatak, öğretim üyesi ve poliklinik sayıları göz önünde bulundurularak belirlenmelidir.

* ***Kalite:*** Kalite kontrolü, değerlendirilmesi ve güvencesi henüz yeterince gelişmemiştir. Kaliteyi sağlayacak ölçütler henüz belirlenmemiştir. Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği, aile hekimliği uygulamasındaki standartların belirlenmesi ve kalite güvenceleri konularında çalışmalar başlatmıştır.

11.3.2 Eğitimin Kalitesi:

* ***Genel Bilgi:*** Eğitimde hastaneler arası standart olmadığı gibi, bir asistan bir klinikte rotasyonunu tamamlarken yaz dönemine rast gelirse daha fazla nöbet tutmakta, daha fazla hasta izlemekte ve zaman zaman da üst uzmanlık alanına girecek rotasyonlar uzamaktadır; örneğin çocuk kliniğinde 9 ayın 4 ayının hematoloji ile geçebilmekte, böylece kişiler farklı eğitimler alabilmektedir. Kezâ bazı devlet hastanelerinde cerrahî rotasyonlarında aile hekimi

ya kendisine gerekmeyecek müdahaleleri öğrenmekte ya da zamanının büyük bölümünü boşa harcamaktadır.

20. KUTU

AİLE HEKİMLİĞİNDE OLUŞAN AKADEMİK GELENEK VE GELECEK

İlhâmi Ünlüoğlu*

Aile hekimliği ülkemizde 12 yıllık bir geçmişe dayanıyor. Uzmanlık dalımızın gelişimi son yıllarda büyük bir ivme kazandı; bugün aile hekimliğinin ülkemizdeki geleceğine umutla bakabiliyoruz. Bu yazıda önce ülkemizde aile hekimliğinin ve özellikle de akademik geleneğin oluşumuyla ilgili bazı önemli tarihleri, ikinci olarak da aile hekimliğindeki akademik gelecek konusunu ele alacağız.

1983 Aile hekimliği tababet uzmanlık tüzüğünde yer aldı.
1984 İlk Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı (ABD) Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde kuruldu.
1985 Ankara, İstanbul ve İzmir'deki eğitim hastanelerinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi başladı.
1992 Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nde Aile Hekimliği ABD kuruldu.
1993 16 Temmuz: YÖK 12547 sayılı kararıyla tıp fakültelerinde aile hekimliği anabilim dallarının kurulmasını kararlaştırdı.
1993 17 Eylül: Trakya Üniversitesi Yönetim Kurulu, Tıp Fakültesi'nde Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nın kurulmasını kararlaştırdı. Fakültede Sağlık Bakanlığı adına 10 aile hekimliği araştırma görevlisi kadrosu açıldı.
1994 Mayıs: İlk kez bir aile hekimi kendi alanında akademik kadroda görevlendirildi (Osmangazi Üniversitesi).
1995 1 Ocak: AT, üye ülkelerde, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışacak hekimlerin temel tıp eğitimi sonrasında en az **2 yıl** eğitim görmelerini zorunlu kıldı.
1996 1 Ocak: AT, üye ülklerde, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışacak hekimlerin temel tıp eğitimi sonrasında en az **3 yıl** eğitim görmelerini zorunlu kıldı.

Üniversitelerde aile hekimliği ana bilim dallarının kurulması fikri olgunlaşırken konu ilk kez 1-2 Eylül 1992 tarihinde SB SPGK tarafından düzenlenen "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Gelişmesi İçin Aile Hekimliği Eğitimi" adlı grup çalışmasında ele alınmıştır. YÖK'ün 16 Temmuz 1993 tarihli kararından sonra bu alanda oldukça hızlı bir gelişme yaşanmaktadır.

Bugün aile hekimliği ana bilim dalı kurulmuş olan 17 tıp fakültesinden, 7'si aile hekimliği uzmanı olan 5 yardımcı doçent ve 1 öğretim görevlisi bulunmaktadır. Yardımcı doçentlik atamaları yapılmış bir aile hekimi ise kısa bir süre içinde göreve başlayacaktır. 10 tıp fakültesindeki aile hekimliği ana bilim dalları başkanlıkları aile hekimliği dışında uzmanlık sahibi olan öğretim üyeleri tarafından asaleten ya da vekâleten yürütülmektedir.

Aile hekimliğinin üniversitelerde yeterince tanınmaması, ekonomik kararlar nedeniyle 5 Nisan 1994 tarihinden bu yana kadro temininde yaşanan sıkıntı, aile hekimliği ile ilgili yasal düzenlemelerin gecikmesi, 27.12.1995'te Edirne'de yapılan panelde sayın Prof. Dr. Kemal Agun'un belirttiği gibi bazı üniversitelerde klasik eğitimle yetişmiş öğretim üyelerinin konuya muhafazakâr yaklaşımları, araştırma ve yayın yapma güçlükleri aile hekimliğinin akademik gelişiminde karşılaşılan başlıca sorunlardır.

Bu güçlükler, yavaş yavaş aşılmaktadır. Yeni anabilim dallarının kurulması, aile hekimliği alanındaki yayınların artışı, kısa sürede *2. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi*'ni gerçekleştirilmesi ile aile hekimliği, geleceğine umutla baktığımız bir uzmanlık dalıdır. Başka ülkelerin aile hekimliği tarihlerinde "onlarca yılı" kapsayan gelişme süreçlerini görüyoruz; bu bakımdan bir kaç senede katettiğimiz mesafeyi değerlendirmek umudumuzu haklı kılacaktır.

---

*: Yardımcı Doçent Dr. Osmangazi Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Eskişehir.
Yazı, aynı adlı makaleden kısaltılmış, aile hekimliğinin gelişimi ve AHUD'un çalışmaları ile ilgili kitabın diğer bölümlerinde yer alan önemli tarihler burada yinelenmemiştir.

* ***Eğitimin izlenmesi:*** Her rotasyon sırasında hasta izleme, vizitler, seminer ve makâle hazırlanması, vak'a takdimi yapılması ile asistanın klinik bilgi, beceri ve davranışlar alanında yeterlilik ve performansı klinik şefi tarafından izlenerek değerlendirilir. Her rotasyon dönemi

sonunda, ilgili klinik şefi asistanın o bölümdeki rotasyonunu başarı ile tamamladığına dair yazılı bir belge doldurur. Ancak belli tanıları almış, belli sayıda hasta izlemek, belli sayıda seminer ve makaleyi tamamlamak gibi nesnel ölçütler pek çok hastanede uygulanmamaktadır.
*** *Eğitimin değerlendirilmesi:*** 3 yıllık eğitim döneminde, aile hekimliği asistanı istediği bir daldan konu seçerek tezini hazırlar ve 3 klinik şefinden oluşan tez jürisine sunar. Bazı hastanelerde tez savunması istenmektedir. Tezin kabul edilmesinden sonra asistan uzmanlık sınavı için başvuruda bulunabilir.
3 yıllık eğitim dönemini tamamlayan asistan rotasyon yaptığı 5 klinik şefinin oluşturduğu sınav jürisi tarafından uzmanlık sınavına alınır. İstediği ve genellikle tez konusunun seçildiği daldan bir hasta hazırlayarak jüriye sunar. 3 yıllık eğitimi sırasında izlenen asistan, yapılan sözlü sınavda başarılı bulunursa "aile hekimliği uzmanı" ünvanını alır.
Ülkemizde aile hekimliği uzmanlık eğitimi ilk kez 1985'te, Sağlık Bakanlığı eğitim hastanelerinde başlamıştır. Hâl'en eğitimini sürdüren asistan sayısı 500'dür. Bu asistanların ≈ 300'ü TUS 1995 Eylül sınavında alınmıştır.

11.3.3 Sürekli eğitim (hizmet içi eğitim)

*** *Eğitici eğitimi:*** SB SPGK'nün 26 Nisan-30 Nisan 1993 tarihlerinde Ankara'da ve 31 Ocak-4 Şubat 1994 tarihlerinde İzmir'de düzenlediği kurslarda İngiltere Bristol ve Exeter Üniversitesi Aile Hekimliği Kürsüsünden ve Royal College of General Practitioners üyesi Dr. Antony Lewis tarafından toplam 88 aile hekimliği uzmanına "Eğitici Eğitimi" kursu verilmiştir. Böylece, SB ve RCGP ortak eğitici sertifikası alan aile hekimliği uzmanlarından, pratisyen hekimlerin ve sahada uygulama eğitimi yapan aile hekimliği asistanlarının eğitimlerinde yararlanılması hedeflenmektedir.
*** *Adaptasyon eğitimi:*** Aile Hekimliği Ankara Pilot Bölge uygulaması için Ankara İl Sağlık Müdürlüğü tarafından 12 aile hekimine 1 günlük adaptasyon eğitimi verilmiştir. Ancak eğitim daha çok pilot uygulamayı tanıtan bir "oryantasyon"dan ibarettir.
Aile hekiminin gelişimi için hizmet içi eğitim ve sürekli eğitim şarttır. Bu eğitimde önemli olan yeni bilgilerin hekimlere aktarılmasının yanı sıra eğitim programlarında yer almayan konuların da eklenmesi, kazandırılmasıdır. Örneğin uzman aile hekimlerinin, kabûlü düşünülen müfredata göre bazı konularda eksikleri bulunmaktadır. Bu eksiklikler hizmet içi eğitimle giderilebilir. AHUD bu yönde çalışmalar başlatmıştır.
Sağlık Bakanlığının bu konudaki uygulamalarını 3 ana başlık altında toplayabiliriz:**9**

11.4 Pilot uygulamalar

15 Ekim 1994'te alınan kararla **Ankara ili**ndeki pilot bölgede aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Seçilen sağlık ocakları ve ana çocuk sağlığı/ aile planlaması merkezleri şunlardır:

1. **Mamak- Altıağaç Sağlık Ocağı**
2. **Köstence Sağlık Ocağı**
3. **Çubuk- Baraj yolu 18 No'lu AÇSAP Merkezi**
4. **Dikmen- 4 No'lu AÇSAP Merkezi**

Progamın amacı

1. Poliklinik, laboratuvar ve saha hizmetlerini güçlendirerek; halka çağın gerektirdiği düzeyde *birinci basamak sağlık hizmeti sunmak,*
2. *Hastanelerdeki gereksiz yığılmaları önlemek*, böylece hastanelerin 2. ve 3. basamak hizmeti vermesini sağlamak,
3. Aile Hekimliği uygulamasındaki aksaklıkları tespit edip, çözümleyerek *ülkemize uygun bir model geliştirmektir.* **10**

Model:

