**AİLE HEKİMLİĞİ**

**TÜRKİYE UYGULAMASINDA**

**YAŞANAN TEMEL**

**SORUNLAR RAPORU**

Ankara Aile Hekimliği Derneği
ANKAHED

2018



**İÇİNDEKİLER**

1- Önsöz .....Sayfa : 3

2-Sağlıkta Şiddet Sorunu Ve Çözüm Önerileri …..Sayfa : 7

3-Aile Hekimliği Uygulamalarında Ödeme Ve Sözleşme Yönetmeliği Kaynaklı Sorunlar Ve Çözüm Önerileri ….. Sayfa: 13

4-Sağlık Raporları Kaynaklı Sorunlar Ve Çözüm Önerileri….. Sayfa: 20

5-Aile Hekimliğinde İzinlerle İlgili Sorunlar Ve Çözüm Önerileri….. Sayfa : 25

6-Yeni Açılan Aile Hekimliği Birimleri , Tek Birimli ASM ‘de Sağlık Hizmet Sunumu Sorunları Ve Çözüm Önerileri ….. Sayfa: 26

7- Negatif Ve Pozitif Performans Kapsamında Kronik Hastalık Takipleri ….. Sayfa: 29
8- Emekliliğe Yansımayan Ödemeler ….. Sayfa: 33

9- Ceza Ve İhtar Puanları- Ceza Yönetmeliği ….. Sayfa: 35

10- Aile Hekimliği Uygulamamasında Karşılaşılan Diğer Sorunlar ….. Sayfa: 37-47

a-Adli ve Defin Nöbetleri, Entegre Hastane Nöbetleri
b-Mevcut ASM Binalarının Durumu
c-Gebe Tespitleri Ve İzlemler
d-Evde Sağlık Hizmetleri e-Sıfır (Yeni) Pozisyon Açılması
f-Aile Sağlığı Çalışanı İhtiyacı g-Gezici (Mobil) Sağlık Hizmetleri
h-Laboratuvar Hizmetleri ı-Koordinasyon ve Eşgüdüm Komisyonunun Oluşturulması i-SAHU Ve Uzmanlık Eğitimi

ÖNSÖZ

Ülkemiz Aile Hekimliği uygulamasına 2005 yılında Düzce ilimizde pilot uygulama ile geçmiştir. Tüm hekimler ve sağlık çalışanları birinci basamağın yeniden yapılanması sürecinde büyük bir istek, azim ve gayretle görevlerine başladılar. Halkımızın etkili, hakkaniyetli, kolay ulaşılabilir ve kaliteli bir sağlık hizmeti alabilmesi için gerekenleri ve imzaladığımız sözleşmelerde taaddüt ettiğimiz işleri birer birer hayata geçirdik. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin bu ülkenin sağlık alanında ki en önemli gerçeği olduğunun bilinci ile bu alanda hizmetimize kesintisiz bir şekilde devam ediyoruz. Sağlık hizmetlerinin bir ülkeyi yaşanılır kılan en önemli kriterlerden biri olduğunu bilerek, halkımıza, insanı önceleyen, kaliteli, kolay erişilebilir, güler yüzlü ve hakkaniyetli bir hizmet sunulabilmek için Ankahed olarak imkânlarımız dâhilinde çalışıyoruz. Ancak yıllar içinde biriken sorunlarımız ve çözüm bekleyen önemli konuları varlığını da görmezden gelemeyiz.

Aile hekimliği uygulamalarını ciddiyet, kararlılık ve titizlikle uyguladığımız içindir ki, artık bütün vatandaşlarımız hiçbir ayrıma tabi tutulmadan istedikleri Aile Sağlığı Merkezinden ve tercih ettiği Aile Hekiminden hizmet alabilmekte, tedavilerini sağlamakta, ilaçlarını temin edebilmekte ve izlem ve taramaları ücretsiz bir şekilde yapılmaktadır. Aile Sağlığı Merkezlerimiz kendi çabalarımızla sağlık ocağı dönemlerine göre daha modern hale getirilmiş, getirilmeye de hızla devam edilmektedir. Bunların hepsi ek bir maliyet ek bir harcama demektir.