* Hizmet sunumu,
* Fizikî yapı niteliği,
* Laboratuvar standartı,

* Aile hekiminin niteliği,
* Sevk zincirinde hastane bağlantısını sağlamayı,
* Kayıt sistemini oluşturmayı,
* Aile hekiminin mezuniyet sonrası eğitimini,
* Aile hekimi- halk ilişkisini,
* Halkın hizmetle ilgili ek taleplerini kapsamalıdır. **11**

Sağlık merkezleri personel ve laboratuvar yönünden desteklenmiş, bu 5 bölgede 2.000-2.500 kişiye bir aile hekimi verilmiştir. Seçilen merkez binaları aile hekimliği uygulamasına olanak verdiği gibi sağlık ocağının diğer hizmetlerinin yürütülmesine de elverişlidir. Merkezler sosyalizasyon kanunu ve reformlarda önerildiği gibi bir devlet hastanesine bağlanmıştır.
Kayıt ve bildirim geliştirmek için: Mevcut form ve kartlar Kişisel sağlık fişi ve hasta sevk fişi (019) haricinde aynen kullanılmaktadır. Şu yeni form ve kartlar eklenmiştir: 1) Sağlık Kimlik Kartı, 2) Kişisel Sağlık Kartı, 3) Hastaneye Sevk Fişi, 4) Kişisel Dosya, 5) Aile Zarfı.
Personele uyum eğitimi verilmiş, hizmet içi eğitim faaliyetleri Haziran 1995'te başlatılmıştır. Hizmet içi eğitimler (HİE) özellikle ihtiyaç duyulan konuları kapsamaktadır. HİE ertesinde tüm personele yönelik sürekli eğitim programı başlatılacaktır. Eşzamanlı olarak halk ta sistem hakkında eğitilecektir. Halka aile hekimliği kavramı verilmeli, öncelikle birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuracağı, gerektiğinde alacağı sevkle hastaneye gidebileceğini anlatılmalıdır. Pilot hastane sağlık personeline, özellikle doktorlara sevk zincirinin işleyişi, hasta muayene formlarının doldurup, sağlık merkezine gönderilmesinin gereği anlatılmalıdır.
Personelin motivasyonunu sağlayıcı uygulamalar başlatılacaktır. Uygulamanın, mevcut mevzuat çerçevesinde yürümesi için anlaşma yapmak üzere Bağ-Kur, Emekli Sandığı, SSK'na yazılı başvurulmuştur. Pilot ikinci basamak kurumu Ankara Hastanesi geri bildirim yapmakta, bölge hastaları poliklinik uzmanlarınca görülmektedir. Geçici görevlendirilenlerin isteksizliği gönüllü çalışma olanağı getirilerek çözümlenmeye çalışılmaktadır. Aile hekimliği uzmanı azlığı nedeniyle pratisyen hekimlere de belirli bir nüfus (2.000 kişi) bağlanmış, ancak pratisyen hekimlerin jinekolojik muayenede bilgi eksiklikleri gibi çeşitli sorunlar yaratmıştır. Bu sorunların da en kısa sürede çözümlenebilmesi için hizmet içi eğitim başlatılmıştır.
Pilot bölgelerden biri de **Bilecik ili**dir. Burada şu kuruluşlar pilot uygulama kapsamına alınmıştır: **Pazaryeri, Osmaneli, Gölpazarı ve Söğüt Merkez Sağlık Ocakları**. Bu sağlık ocakları röntgen, diş ünitesi, laboratuvar ve personel yönünden güçlendirilmiştir. Bilecik pilot bölgesinde henüz adaptasyon ve hizmet içi eğitim programları başlatılmamıştır.

11.4.2 Müfredat ve eğitimin değerlendirilmesi

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde standart bir müfredat yoktur. Kısa sürede uygulamaya geçme isteği ve yetişmiş eleman azlığı nedeniyle 4 yıl olması öngörülen aile hekimliği uzmanlık eğitiminin kısaltılması için öğretim görevlileri ile görüşülmüştür; danışmanlıklarını almak için hazırlıklar sürmektedir.
4 yıllık müfredat çok ayrıntılıdır ve tıbbın bütün konularını kapsamaktadır. Yeni müfredatın amacı, bilindiği varsayılan konular yerine birinci basamak hekiminin kişisel ve koruyucu sağlık hizmetlerini sahada en iyi şekilde verebilmesine yönelik temel noktaları vurgulamaktır.
SPGK Birinci Basamak Hizmet Sunumu modüler eğitimini, müfredat çalışmaları ile birleştirerek Tababet Uzmanlık Tüzüğü tasarısında öngörülen uzaktan eğitim materyallerini hazırlayacaktır: Yeni gelişmeleri içerecek modüller HİE'e katkıda bulunacak, 3-5 yılda bir gereksinime göre düzenlenecektir. Uzaktan eğitim için 6'şar aylık 4 ana modül, toplam 2 yıl eğitim öngörülmektedir. Oluşturulacak çekirdek öğretim üyeleri grubunun görüş ve önerileri alınacaktır. Eğitim materyallerine sahadaki aile hekimlerinin de katkısı sağlanacaktır. Eğitimi SPGK koordinatörlüğünde uygulanacaktır. Hastanedeki bir yılı ve uzaktan eğitimi değerlendirecek, soru işaretlerine yer bırakmayan bir sınav da düzenlenecektir: Soruları

konseyce hazırlanacak sınavı, YÖK düzenleyebilir. Eğitimini tamamlayanların sınavı başarması gerekecektir.

KAYNAKLAR

1 SB *"2000 yılında Herkese Sağlık" Türkiye Milli Sağlık Politikası* Ankara, Nisan 1990.
2 SB, *TSH Sağlık Ocakları Daire Başkanlığı 1995 yılı istatistikleri.*
3 *1961 ve 1982 Anayasaları* (1961 Anayasası s. 39- 1982 s. 35)
4 SB, SPGK, Ulusal Sağlık Politikası Bölüm 4, *Sağlık Hizmetlerinin Sunumu,* Ankara. 1993; 49
5 *Alma Ata Konferansı* 1978 TSH Unicef TETM. Ankara, 1980
6 *VI. Beş Yıllık Kalkınma Planı*. Başbakanlık, DPT Yayım no. 2174 Madde 794 s. 281.
7 SB *Bilgi İşlem Merkezi Kayıtları* Şubat 1996.
8 ibid.
9 ibid.
10 *Ankara Sağlık Müdürlüğü Aile Hekimliği Pilot Bölge Dokümanları, 1994.*
11 *Ankara Sağlık Müdürlüğü Aile Hekimliği Pilot Bölge Uygulamaları Dokümanları*. 1995.
12 *Ankara Sağlık Müdürlüğü Aile Hekimliği Pilot Bölge Dokümanları*. 1994.
13 *AHUD Dokümanları*. 1994.

ONİKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNİN ORGANİZASYONU, FİNANSMANI VE AİLE HEKİMLİĞİ

Zerrin Başer

Sağlık, artık, farklı bir bakış açısıyla ele alınmaktadır; günümüzde, en temel kalkınmışlık göstergesi sağlıklı bir topluma sahip olmaktır. "İNSAN" sağlıklı olduğunca üretken olabilir ve nitelikli bir yaşam sürdürebilir. Sağlıklı bir toplum oluşturmak, yalnızca sağlık alanında yapılacak değişikliklerle sağlanamaz; yine de eldeki insan gücü ve parasal kaynaklar en üst düzeyde verim elde edecek şekilde kulanılmalıdır.

DSÖ, son 10 yılda %0,5 artış gösteren Avrupa Bölgesi nüfusunun 2000 yılında, 880 milyonu aşacağını tahmin etmektedir. Türkiye ve Sovyetler Birliğinin dağılmasıyla ortaya çıkan Ermenistan, Azerbaycan, Kazakistan, Kırgızistan, Tacikistan, Türkmenistan, Özbekistan bu büyümede önemli rol oynayacaktır.[1]

Jeo-politik önemi bilinen Türkiye, artık ekonomisi ve toplumsal yapısıyla da farklı bir konuma gelmektedir. Ülkemizde de tüm dünyada olduğu gibi yaşlanma, göç, insanî ve ekonomik gelişim, kaynakların eşitsiz dağılımı, işsizlik, barış ve savaş gibi konular sağlık reformlarının planlanması ile yakından ilgilidir.

Finansal ve politik yaklaşım sağlık reformlarını belirler. Günümüzde sağlığa yaklaşımda; insanî değerlerin ön plana çıkmaktadır. Değişim rüzgarı bir çok Avrupa ülkesinde sağlık sistemlerini, dikey, merkeziyetçi, emir komuta sistemine dayalı organizasyonlardan, saydam, yatay, ihtiyaca yönelik finansman ile sağlıklı olma kazancı üzerine temellendirilmiş yeni yapılanmalara götürmektedir. Bu değişimin önemli bir elemanı yarışa dayalı pazar mekanizmasıdır. Sağlık alanında etkili ve yeterli hizmet; ürün farklılığı, reklâm, pazarın bölünmesi ile değil, kalite ve fiyat faktörleri ile üretilebilmektedir. Kaynakların sınırlılığı *etkililik* kavramının önemini artırmakta ve sağlık reformunun temeli olmaktadır.[2]

Sağlık alanında değişiklik; berrak bir politika oluşturulması, hukuksal desteğin sağlanması, yeterli yönetim kapasitesi, insan kaynağının göz önüne alınması ve veri tabanının sağlanması ile gerçekleşebilmektedir. Bu faktörler gözardı edilerek yapılmaya çalışılan değişiklikler reformların sağlayabileceğinden fazla sosyal beklentiye, sağlık harcamalarının artmasına ve eşitsizlik uçurumunun büyümesine neden olabilmektedir. Bu değişim sürecinin yer aldığı ortam, kültürel altyapı, mevcut yönetim sistemi göz ardı edilmemesi gereken önemli etkenlerdir.[3]

Ülkemizde sağlığın finansmanı gündeme geldiğinde derhal bir kutuplaşma oluşmakta farklı görüşleri savunanlar birbirlerini "devletçi" -"özelleştirmeci" olarak yaftalamakta, radikal politik söylemin simgesi olan güzel söz söyleme sanatı ve karşısındakini mat etme çabası ön plana geçmekte, "insan hayatı" gibi duygusal argümanların kullanılmasıyla konu çözüm üretme düzleminden çıkıp karşılıklı "mat olmama" çabasına dönüşmektedir.

Sonuç vermeyen tartışmalar sadece var olan durumun sürmesine yaramaktadır. Ne hizmet alanların ne de hizmet verenlerin durumdan memnun olmadıkları açıktır.
Bu noktada konunun tartışılmasına temel olması gereken görüşler şöyle sıralanabilir:

1. Bir ülkenin sağlık düzeyinin ülkenin diğer sektörlerinden çok farklı bir durumda olması beklenemez.
2. Sağlığı korumanın ve hastalıkları tedavi etmenin bir maliyeti vardır, maliyetin hangi kaynaklardan karşılanacağını tartışmadan önce bu gerçek *özümlenmelidir.*
3. Sağlık sektörünün ilk sorunu finansman değil organizasyondur; organizasyon sorunu çözümlenmeden harcanacak para -ne kadar çok olursa olsun- boşa gidecektir.

Bu görüşlere yönelik tartışmaların başında etkili sağlık hizmeti kavramına değinmek gerekir.
DSÖ'nün tanımına göre "*etkili hizmet=elde edilen kazanç*" (sonuç, sağlıklı olma hali), "performans" ve "kalite"dir.[3]
Etkili sağlık hizmeti sunmak ve kısıtlı kaynaklarla hizmetin etkililiğini sürdürebilmek değişiklikleri değerlendirmede anahtar faktördür. Bu, aynı zamanda sonuca bakmak anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde bir çok göstergeden yararlanılabilir. Bu göstergelerin belirlenmesinde temel noktalar:

(a) öncelikli sağlık alanlarını belirlemeye odaklanmak,
(b) sağlık hizmetine etkililiği ön planda tutmak,
(c) sağlık politikalarındaki değişimleri yönlendirmek ve izlemek olmalıdır.

Sağlık alanında etkili hizmet sunumuna ilişkin bir kaç seçilmiş gösterge şöyle sıralanabilir:

1. Bebek ve çocuk ölüm hızı, **(1. Bölüm; 2. Tablo)** çocuk beslenmesi, bulaşıcı hastalıklara bağlı morbidite, aşılama oranları **(1 Bölüm; 8. 9. 10. Tablolar)**
2. Ergen gebelikleri, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, sigara kullanım oranı **(5. Bölüm 2.4)**
3. Ağız-diş sağlığı düzeyi, intihar girişimi, kan basıncı, hastane enfeksiyonları, üreme sistemi hastalıkları, diyabet komplikasyonları
4. Büyük bir hastalık veya sakatlığın olmadığı yıl sayısı, kalça kemiği ameliyatları

Bu seçilmiş göstergeler tüm toplumda ölçülebilecek, belli gruplara ait sağlık verilerine odaklanmış hedeflerdir.
Sağlık alanında kamu, özel sektör ya da karma ekonomik organizasyonlara giderken finansmanın ve karar vericilerin önceliklerinin dikkate alınması için seçilmiş sağlık göstergelerinden yararlanılmalıdır. Sağlığın organizasyon ve finansmanında toplum; parayı veren ve sağlık hizmetini kullanan grup olarak görüldüğü ve bu yönde bilgilendirilerek güçlendiği zaman planlama ve hedefe ulaşmada başarı beklenebilir.
Sağlık hizmetlerinin organizasyon ve planlamasında

- ekonomi (devletin sağlık harcamaları ve artan rekabet),
- demografi (genç ve yaşlı nüfusun fazla olması ve bu gruplara yönelik hizmetler) ve
- teknoloji (pahalı yöntem ve araçların hızla gelişerek kulllanıma sunulması)

arz organizasyonunun dar boğazlarıdır. Organizasyonun etkinliği ve ihtiyaçlara cevap veren bir hizmet sunması başlıca hedeftir.
Bu argümanın temelinde şu sorular yer almaktadır:

1) Sağlık hizmetinin hangi yönleri toplumun tamamına kapsayan kamusal ürünlerdir, hangi yönleri kişilere özgü hizmetlerdir?
2) Sağlık hizmetlerinin hangi yönleri toplumsal açıdan kamu tarafından denetlenmeli, hangileri bireysel kararlara bırakılmalıdır?
3) Hangi toplumsal ve/ya da kişisel hizmetler kamu sektörünce sunulmalı, hangileri özel sektöre devredilmelidir?

Bir çok ülke, özellikle de Avrupa, sağlığın yeniden yapılanmasında bu üç temel soruya ülkenin birikimi, toplumsal ve kültürel özellikleri açısından cevap aramaktadır.
"Toplumsal" (bireylere ancak temelde topluma) yönelik ve "özel" (bireyin yaşamına yönelik) hizmet olarak iki temel kategori saptayan ekonomistlere göre aradaki temel fark ödeme

isteğidir: Kişi, özel hizmet için ödeme yaptığında karşılığını kısa zamanda alır. Ne var ki, kişiler topluma yönelik hizmeti finanse etmek, para ayırmak için pek fazla istekli olmazlar; zira burada sonuç kısa sürede gözlenemez ve hizmet çoğu zaman bir başkasının yararınadır.[4]
Geleneksel halk sağlığı hizmetlerinde; toplumun sağlığını iyileştirmeye yarayan her şey "toplum hizmeti" olarak değerlendirilir. 1980'lerde tüm sağlık hizmetlerinin "toplum hizmeti" olduğu, bireylere yönelik hizmetlerin sonucunda sağlıklı bir toplum oluştuğu ve bu amaçla kamu kaynaklarından daha fazla pay ayrılması görüşü uluslararası ortak görüş oldu. Yeni görüşe göre bu kategori sadece sanitasyon, besin sağlığı, okul sağlığı gibi hizmetleri değil aynı zamanda bağışıklama, aile planlaması, sağlık eğitimi, birinci basamak sağlık hizmetleri, diş sağlığı, ruh sağlığı, rehabilitasyon ve evde bakımı da içermekte ve tedaviye yönelik tüm hizmetler toplum hizmeti olarak ele alınmaktaydı.
Geleneksel yaklaşım, yeni reform hareketleri dünyadaki ekonomik, politik gelişmeler çerçevesinde aynen devam etmemekte ve ülke koşullarına göre toplum hizmeti kapsamındaki bazı kalemler kişisel hizmete doğru kaymaktadır. Bu hizmetlerden bazıları diş sağlığı, gözlük, uzun süreli ruh sağlığı tedavileri, bazı ayaktan tedavi hizmetleri ile ilaç giderleridir.[5]
Uygulamalar ülkeden ülkeye, sağlık sisteminin organizasyon ve finansman modeline göre değişiklik göstermektedir.
Toplumsal hizmetlerin tamamını ve kişilere yönelik hizmetlerin bir bölümünü merkezi kararlarla geleneksel emir ve kontrol sistemi çerçevesinde uygulamayı öngören otoriter merkeziyetçilik günümüzde yerel ya da bireysel karar verme mekanizmalarına doğru yön değiştirmektedir.
Sağlık finasman modellerindeki son gelişmeler ise topluma yönelik hizmet sunumlarının, özel sektör aracılığı ile kamu kaynaklarından finansmanı yönündedir. Örneğin İsveç kamu finansmanlı hastanelerini "kamu firmalarına"[5] İngiltere ise "özerk tröstlere" dönüştürmektedir.[6] Bu yaklaşım sağlık hizmeti sunan kamu kurumlarının kâr amacı ile hizmet sunmak üzere "satılması" izlenimini yaratmaktadır. Ancak sorunun temel cevabı politika yapıcıların ve karar organlarının sağlık alanında yeniden yapılanmaya giderken hizmetleri ne şekilde sınıflayacaklarında yatmaktadır. Örneğin tedavi hizmetleri toplumsal değil de bireysel hizmet olarak sınıflanır ise finansmanı da o oranda farklı çözümler gerektirecektir.
Reform hareketinde iki farklı model belirmektedir. Birinci modelde koruyucu hizmetlerin tamamı ve diğer sağlık hizmetlerinin bir bölümü toplumsal hizmet olarak kabul edilerek, kamu finansmanlı hizmet sunumu ile serbest piyasa ekonomisinin özendirici yönleri birleştirilmektedir. Bu modelde hizmet sunulacak yerin seçilmesi gibi bazı kararlar bireysel seçime bırakılabilmektedir. Buna karşılık temel araç gereçler, bina ve benzeri yatırımlar kamusal karar ve kontrol altında kalacaktır.
İkinci modelde ise hizmet sunumu ile finansman tamamen birbirinden ayrılmaktadır. Bu durumda koruyucu ve temel sağlık hizmetleri yerine daha fazla kâr getiren tedavi (hastane) ağırlıklı hizmetleri ön plana geçecektir. Tutucu sağlık ekonomistleri kısa dönemde finansal etkinliği sağlayan bu modelin hizmetlerden eşit yararlanmayı ve sağlığın iyileşmesi için belirlenen hedeflere ulaşmayı riske sokacağını savunmaktadırlar.[7]
Hiç bir ülke, bu iki modelden birini katıksız bir tarzda uygulamamaktadır. Örneğin, İsveç ve İngiltere birinci model ile benzerlikler gösterirken, Kuzey Avrupa ülkelerinden bazılarında ikinci modelden alıntılar görülebilir.
Bu noktada bir kaç ülke deneyimine göz atmanın yararlı olacağı inancındayım.

12.1 Dünya Uygulamaları

Batı Avrupa sağlık sistemleri iki temel kategoride incelenebilir: **Beveridge** ve **Bismarck** modelleri. İlk model "*ulusal sağlık sistemi*" olarak adlandırılır (**25. Tablo**) ve **1942** tarihli. **«Beveridge Raporu»**nu temel alır. Bu sistem vergi yolu finanse edilir, parlamento tarafından kontrol edilir, hekimler kişi başına belli bir ücret alırlar, hastaneler genel bütçeden finanse

edilir. Gelişmiş ülkelerin bir çoğunda temel model budur. Büyük Britanya'ya özgü bu reform 1970'lerde Kanada'da, 1980'lerde de bir çok Avrupa ülkesinde uygulamaya konmuştur.

25. TABLO: Beveridge "Ulusal Sağlık sistemi"ni Uygulayan Bazı Avrupa Ülkeleri (7)

Büyük Britanya, İrlanda, Danimarka, Norveç, İsveç, Finlandiya, Yunanistan, İtalya, Portekiz, İspanya	
• Vergi ile finansman • Devlet kontrolü • Devlet bütçesi • Özel sektör katkısı az	• Bütün vatandaşlara ücretsiz hizmet verilir • Devlet kontrolü var • Hekimler maaş veya kişi başı ücret alırlar • Bireylerden az miktarda katkı payı alınır

1883'te «**Alman Sosyalleştirme Yasası**» ile ortaya çıkan **Bismarck Modeli «sağlık sigortası sistemi» (26. Tablo)** İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra sistematize edilmiştir. İşveren ve çalışanların zorunlu katkı payları ile finanse edilen sistem, sigortalıların temsilcileri tarafından yönetilir. Bu kapsamda yer almayan bireyler hizmeti devlet ya da özel sigortalar aracılığıyla alırlar. Hizmet sunanlar, hizmet başına ücret alır, hastaneler ise genel bütçeden pay alır.