Bizler Aile hekimleri olarak bunları başarırken, vatandaşlarımıza hakları olan nitelikli sağlık hizmeti sunmayı onlara karşı bir lütuf olarak değil, sorumluluğumuz, asli görevimiz olarak kabul ettik. Annelerin güvenli gebeliklerini geçirmesi, sağlıklı bebekler doğurması, bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklardan onları korumak ve tüm bunların yanında, onların evlatlarının da anne-babalarının sağlıklarından emin olmaları için çabalıyoruz. Görüyoruz ve biliyoruz ki işimiz gerçekten zor ve iş yükümüz gerçekten çok fazla. Ancak insan odaklı çalışan hekimler olarak sağlıklı bir toplumun inşası yolunda, tüm bu çabalarımızı sağlıklı bir topluma ulaşarak taçlandırmak en önemli hedefimizdir. Çünkü milletimizin her alanda olduğu gibi sağlık alanında da hizmetin en iyisine layık olduğunu biliyor ve “önce insan” diyerek çalışmaya devam ediyoruz.

Ankara Aile Hekimliği Derneği (ANKAHED) olarak, bugün ülkemizde tüm Dünya da örnek gösterilen bir Aile Hekimliği uygulamasını hedeflemiş bulunmaktayız. Aile hekimlerinin idari ve hukuki düzenlemelerinin çağdaş düzeye getirilmesini ve geliştirilmesini sağlamak, Aile Hekimlerinin, çalışma saatlerinin uluslararası standartlara ulaştırmak, özlük haklarının, şeref ve haysiyetlerinin korunmasını ve geliştirilmesini sağlamak başlıca görevlerimiz arasında yer almaktadır. Aile Hekimliği uygulamalarıyla ilişkili yasa, tüzük, yönetmelik, yönerge vb. düzenleyici işlemleri izlemek, hazırlanmasında katkıda bulunmak, aksayan yönlerin düzeltilmesi için gerekli girişimlerde bulunmak, raporlar sunmak ve gerektiği koşullarda hukuki itirazlarda bulunmak derneğimizin başlıca amaçları arasında yer almaktadır.

Aile Hekimliği; Dünyanın çok çeşitli ülkelerinde farklı ülke modelleri ile uygulanmaktadır. Her ülke kendi sosyokültürel ve sosyoekonomik koşulları gereği kendi felsefesini kendi yaratarak uygulamaya koymuştur. Ancak tüm modeller farklılıklar içerse de hepsinde temel evrensel kural olarak ‘’aile hekimliği ve koruyucu hekimlik ilkelerinden ‘’ taviz verilmemiştir. Bu uygulamaların iyi örneklerinde aile hekimlerinin en önemli işlevi, iyi çalışmakta olan bir birinci basamak sağlık hizmeti bileşeni olarak sadece Aile Hekimliği Tıp Disiplini çerçevesinde üzerine düşen koruyucu hekimlik görevlerini gerçekleştirmeleridir. İşte bizim ülke modelin de şu ana kadar Aile Hekimliği dışında yapmaya zorlandığımız hizmetler hem iş yükümüzü arttırmakta hem de Aile Hekimliğini ve koruyucu sağlık hizmetlerini doğru bir şekilde yapmamızı engellemektedir.

En önemli sorun ise Aile Hekimliği Kanunun da olmayan görevlerin, yönetmelikler ve yönergeler ve resmi yazılarla ilgili ilgisiz tüm kesimlerce aile hekimlerine görev olarak verilmesidir. Bu yönetmelikler ve görev tanımları ile adeta kapatılan sağlık ocaklarınca yürütülmekte olan neredeyse tüm birinci basamak sağlık hizmetleri, aile hekimlerine görev olarak verilmiştir. İlgili mevzuatta aile hekimlerinin sorumlu oldukları görevler şunlardır;

- Birinci Basamak Poliklinik Hizmetleri (Teşhis, Tedavi, v.b )

- Birinci Basamakta teşhis ve tedavisi yapılamayanların Sevk İşlemleri

- Koruyucu Hekimlik Uygulamaları (aşılama, v.b)

- Birinci Basamakta Laboratuvar Hizmetleri

- İlgili Mevzuatla Belirlenen Rehabilitasyon Hizmetleri

- Misafir Hastalara Poliklinik Hizmetleri

- Entegre Sağlık Hizmeti verilen yerlerde hastayı yatırarak teşhis ve tedavisini sağlamak

- Tıbbi Danışmanlık

- Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Hizmetleri

- Periyodik Sağlık Muayeneleri ve İzlemler (Bebek-Çocuk, Gebe, Lohusa, Yaşlılar vb)

- Taramalar (Kanser, Kronik Hastalık, DM, HT, vb)

- Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele

- Ev ziyaretleri Hizmetleri (Özürlü, Yaşlı, Yatalak vb.)