26 TABLO: Bismarck Sosyal Sağlık Sigortası Modelini Uygulayan Bazı Avrupa Ülkeleri (7)

Almanya, Avusturya, Belçika, Fransa, Hollanda
• Vergi veya işveren ve çalışanların zorunlu katkı payları ile finansman • Paraların devlet dışı yönetimlerde; "sigorta kurumları"nda toplanması • Bu kurumların sağlık hizmeti sunanlarla (hastane, aile hekimi v.d.) sözleşme yapmaları ya da hizmet birimi karşılığı para ödemeleri

Orta ve Doğu Avrupa ülkeleri ise sistemlerini oluştururken Beveridge sistemine benzeyen ve **1920**'lerde ortaya çıkan **Semashko Modeli'**nden yararlanmışlardır **(27. tablo)**.

27. TABLO: Semashko Merkezî Modelini Uygulayan Bazı Avrupa Ülkeleri (7)

Eski Rusya Federasyonu'nun tüm ülkeleri ile bazı Doğu Avrupa ülkeleri (Bir çoğu günümüzde sistemlerini değiştirme girişimi içindedirler.)	
• Devlet bütçesinden finansman • Merkeziyetçi planlama ile devlet kontrolü • Her bireye ücretsiz hizmet	• Hizmeti sunanların tümü maaşlı • Özel sektör katılımı yok • Önceliklendirme oranı düşük

Avrupa'da sağlık hizmetleri **1945-1950**'de ve **1980-1990**'de yeniden yapılandırılmıştır. Deneyimler, politikacıların köklü değişikliklere direnç gösterdiğini ortaya koymaktadır. ABD'de yaygın olan yaklaşımın aksine Avrupalılar ekonomik koşullarına göre ödeme yapmayı ve karşılığında ihtiyaçları oranında hizmet almayı benimsemişlerdir. Bu durumda ödemenin küçük bir bölümünü, "katkı payı"nı hasta/hizmeti alan birey karşılar. **(28. Tablo)**

28. TABLO: Sağlık Hizmetlerine Ayrılan Fonların Kaynakları (%)

Kaynak	Norveç, İsveç, Büyük Britanya	Federal Almanya	Belçika, Fransa	ABD
Vergiler	85	15	10	35
Sosyal Sigorta	-	60	60	-
Özel Sigorta	5	10	10	30
Hasta Katkısı	10	15	20	35

Kaynak: OECD veritabanı, 1990.

Bir çok ülke, organizasyon şeması değişse de benzer mekanizmaları kullanmaktadır **(8).** Dünya sağlık harcamalarının bölgesel dağılımı **29. Tablo**'da göstermiştir.

Dünya Bankası "1993 Gelişmişlik Raporu" sağlık yatırımlarını ele almıştır. Rapor, daha sağlıklı bir toplum için devletlere şu hedefleri önermektedir (**9**):

- *Ev halkının daha sağlıklı olacağı ekonomik ve çevresel ortamı oluşturmak;*
  - fakirin yararına politikalar izlemek,
  - kız çocukları öncelik vererek okul olanaklarını artırmak,
  - kadının ekonomik ve sosyal statüsünü yükseltmek.
- *Devletin sağlık harcamalarını iyileştirmek;*
  - devletin üçüncü basamak sağlık hizmetlerine, ileri uzmanlık alanlarına ve sağlığa katkısı çok az olan harcama alanlarına yatırımını azaltmak,
  - AIDS, bulaşıcı hastalıklar, sigara, alkollü araba kullanımı gibi alışkanlıklar, çevre kirliliği gibi başkalarını riske sokan konularda yatırım yapmak ve yapılmasını sağlamak,
  - temel sağlık hizmetlerini ülkenin geliri, epidemiyolojik ve yöresel öncelikleri doğrultusunda finanse etmek,
  - hizmet sunumunu desantralize etmek,
  - finansman ve hizmet sunumunu sözleşme v.d. ile ayırmak.

29. TABLO: Dünya Sağlık Harcamaları (9)

Demografik Bölge	Dünya Nüfusuna Oranı (%)	Sağlık Harcaması (milyar $)	Dünya Sağlık Harcamasına Oranı (%)	Bölgesel Kamu Harcamaları (%)	Sağlığa Harcanan GSMH (%)	Kişi Başına Sağlık Harcaması ($)	**Karşılaştırma % (*)**
Gelişmiş Ülkeler	**15**	**1.483**	**87**	**60**	**9.2**	**1.860**	**78.9**
Avrupa'nın Eski Sosyalist Ülkeleri	**7**	**49**	**3**	**71**	**3.6**	**142**	**6.0**
Latin Amerika	**8**	**47**	**3**	**60**	**4.0**	**105**	**4.5**
Orta Asya	**10**	**39**	**2**	**58**	**4.1**	**77**	**3.3**
Diğer Asya Ülkeleri ve Hindistan Adaları	**13**	**42**	**2**	**39**	**4.5**	**61**	**2.6**
Hindistan	**16**	**18**	**1**	**22**	**6.0**	**21**	**0.9**
Çin	**22**	**13**	**1**	**59**	**3.5**	**11**	**0.5**
Sahra-altı Afrika	**10**	**12**	**1**	**55**	**4.5**	**24**	**1.0**
Diğer Gelişen Ülkeler	**78**	**170**	**10**	**50**	**4.7**	**41**	**1.7**
Dünya	**100**	**1.702**	**100**	**60**	**8.0**	**329**	**13.7**

*: Karşılaştırma Sahra Altı Afrika'nın kişi başına sağlık harcaması %1 olarak kabul edilerek yapılmıştır.

- *Rekabet ve çeşitliliği arttırmak;*
  - hizmetlerin kapsanmadığı alanlarda sosyal ve özel sigortaları geliştirmek,
  - hizmet sunanların performansları, temel malzeme ve ilaçlar, yatırımların maliyet-etkinlikleri, hizmet sunan kuruluşların kalite güvenceleri ile ilgili bilgi toplamak ve dağıtmak.

Örneğin hastalık ensidansını azaltmak tedavi masraflarını azaltır: ABD'de polio'nun (çocuk felci) eradikasyonu için 15 yılda 220 milyon Dolar harcanmıştır, aşılama yapılmamış olsa idi aynı dönemde 220.000 kişinin hastalığa yakalanması beklenirdi; bu, yıllık tedavi giderlerinde 320 milyon Dolar tasarruf sağlandığını göstermektedir **(9).** Bu çerçevede sağlık

organizasyonu ve harcamaları planlanırken sunumu, etkililik ve finansman kavramları ön plana çıkmaktadır.
Sağlık hizmetlerinin önemi ve finansman ihtiyacı arasındaki giderilmesi zor çelişki, özellikle gelişen ülkelerde büyük tartışmaların nedenidir. Kıt kaynakların hangi sektörlere ve ne ölçüde dağıtılacağı cevaplanması zor bir soru olarak karşımıza çıkmaktadır.

12.2 Türkiye'de Sağlık Hizmetleri: Mevcut Durum ve Öneriler

Türkiye'de sağlık hizmetleri arz ve talep açısından önemli çeşitlilik gösterir. Birinci ve ikinci basamak hizmetleri özel ve kamu sektöründe değişik kurumlar tarafından sunulur, hizmet sağlık sigortası güvencesi kapsamında olan ve olmayanlar, sigortası kapsamında değişik rejimlere tâbi olanlar bulunur.

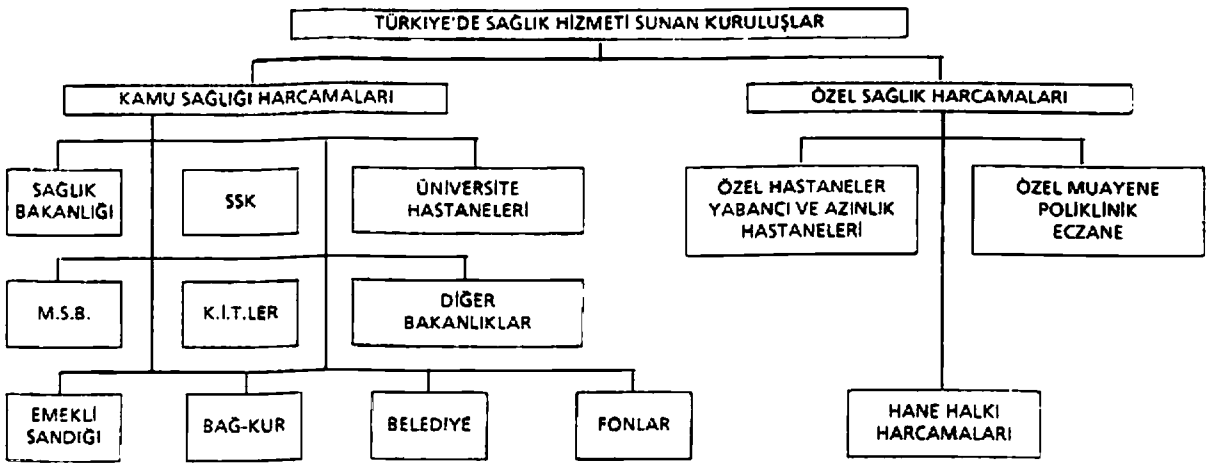
30. Tablo (**A**): sağlık hizmetinde rol oynayan kurumlarının işlevsel sınıflanmasını,
(**B**): sağlık hizmeti sunan kuruluşları göstermektedir:

Türkiye'de sağlık hizmetleri genel bütçe (vergiler), zorunlu sigorta primleri ve hizmet alanların dolaysız ödemeleri ile finanse edilir. GSMH'nın %≈3-5'i sağlığa ayrılır ve bu tutarın ancak %1.8'i sağlığı koruyucu/geliştirici hizmetlere harcanır. Toplam sağlık harcamasının yalnızca %8.3'ü Sağlık Bakanlığı tarafından koruyucu hizmetlere harcanmıştır (1994). Bu miktar, ülke genelindeki tüm koruyucu sağlık hizmeti harcamalarını temsil eder **(10).**

30. TABLO (A): Türkiye Sağlık Sektöründeki Kurumların İşlevsel Sınıflaması (10)

Politika Oluşturma	**Hizmeti Sunumu**	**Finansman**
	Kamu	Maliye Bakanlığı
		Sağlık Bakanlığı
Devlet Planlama Teşkilatı	Sağlık Bakanlığı	Hazine ve Dış Ticaret Müsteşarlığı
Sağlık Bakanlığı	SSK	SSK, Bağ-Kur, Sağ-Kur
Yüksek Öğretim Kurumu	Üniversite Hastaneleri	Vakıflar
Anayasa Mahkemesi	Belediyeler	Özel Sigort Şirketleri
Yüksek Planlama Kurulu	Kamu İktisadi Teşebbüsleri	Uluslararası Kuruluşlar
TBMM Sağlık Karma Komisyonu	Diğer Bakanlıklar	(Dünya Bankası, Birleşmiş Milletler)
İdari Yetki		**Dolaylı Yetki**
	Özel	
Sağlık Bakanlığı	Vakıflar	İmar ve İskan Bakanlığı
İl Sağlık Müdürlükleri	Türk ve Uluslararası Hastaneler	Belediyeler
İçişleri Bakanlığı	Özel pratisyenler/uzmanlar	İçişleri Bakanlığı
Vilayet (vali ve kaymakamlar)	Özel klinik ve laboratuvarlar	Gıda Tarım ve Orman Bakanlığı
	Eczacılar	Diğerleri
	Sosyal Amaçlı	
	Kızılay	
	Türk Aile Planlaması Vakfı	
	Diğerleri	

30. TABLO (B) (12)



Sağlık güvencesi olan nüfus; Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Bağ-Kur, kamu kurum ve kuruluşları ve bir kısım özel sandık üyeleri ile bakmakla yükümlü oldukları yakınlarından oluşur. Kapsam dışı nüfusun önemli bir kısmı dolaysız ödeme yapar, ödeme gücü olmayanların giderleri bir ölçüde çeşitli fon ve gelirlerden devletçe karşılanır. Sosyal güvenlik kapsamındaki nüfusun kuruluşlara dağılımı **31. Tablo**'da gösterilmiştir: Türkiye'nin 1990 nüfusu 56.473.035'tir. **Nüfus**un 1993'te **60 milyon**a yaklaştığı göz önüne alınırsa, nüfusun 1/3'ü (20 milyon kişi) sağlık güvencesinden yoksun gözükmektedir. Ne var ki farklı kuruluşlarının örtüşen sigortalıları ve aile bireyleri arasındaki ikili sayımlar da hesaba katılırsa **sağlık güvencesi bulunmayanlar 30 milyon** dolayında olmalıdır.

31. TABLO: Sosyal Güvenlik Kapsamındaki Nüfus; 1992 (*)

Sosyal Güvenlik Kurumu	Kapsadığı nüfus
SSK	20.400.000
Bağ-Kur	10.000.000
Kamu Kurum ve Kuruluşları	6.500.000
Emekli Sandığı	2.300.000
Tarım Sigortalısı	500.000
Özel Sandıklar	300.000
Toplam	**40.000.000**

(*): İlgili kuruluşların istatistikleri

Sağlık harcamaları çok farklı şekillerde finanse edilmekte, hizmet değişik kurum ve kuruluşlarca verilmektedir; ülke bütününde "tek tip" bir organizasyon oluşturulamamıştır. Finansman konusundaki önemli bir nokta da kamu kuruluşlarında sağlık hizmetinin maliyetin çok altında sunulması, tutarın 2/3'ünün devletçe sübvanse edilmesidir.

Sağlık hizmeti arzının temel göstergeleri sağlık personeli ve hasta yatağı sayılarıdır. 1990'da Türkiye'deki 138.521 hasta yatağının %51.4'ü Sağlık Bakanlığı, %17.3'ü üniversite hastanelerindedir. 10.000 nüfusa ≈25.9 hasta yatağı düşer, bu rakam bölgeler arasında 10.000/7.7 ile 10.000/35.1 arasında değişir. Yıl boyunca **ortalama yatak doluluk oranı % ≈56**'dır. Buna göre her 2 hastane yatağından biri boştur; yatırım ve kaynakların verimli kullanımı, sağlığın organizasyonu yönünden bu noktanın üzerinde dikkatle durulmalıdır.

Ülkemizde sağlık sektörünün yeniden yapılandırılması gereğini ortaya koyan bazı veriler **32. Tablo**'da incelenmiştir:

32. TABLO: Kamu Kurumlarının Sağlık Harcaması İçindeki Payı (%) (10)

	1988	1989	1990	1991
Sağlık Bakanlığı	**40.8**	**40.3**	**43.9**	**41.2**
SSK	**23.3**	**25.1**	**24.4**	**25.8**
Üniversiteler	**8.0**	**6.3**	**8.0**	**9.3**
Bakanlıklar	**10.5**	**10.1**	**8.7**	**8.6**
Emekli Sandığı	**4.2**	**4.5**	**3.5**	**4.1**
Milli Savunma Bakanlığı	**8.3**	**7.1**	**5.9**	**5.9**
Bağ-Kur	**1.6**	**3.6**	**3.2**	**2.8**
Kamu İktisadi Kuruluşları	**2.4**	**2.2**	**1.6**	**1.5**
Belediyeler	**0.8**	**0.7**	**0.6**	**0.6**
Fonlar	**-**	**-**	**-**	**-**
Toplam	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**

İlginç olabilecek bir nokta, Bakanlıklar dışındaki kurumların sağlık harcaması paylarının büyük ölçüde sabit kalmasıdır. Son yıllardaki kamu bütçesi açıkları, Bakanlıkların sağlık giderlerinin oransal olarak düşmesine neden olmuştur **(13).** Kamunun tüm sağlık harcamalarının 1988'de %52.9'u, 1991'de %53.3'ü hastane giderleridir.

Sistemin çarpık yapılaşması sonucu, hastane giderleri içinde önemli bir yer tutan poliklinik giderlerinin, kamunun sağlık harcamalarının yarısından fazlasını oluşturması, (**33. ve 34.**

Tablolar) hastanelerinin sağlık sektöründeki ağırlığını açıkca ortaya koymaktadır. Gerçekten de, *sevk zincirinin yokluğu, doğrudan hastanelere başvurulabilmesi* hastanelerde yığılmaya yol açmaktadır. Böylece hastane harcamaları yüksek oranlara ulaşmaktadır. Birinci basamak hizmetlerinin ilgili birimler yerine (sağlık ocağı, dispanser vb.) hastanede verilmesi maliyeti artırmakta, verilen hizmetin birinci basamak verileri dışında görünmesine neden olmaktadır.

33. TABLO: Kamu Sağlığı Harcamalarının Dağılımı (Milyar TL.) (10)

Harcama şekli	1988		1989		1990		1991	
	Tutar	%	Tutar	%	Tutar	%	Tutar	%
Hastanede tedavi	1.068,9	52.9	2.200,6	49.7	4.602,5	52.8	8.103,6	53.3
Ayaktan tedavi, İlaç, tıbbi malzeme	952,2	47.1	2.226,1	50.3	4.108,5	47.2	7.092,8	46.7
Toplam	**2.021,1**	**100.0**	**4.426,7**	**100.0**	**8.711,0**	**100.0**	**15.196,4**	**100.0**

34. TABLO: Kamu Sağlığı Harcamalarının Finansman Kaynakları (Milyar TL.) (10)

	1988		1989		1990		1991	
	Tutar	%	Tutar	%	Tutar	%	Tutar	%
Vergiler	1.434,1	70.0	3.012,1	68.0	6.040,8	69.3	10.499,1	69.1
Sağlık Sigortası Primleri	502,1	24.8	1.270,9	28.7	2.405,5	27.6	4.347.2	28.6
Fon Gelirleri	84,9	4.2	143,7	3.3	264,7	3.1	350,1	2.3
Toplam	2.021,1	100.0	4.426,7	100.0	8.711,0	100.0	15.196,4	100.0

1998'de SSK ve Bağ-Kur aynı hizmet için birbirine yakın primler talep ederken, 1991'de SSK, Bağ-Kur'un üç katı prim talep etmiştir; **(35. Tablo)**. Bu durum, iki rejim arasındaki farklılığı ortaya koymaktadır **(10).**

35. TABLO (A): SSK ve Bağ-Kur'un Kişi Başı Ortalama Sağlık Primi Gelirleri (TL/kişi/Yıl) (13)

	1988	1989	1990	1991
SSK	52.611	95.507	172.139	314.642
Bağ-Kur SağlıkHizmeti Alan Kişi Başına	46.410	83.674	98.528	121.302
Bağ-Kur Kapsamı İçinde Olan Kişi Başına	11.607	24.926	34.032	49.955

35. TABLO (B): Kurumların Kişi Başı Sağlık Harcamaları (TL/kişi/yıl) (14)

	1988	1989	1990	1991
Sosyal Sigortalar Kurumu	28.533	64.316	116.255	203.953
Bağ-Kur	13.186	55.844	84.102	105.427
Bakanlıklar	37.283	77.404	130.346	215.331
Emekli Sandığı	43.063	97.808	145.242	287.354
Milli Savunma Bakanlığı	-	-	325.203	572.590
Kamu İkitisadi Teşekkülleri	190.125	374.884	529.457	903.100

Türkiye'de hekimler ücretle kamuda ya da özel muayenehanelerinde çalışabilirler. 2.750 hekimi kapsayan bir araştırmaya göre, hekimlerin % 24'ü kamuda, % 40'ı muayenehanelerinde, % 36'sı ise yarı-zamanlı olarak kamuda ve muayenehanede çalışmaktadır.

Özel muayenehane, poliklinik, hastane ve eczanelerde gerçekleştirilen özel sağlık harcamaları toplamı **(36. Tablo**)'de gösterilmiştir **(15):** Bu harcamaların hemen, hemen tümünü birinci basamak özel muayenehane ve ilaç giderleri oluşturmaktadır. 1988'de 72.912 TL olan kişi başına sağlık harcaması 1991'de 418.830 TL'sına yükselmiştir. Bu rakamın düşüklüğü muhtemelen kayda geçmemiş harcamaları yansıtmaktadır.

Bölgesel farklar büyüktür. Doğuda, doğumların %50'si evde ve ebesiz yapılmaktadır, bu oran batıda %7'dir, bunun sonucu olarak doğuda bebek ölüm oranı batının iki katıdır,. Farklılık sadece hizmet sunumu ya da sağlık güvencesi ile açıklanamaz; eğitim düzeyi, gelir v.d. faktörler de etkili olmaktadır.

36. TABLO: Özel Sektördeki Sağlık Harcamaları (milyar TL) (14) (1988=%100 kabul edilmiştir.)

	1988		1989		1990		1991	
Harcamalar	**Tutar**	**%**	**Tutar**	**%**	**Tutar**	**%**	**Tutar**	**%**
Hekim	**1.124.0**	**53.8**	**2.082.1**	**65.1**	**3.657.5**	**65.5**	**6.177.0**	**68.8**
İlaç ve tıbbî malzeme	**774.0**	**40.1**	**1.025.4**	**32.0**	**1.764.6**	**31.6**	**2.422.0**	**27.0**
Özel hastane	**31.0**	**1.6**	**92.9**	**2.9**	**163.8**	**2.9**	**375.2**	**4.2**
Toplam	**1.929.0**	**100.0**	**3.200.4**		**5.585.9**		**8.974.2**	
Artış Endeksi (¶)	**100**		**165.9**		**289.6**		**465.2**	

Bu verilerin ışığında ülkemizde büyük tartışmalara neden olan ve hâl'en meclis sağlık komisyonu gündeminde olan organizasyon ve finansman modeline değinmek gerekir.

Sağlık sisteminin organizasyonunda **25. Şekil**'de görülen çok elden hizmet sunumu yerine merkezî bir plan çerçevesinde yerel, desantralize hizmet sunumu öngörülmektedir. Sistemin, daha önce sözü edilen çoğu tarım çalışanlarından oluşan sağlık güvencesinden yoksun halkı da kapsaması öngörülmektedir. Uzun vadede ise **31. Tablo'**da yer alan, aralarında büyük farklılıklar bulunan sağlık sigortası sistemleri tek çatı altında toplanacaktır. Hizmetin finansmanı ile sunumunun birbirinden ayrılması, Sağlık Bakanlığının sadece planlama, eşgüdüm ve denetimi üstlenmesini hedeflemektedir.

Önerilen sistemde, sigorta primleri hane halkının gelirine göre toplanacak, ödeme gücü olmayanların primleri bütçeden karşılanacaktır, böylece gücü yetmeyenlere devlet sübvansiyonu gündeme gelmektedir. Buradaki önemli fark, uygulamadaki hizmet sübvansiyonu yerine, kişilerin sübvansiyonunun benimsenmesidir.

Ödenecek prim, aktuaryal (sigorta mâliyeti ile ilgili) hesaplara göre belirlenecektir. Ülke çapında ortaya çıkacak gerçek birim maliyetler sağlık hizmetlerinin ortalama kullanım oranıyla çarpılarak sigortalı sayısına bölünüp kişi başına düşen sağlık harcaması bulunacak; aktuaryal prim böylece belirlenecektir. Bu sistemin devreye girmesi ile il düzeyinde sağlık hizmetlerini yönetim (il sağlık yönetimi) halk adına satın alacak ve ödemeyi hizmet satın alacağı kişi ve kurumlara yapacaktır. Kurulacak sağlık sigortası yönetimi, ödenecek primi hesaplayacak, toplayacak, ödeme kayıtlarını tutacak ve ödemeleri il sağlık yönetimlerine aktaracaktır.

Öngörülen sigorta teminat paketi kişilerin kendi seçecekleri aile hekiminden alınan muayene ve tedavi hizmetleri ile bu kapsamda kullanılan ilaçları, birinci basamağın sevki aracılığı ile yararlanılan hastane hizmetlerini, ayakta ya da yatarak tedaviyi, gerekli iyileştirme araçlarını, protezlerini, yol masrafları ve diğer zorunlu giderleri kapsayacaktır.

Daha önce verdiğimiz örneklerde belirttiğimiz gibi dünyanın bir çok ülkesi sosyal sağlık sigortacılığını benimsemiştir. Alternatif sağlık finansmanı yöntemleri şunlar olabilir: vergilendirme, özel sigortacılık ve doğrudan kişisel harcamalar.

Vergi yoluyla finansman sağlanarak giderlerin bütçeden karşılanması İtalya, İngiltere ve Doğu Avrupa ülkelerinde kullanılmaktadır. Bu yöntemin iki dezavantajı görülür: Yeterli ve kaliteli sağlık hizmeti sunumu için gerekli gelirin elde edilmesi oldukça zordur; yöntem bürokrasiye ve etkili olmayan hizmet sunumuna yol açmaktadır. 1990'da Sağlık Sektörü Çerçeve Planlaması çalışmaları sürecinde vergiyi temel alan sistem Türkiye için uygun bulunmamıştır.[16]

Doğrudan kişisel harcamalarla finansman, risk bölüşümünü göz ardı eder; hizmete en çok ihtiyacı olan hasta ve fakirler bu yöntemden zarar görürler.

Özel sigortacılık ise risk gruplaması mantığına dayanır, kronik hastalıkları, yaşlıları kapsam dışı bırakır ya da daha fazla prim talep eder. Dünyada, sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümünü özel sigortacılık ile finanse eden tek ülke ABD'dir. Dünyadaki en pahalı sağlık

hizmetlerinin verildiği ABD, sağlığa GSMH'dan en büyük payı ayıran ülke olmasına rağmen 35 milyon vatandaşı her türlü sağlık güvencesinden yoksundur. ABD de sağlıkta reform sürecine girmiş olup sağlık güvencesi olmayanlara yönelik yeniden yapılanma çalışmalarını yürütmektedir.

Sosyal sağlık sigortacılığında, genç ve sağlıklı üyeler, katılım paylarına oranla daha az, yaşlı ve daha az sağlıklı olanlar ise daha fazla yararlanırlar. Kişilerden, sadece sağlık için prim toplanması ve bu fonun sadece sağlık için kullanılması, sektörün, gelir vergisinden pay ayrılarak finansmanından daha güvenilir bir yöntem olarak görülür.

Sigortasız kesimin mevcut sigortalardan birine katılması pek olası gözükmemektedir. Hâlen aktif devlet memurlarının yararlandığı sistemde memurun herhangi bir katılımı söz konusu değildir, hizmetin tamamı devlet bütçesinden karşılanmaktadır. Emekli Sandığı da katılımcı yapıya sahip değildir, daimi bir işveren ve kesintilerin yapılacağı düzenli bir maaş olmadığı için sigortasız kesimin bu yapıya uydurulması söz konusu olamaz. SSK sigortasız kesimi bünyesine alırsa az gelirli, geniş kitlelerin yükünü üstlenmiş olacaktır. Bağ-Kur en kolay entegre olunacak sistem gibi görünmekle birlikte o da sağlık sigortacılığı açısından zor günler geçirmektedir ve diğer sigorta kurumlarına oranla kişi başına çok daha az harcama yapmaktadır, kontratlar sonucu aldığı hizmetlerin karşılıklarının hizmet sunucularına ödenmesinde zorluklar vardır. Bir anlamda güvenilirliğini ve talebini yitirmiş durumdadır.

Türkiye'de sağlık harcamaların kaynağı, genel bütçe, sigorta primleri ve kullanıcıların doğrudan ödemelerinden oluşan karmaşık bir finansman mekanizmasına dayanır. 1990'da, kaynağın ⅓'ü bütçeden, 1/6'sını primlerden, ½'si doğrudan ödemelerden gelmiş ve izleyen yıllarda genel bütçe payı Sağlık Bakanlığı aracılığı ile arttırılmıştır.[17]

Sistemin etkili olmayan ve hakkaniyet ilkeleri ile bağdaşmayan yapısı ile mevcut finans modeli arasında bir ilişki kurulabilir. Ülkemizde, sağlık göstergelerinin iyileştirilmesine en çok etkisi olan halk sağlığı ve birinci basamak hizmetlerine oldukça az kaynak ayrılmakta, buna karşın, gereğinden fazla sağlık personeli istihdam edilmektedir. Yatırımlar ihtiyaçtan ziyade politik amaçlar doğrultusundadır, merkezi yatırım planlamasının, en etkisiz planlama sistemi olduğu geniş çevrelerce kabul edilmiştir. Sunulan hizmette, iş tanımları, performans ve kaliteyi ölçmeye yönelik standart ve göstergeler yoktur, bu durum *etkili* hizmet kavramından ne kadar uzak kalındığının göstergesidir. Bütün bu olumsuzluklar ülkemizde ciddi ve kapsamlı bir yeniden yapılanmayı gerekli kılmaktadır.

Bugün Türkiye için tartışılan "Sağlık Finansmanı Kurumu" (SFK) ile birlikte yapılacak olan idarî desantralizasyon ve buna paralel değişmesi gereken hizmet sunumu bir bütün olarak ele alınmalıdır. SFK ile getirilmeye çalışılan sistem her ne kadar kişiden aldığı primi yine kişiye ve yerinde sağlık hizmetine dönüştürmeyi amaçlasa da, mevcut sağlık finansmanı sistemlerinden ayrı kaldığı ve sisteminin yeniden yapılandırılmasına gidilmediği sürece Bağ-Kur örneğine dönüşme riskini taşıyacaktır. Buna karşılık sağlık sisteminin yeniden yapılandırılmasında öngörülen İl Sağlık Yönetiminin başarısı desantralizasyona ve sağlık yönetimi eğitimi almış kişilerce yönetilmesine bağlı olacaktır. Önerilen sistemde, il yönetimleri halkın ihtiyacını bağlı bulunulan sigortalar arasında ayrım gözetmeksizin karşılayacaktır. Uygulama özerk/özel hastaneler ve aile hekimleri ile sözleşme yapılarak ve sağlık ocakları sistemi kullanılarak yapılacaktır. İl yönetimlerine hizmet bölgesinin nüfusu oranında kaynak aktarılacaktır. Ancak bunun diğer finans kurumları açısından nasıl gerçekleşeceği büyük bir soru işaretidir. Bu nedenle bütün finans sistemlerini (özel sigortalar hariç) bir araya getiren bir mekanizma gereklidir. Sağlık yönetimlerinin yapısal olarak Sağlık Bakanlığına bağlı olmasının da yönetim açısından sıkıntılar yaratması olasıdır.

Hizmet sunucuları açısından; özerk hastaneler oluşturulabilir, kararları merkezdeki bürokratlar yerine olayları yaşayanlar verebilir ve planlama yerinden yapılabilir. Hastanelerin rekabet ettiği bir sistemde birim hizmet maliyetinin azalacağı, kalitenin yükseleceği öne sürülmektedir. Hizmet hastanelerden sözleşmeler yolu ile satın alınacağından hastane

yönetimi en iyi ve en verimli hizmeti sunacak personelle çalışmak isteyecektir; ancak bu noktada personelin özlük hakları, iş tanımı, performans değerlendirme ölçütlerinin belirlenmesi, hizmet sunumu basamaklarının her birinde kalite güvencesini sağlayacak yöntemlerin "kişilere özgü" olmayan ve fırsat eşitliği yaratan bir sistem içine oturtulması gereklidir.

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmeti sunan üç yapıdan söz edilebilir: En geniş alana yayılan, Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık ocakları zinciridir ve günümüzde oldukça az kullanılmaktadır. SSK Dispanserleri ve sağlık istasyonları daha fazla kullanılmakla birlikte yalnızca kendi sigortalılarına hizmet vermektedir. Üçüncü olarak özel hizmet veren hekim ve polikliniklerden söz etmek gerekir. Doktorların maaş alarak çalıştığı ilk iki sistem hasta ihtiyaçlarına tam cevap verememektedir. Tayin, atama gibi nedenlerle hasta-hekim ilişkisinin sürekliliği yoktur. Özel sektörde sunulan hizmetin bedeli hizmeti alan tarafından karşılanır bu nedenle özel hekim kullanım oranı düşüktür, poliklinik hizmetleri ise birinci ve ikinci basamak arasındaki bir konumdadır ve ücret karşılığı sunulmaktadır. Duyulan ihtiyaca göre farklı hekimlerden hizmet talep edilmektedir. Türkiye, bugün bütün bu sorunlara çözüm olarak aile hekimliği sistemini önermektedir. Her sigortalı, kesintisiz birinci basamak tanı, tedavi ve koruyucu sağlık hizmeti sağlayan bir aile hekimine kayıt olacaktır. Önerilen modelde aile hekimleri sözleşme karşılığı, kendisine kayıtlı kişi başına ve belirlenen sağlık hedeflerine ulaşmasına göre ücretlendirilecek ve kamu ile sözleşmeli özel hekim statüsünde olacaktır.

Bu noktada hizmeti sunacak olan hekim ve diğer sağlık personelinin ücretlendirilmesine bakmak gerekir. **38. Tablo (18)** hizmetin ücretlendirilmesine ilişkin avantaj ve dezavantajları ortaya koymaktadır.

12.3 Aile Hekiminin Sağlık Organizasyonu İçindeki Yeri

Aile hekimliği, önerilen sistemin finansal ve organizasyonel yapısı ile eşdeğer tutulmamalıdır. Aile hekimliği, sağlık hizmetlerinin gelişiminden doğan bir sunum biçimidir. İster aile hekimi ister genel pratisyen diyelim, isterseniz bambaşka bir adlandırmada karar kılalım, bugün, bütün dünyada birinci basamak koruyucu, tanı koyucu ve tedavi edici hizmeti mezuniyet sonrası belli bir süre eğitimden geçmiş hekimler vermektedir.

Türkiye'deki adıyla aile hekimliğini, bugün Sağlık Bakanlığı'nın önerdiği yeniden yapılandırma ile özdeşleştirmek, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine, birinci basamak sağlık hizmetlerinin eğitilmiş hekimlerce sunulmasına engel oluşturmaktan başka bir işe yaramayacaktır. Olayı bir çok farklı alanda yaşandığı gibi politik bir polemiğe dökmek sorunlara çözüm üretmeye değil, içi boş kavramların tartışılagitmesine neden olacaktır.

Her hizmetin doğal olarak bir mâliyeti vardır ve hizmet üretimi, sağlıkta eşitlik ya da yeni yaklaşımla hakkaniyet ilkesinin korunması, hangi finans modelinin uygun olacağı değişik bakış açıları ile farklı uygulamaları gündeme getirmektedir. Bu noktada önemli olan ülkenin genel yönetim yapısı, iç dengelerinin korunması ve sağlık göstergelerinde ciddi ve etkin iyileşme sağlayacak bir yapı kurabilmektir. Avrupa ülkelerinde birinci basamakta çalışan aile hekiminin kamu çalışanı mı, yoksa özel sektör elemanı mı olması gerektiği uzun zaman tartışılmıştır.[19] Tartışma garantili iyi hizmet sunumunu ve kır/şehir ayırımı olmaksızın hizmete ulaşılabilmeyi sağlamanın yolları üzerinde yoğunlaşmıştır. Bazı ülkelerde aile hekimliği hizmeti geniş bir birinci basamak ekibi ile birlikte sunulmakta, diğer ülkelerde ise hekim üzerinde yoğunlaşmaktadır. Ücretlendirilmede de farklı yollar izlenmiştir: **37 Tablo.**

Özel birinci basamak hekimi: Tamamen bağımsızdır. Kamu desteği ve bağı olmadan çalışır. Ücretlendirme genellikle, hizmet başınadır. Hizmetin karşılığını ya hasta, ya da ticarî amaçlı sigorta şirketi öder. En belirgin örnek ABD'dir.

Yönetmelikle bölgesel geri ödemeye tâbi özel birinci basamak hekimi: Hizmetinin karşılığını hasta vakıfları, finans kuruluşları (Almanya) ya da devlet (Kanada) ile hekim arasındaki anlaşma ile belli bir kurumdan alır. Bir dönem ve belirli bir hizmete yönelik sabit ücret alır.

37. TABLO: Sağlık Hizmetlerini Ücretlendirme Yöntemlerinin Kuvvetli ve Zayıf Yönleri (11)

Ödeme Yöntemi	Kuvvetli Yönler	Zayıf Yönler
* Hizmet başına ödeme	* Kazanç, sunulan hizmete bağlıdır * Hizmeti değerlendirmek kolaydır	* Maliyeti artırabilir * Fazla/gereksiz tedavi eğilimi yaratır.
* Vak'a maliyeti başına ödeme (Örnek: Tanı ve tedaviye yönelik gruplandırılmış hizmet)	* Kazanç sonuca bağlıdır * Hizmet veren kişi başına harcamasını azaltmaya çalışır	* Vak'a/hastalıkların standart listesini oluşturmak güçtür * Hizmet veren daha fazla para almak için farklı tanılar bildirebilir
* Sürekli hizmet alan kişi başına ödeme (Kapitasyon)	* Yönetimi kolaydır; hekimin işini vakalara bölmek gerekmez. * Tahmini bütçeleme kolaydır. * Hizmet veren tedavi maliyetini düşürmeye çalışır. * Hizmeti kullanan, seçim hakkına sahip olmaktan memnundur	* Hizmet sunucu yüksek maliyetli hastaları tercih etmez * Kayıtlı hastalara sunulan hizmetin kalitesi düşebilir * Hizmeti değerlendirmek zordur
Maaş (Belli süre hizmet karşılığı)	* Yönetimi en basit şekildir * Tahmini bütçeleme kolaydır	* Ücret, hasta memnuniyeti ile ilintili olmadıkça, hastanın hizmet sunan üzerinde etkisi olmaz - Hizmet sunan kaliteyi kolayca düşürebilir ve gerekenden daha az hizmete yönelebilir

Kamu kurumu ile sözleşme yapan özel birinci basamak hekimi: Kamu kurumu ile kişi başı ödeme ve bir miktar hizmet başı ödemeyi içeren sözleşme yapar (Danimarka ve İngiltere'deki grup uygulamaları). Kullanılan işyeri kamuya ait ise kira öder.
Kamu sağlığı merkezinde sözleşmeli çalışan özel birinci basamak hekimi: Ücretini geri ödeme ya da maaş yoluyla alır. Kamu yönetimindeki bir merkezde çalışan özel hekimdir (Norveç).
Özendirici geri ödeme ile kamu görevlisi olarak çalışan birinci basamak hekimi: Devlet personelidir, kamu kuruluşunda çalışır, ancak hizmet sunumuna ve kalitesine göre ayrıca özendirme ücreti alır. (İsveç – 1991 sonrası Stockholm County aile hekimleri, Finlandiya – 1985-90 aile hekimliği programı).
Diğer kamu personeli gibi devlet memuru olarak sabit maaşla çalışan birinci basamak hekimi (İsveç, Finlandiya).
Bir çok ülke tek bir finans modelini benimserken bir kısmı karma modelleri uygulamaktadır.
Konunun başından beri üzerinde önemli durduğumuz nokta hizmetin kaliteli ve etkin olmasıdır. Hizmetin karşılığını ödeyen sistemler yelpazesi, hekimi fazla sayıda hasta görerek hastaya gerekenden az zaman ayırmaya, gerekli olmayan hizmetler vermeye yönelterek maliyeti artıran hizmet başı ödemeden, hekim motivasyonunu tamamen gözardı eden maaşa kadar uzanmaktadır. Amaç, hizmetin kalitesini, ulaşılabilirliğini, hizmet sunan ile alanın aynı derecede memnun olacağı, hekimin kendini geliştirmesini ve hizmetin kalitesinin artırmasını sağlayacak bir modelin oluşturularak uygulanmasıdır.
Türkiye sağlıkta yeniden yapılanma aşamasının henüz başındadır. Aile hekimliği eğitimi 10 yıl önce başlamıştır, bugün ele almamız gereken ülkemiz koşullarına uygun daha kaliteli hizmeti sunacak aile hekimin yetiştirilmesidir. Finansmanın sağlık güvencesinden yoksun halkı da kapsaması kaçınılmazdır. Ancak bunun yöntemi için önerilen kanun tasarılarının içeriği hâlâ tartışılabilir. Sağlık personelinin ücretlendirilmesi de derinliğine irdelenmesi gereken bir konudur. Yapılmaması gereken tek şey aile hekimliği disiplini ile sağlık hizmetlerinin organizasyon ve finansmanın eşdeğer tutulmasıdır.

KAYNAKLAR

1 *Second Evaluation of the Strategy for Health for All by the year 2000* WHO Regional Office for Europe. Kopenhag, 1984-1991.

2 **Dahlgren G, Whitehead M.** *Policies and Strategies to promote equity in health.* WHO Regional Office for Europe, Kopenhag, 1992.

3 *Health Care Reforms in Europe.* WHO Regional Office for Europe. Kopenhag.1992; 15-7, 26.

4 **Saltman RB, von Otter C.** *Planned markets and public competition: strategic reform in northern European health systems.* Open University Press, Londra, 1992.

5 *Crossroads: Future options for Swedish health care.* Federation of Country Councils, Stokholm. 1992.

8 *Working for patients.* Her Majesty's Stationary Office, Londra, 1989.

9 **McLachlan G.** (Ed. Maynard A.) *The public private mix for health.* Nuffield Provincial Hospital Trust, Londra, 1982.

10 **Majnoni d'İntignano B.** *Financing of Health Care in Europe, technical discussion paper of Regional Committee*. Kopenhag, 1992.

11 *World Development Report, Investing in Health*. World Development Indicators, The World Bank, Oxford University Press, 1993; 6-21, 124.

12 **Tokat, M.** *Türkiye'de Sağlık Sektörünün Finansmanı*, SB SPGK, 1993; 9-11.

13 **Tokat, M**. 1993; 31.

14 **Tokat, M.** 1993; 35-40.

15 ibid.

16 *PW*

17 *Türkiye Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje*. SB SPGK 1992; 2-12.

18 **Reinhardt Uwe E**. *The U.S. Health Care Financing and Delivery System*: *Its Experience and Lessons for Other Nations.* International Symposium on Health care Systems, Çin, Tayvan, 1989.

19 **Groenewegen PP. ve ark.** *Remunerating general practitioners in western Europe.* Aldershot, Avebury Press, 1991.

20 *Health Care Reforms in Europe.* WHO Regional Office for Europe. Kopenhag. 1992; 120-1.

BAŞVURULABİLECEK KAYNAKLAR

- **Aydın E.** "Sosyalleştirme Yasasındaki Hatalar ve 32. Madde Olayı" Toplum ve Hekim dergisi, Temmuz-Ağustos 1995. 10/68 s. 60-63. Sosyalleştirme yasasının finansman açısından "ölü" doğduğunu birinci el tanıklıklarla belgeleyen bir çalışma.
- I. USK Finansman Grubu Raporu
- II. USK Finansman Grubu Raporu

DEĞERLENDİRME FORMU

Sayın Okuyucu,

Bu kitabın hazırlanmasında konusunda ilk olmasının kaçınılmaz zorlukları ile karşılaşılmıştır. Görüşleriniz, düzeltilmesinde ve eğer istek olursa yeni baskıların hazırlanmasında konuların ele alınış şekli bize yol gösterecektir. Eleştirilerini iletme zahmetinde bulunacak olanlara şimdiden teşekkür ederim.

Halûk Çağlayaner

1. **Okunması** kolay güç
2. **Anlaşılması** kolay güç
3. **Seçilen konular** uygun uygun değil
4. **Bir önceki soruda cevabınız (uygun değil) ise, hangi konular gereksiz. (Bölüm numarası ile belirtiniz.)**

   .....

   .....

   .....

   .....

5. **Konuların ele alınışı:**

1. konu:	fazla ayrıntılı	uygun	yetersiz
2. konu:	fazla ayrıntılı	uygun	yetersiz
3. konu:	fazla ayrıntılı	uygun	yetersiz
4. konu:	fazla ayrıntılı	uygun	yetersiz
5. konu:	fazla ayrıntılı	uygun	yetersiz
6. konu:	fazla ayrıntılı	uygun	yetersiz
7. konu:	fazla ayrıntılı	uygun	yetersiz
8. konu:	fazla ayrıntılı	uygun	yetersiz
9. konu:	fazla ayrıntılı	uygun	yetersiz
10. konu:	fazla ayrıntılı	uygun	yetersiz
11. konu:	fazla ayrıntılı	uygun	yetersiz
12. konu:	fazla ayrıntılı	uygun	yetersiz

6. **Bir aile hekimliği kitabında görmek istediğiniz diğer konular nelerdir?**

.....

.....

.....

.....

7. **Diğer önerileriniz, (arzu ederseniz sayfa ekleyerek) belirtiniz.**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

İletişim Yayınları • PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

C E P Ü N İ V E R S İ T E S İ

1 AŞK / **2** İNSAN HAKLARI / **3** FAŞİZMLER / **4** SİNEMA TARİHİ / **5** TÜRKİYE'DE GELİR EŞİTSİZLİĞİ / **6** ÇEVRECİLİK / **7** KANSER / **8** KADIN HAKLARI / **9** ORTAK PAZAR / **10** TÜRKİYE'DE ÇOK PARTİLİ HAYATA GEÇİŞ / **11** İKTİSADÎ KRİZ KURAMLARI / **12** BURJUVAZİ / **13** ÖZYÖNETİM / **14** HİTLER VE NAZİZM / **15** GAZETECİLİK / **16** MUHAFAZAKÂRLIK / **17** ANARŞİZM / **18** TÜRKİYE'DE ANAYASALAR / **19** DARWIN VE DARWINİZM / **20** SEÇİM SİSTEMLERİ / **21** DEVRİMLER SOSYOLOJİSİ / **22** PSİKOLOJİ TARİHİ / **23** REKLAMCILIK / **24** CİNSİYET / **25** YAPAY ZEKÂ / **26** PSİKİYATRİ / **27** BALTIK ÜLKELERİ / **28** VAROLUŞÇULUK / **29** TİYATRO TARİHİ / **30** EŞCİNSELLİK / **31** KİTLE KÜLTÜRÜ VE BİREYSEL KÜLTÜR / **32** GERÇEKÜSTÜCÜLÜK / **33** YENİ MEDYALAR / **34** RESİM TEKNİKLERİ / **35** İTTİHAT VE TERAKKİ / **36** HUKUK SOSYOLOJİSİ / **37** 2001 UYGARLIĞI / **36** CİNSEL İLİŞKİLER TARİHİ / **39** YÖNETİMDE PAZARLAMA / **40** ASTROLOJİ / **41** NEO-KLASİK İKTİSAT / **42** KABLOLU TV / **43** AĞRILAR / **44** SOSYOLOJİ YÖNTEMLERİ / **45** MATEMATİK TARİHİ / **46** PAZARLAMA STRATEJİLERİ / **47** ÖLÜM / **48** IRKÇILIK / **49** TURİZM VE SEYAHAT SOSYOLOJİSİ / **50** OSMANLI EĞİTİM TARİHİ / **51** ZİHNİYETLER / **52** HAMİLELİK / **53** TOPLUMSAL SINIFLAR / **54** POLİTİKADA PAZARLAMA / **55** NÜFUS COĞRAFYASI / **56** ŞİDDET / **57** TÜRK MİMARLIĞI / **58** EĞİTİM FELSEFESİ / **59** KUZEY - GÜNEY İLİŞKİLERİ / **60** GLOBAL PAZARLAMA - I / **61** TÜRKİYE'DE POLİS VE KİŞİ HAKLARI / **62** YARATICILIK / **63** TÜRKİYE YAHUDİLERİ / **64** ESKİ MISIR / **65** TÜRKİYE'DE FOTOĞRAF / **66** STRES / **67** GLOBAL PAZARLAMA - II / **68** İSLÂM / **69** TÜRKİYE ORMANLARI VE ORMANCILIK / **70** AKUPUNKTUR / **71** CUMHURİYET DÖNEMİ EĞİTİM TARİHİ / **72** KÖRFEZİN TARİHİ VE JEOPOLİTİĞİ / **73** KİŞİSEL BİLGİSAYARLAR / **74** KRİMİNOLOJİ / **75** ÜÇÜNCÜ DÜNYA'NIN BORÇLANMASI / **76** JEOLOJİ TARİHİ / **77** TÜRK ATASÖZLERİ / **78** MÜZİK TÜRLERİ VE BİÇİMLERİ / **79** ÇİNGENELER / **80** ESTETİK / **81** TÜRKİYE'DE RESTORASYON / **82** SOSYOLOJİ TARİHİ -1 / **83** KASTRASYON KOMPLEKSİ / **84** RÖNESANS / **85** TASAVVUF VE TARİKATLAR / **86** ZEKÂ / **87** İŞ UYUŞMAZLIKLARI SOSYOLOJİSİ / **88** MONETARİZM / **89** TÜRKİYE'DE BASIN / **90** SİYONİZMİN KÖKENLERİ / **91** ÇEVRE HAKKI / **92** KORKU / **93** CUMHURİYET DÖNEMİ TÜRK BALESİ / **94** YILDIZLAR SAVAŞI / **95** ERMENİ MİLLİYETÇİLİĞİ VE SOSYALİZMİ 1887-1912 / **96** ULUSLARARASI HUKUK / **97** BAROK / **98** ÖLÜM CEZASI / **99** TÜRK TİYATRO TARİHİ / **100** EDEBİYAT SOSYOLOJİSİ / **101** ETNOLOJİ / **102** DÜNYADA AÇLIK / **103** ESKİ MISIR'DA YAŞAM / **104** GENÇLİK / **105** TEKNOLOJİ TRANSFERİ / **106** BÜRO YÖNETİCİLİĞİ VE SEKRETERLİK / **107** MEDYA EKONOMİSİ / **108** PSİKOLOJİDE KULLANILAN TESTLER / **109** KÖLELİK / **110** DESCARTES VE RASYONALİZM / **111** KIZILDERİLİLER / **112** A.G.İ.K. / **113** ROMATİZMA VE ÇARELERİ / **114** ÇAĞDAŞ JAPON SİYASAL DÜŞÜNCESİ / **115** OKYANUSLAR / **116** BİYOLOJİ TARİHİ / **117** ULUSLARARASI İLİŞKİLER TARİHİ / **118** DEPRESYON / **119** REFORM / **120** TÜRKİYE'DE KANSER - I / **121** TÜRKİYE'DE KANSER - II / **122** ÇAĞDAŞ İSLÂM / **123** TÜRK RESİM VE YONTU SANATI / **124** I. DÜNYA SAVAŞI / **125** SÛFİLİK / **126** TÜRK KENT DÜZENLEMESİ VE KONUT MİMARLIĞI / **127** FEMİNİZM / **128** MATERYALİZM / **129** KARL POPPER / **130** CANLILARIN KİMYASI / **131** ALEVİLİK-BEKTAŞİLİK / **132** HİNDUİZM / **133** GELECEĞİN MEDYALARI / **134** PARİS KOMÜNÜ / **135** OSMANLILARCA KADILIK / **136** GÜNEŞ ENERJİSİ / **137** ANARKOKAPİTALİZM / **138** ULUSLARARASI ALANDA İNSAN HAKLARI / **139** TEKNOLOJİK RİSK / **140** KİTABIN TARİHİ / **141** 1994 EKONOMİSİ / **142** İLETİŞİM / **143** SİYASAL REJİMLER / **144** TÜRKİYE'DE KARİKATÜR, ÇİZGİ ROMAN VE ÇİZGİ FİLM / **145** DİLSEL TOPLUMBİLİM / **146** DOĞRUDAN PAZARLAMA / **147** BİZANS TARİHİ / **148** HEGEL VE HEGELCİLİK / **149** DÖVİZ KURLARI / **150** TÜRKİYE'DE VİDEO VE KİTLE KÜLTÜRÜ İLİŞKİSİ / **151** ESKİ YUNAN TARİHİ / **152** BİRLEŞMİŞ MİLLETLER / **153** POLİSİYE ROMAN / **154** BASKLILAR / **155** AİLE HEKİMLİĞİ -1

ISBN 975-470-518-6