- Gezici ve Yerinde Sağlık Hizmetleri.

- Her türlü Sağlık Raporları (1.Basamakta Resmi Hekimlerce Düzenlenen Tüm Raporlar)

- Bölgesel Sağlık Sorunlarının Çözümü ve Planlaması için TSM ile işbirliği

- İdari Sorumluluk

- Adli Nöbetler

- Acil Nöbetler (Hastane, ASM, TSM vb. )

- Defin Nöbetleri

- Kayıt yükümlülüğü (Kişisel Sağlık Dosyası ve Kayıtlar, Kayıtları güncellemek )

- Kayıtların Mahremiyetinin Sağlanması

- Hizmet içi Eğitim

- Aile Sağlığı Biriminin İdare ve İdamesi.

- Mevzuatla verilen diğer görevler….

Yukarıda ana başlıkları sayılan ve kalabalık bir ekip çalışmasını gerektiren tüm bu işlerin, iki kişiden ( hekim ve aile sağlığı çalışanı) beklendiği görülmektedir. Yani beklenen tüm işlerin ideal, tıbbi ve bilimsel kurallara uygun yürütülmesi olağanüstü bir gayretle yapılmaya çalışılsa dahi, hekimin iyi niyeti, bilgi ve becerisinden bağımsız olarak bazı alanlarda eksiklikler ortaya çıkabilmektedir. Bu ortaya çıkan eksiklikleri yegane sorumlusu bizler olamayız.

 ANKAHED olarak; Ön gördüğümüz planlar, projeler ve programlarımız da yer alan politika ve hedeflere ulaşmak için bir an önce Aile Hekimliği Kanunu’nun yeniden yazılması gerekmektedir. İdari ve hukuki düzenlemelerin bir an önce yapılmasını sağlanarak Aile Hekimliği Uygulanması ve geliştirilmesi elzemdir. Ödeme ve sözleşme yönetmeliği bir an önce yeni hak kayıplarına yol açmadan ve gelecek gerçek pozitif performans ile hekimler özendirilerek uzlaşı ile yayınlanmalıdır.
Ve biz aile hekimliği çalışanı hekimler olarak biliyoruz ki sahanın gerçeklerinden kopuk, saha da karşılığı olmayan ve saha tarafından desteklenmeyen düzenlemeler ile çözümler üretmek çoğunlukla mümkün olmuyor. Bu nedenle bizler bu düzenlemelerin aşamalarında söz sahibi olmak istiyoruz. Birinci basamak gibi engin bir veri havuzuna sahip alanda araştırma, geliştirmeye önem vermek bunun yanında bilgi ve teknolojinin geliştirilmesi ve doğru kullana bilirliğini sağlamak hedefindeyiz. Dernek üye sayısını artırılarak bu çatı altında klinik kaliteyi sağlayacak çalışmalara hız vermek ve aynı zamanda birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuru sayılarını artırmak düşüncesindeyiz. Var olan sorunlarının çözümlenmesi için çalışmalara devam etmek ve bunun için meslektaşlarımızın desteklenmesini, iç işleyişle ilgili düzenlemelerin yapılmasının sağlamak amacındayız.

Bu hedef ve amaçları gerçekleştirmek için; Kaynakların en uygun ve en verimli şekilde gerçekleştirilmesine dikkat etmeyi prensip haline getirerek hakkımızda çıkarılan kanun, yönetmelik, yönergeler de söz sahibi olmayı amaçlamaktayız. Hazırladığımız bu raporda öncelikli olarak saha pratiğimizde en çok tartışılan konular ve geneli ilgilendiren genel sorunları ele almıştır. Diğer alanlarda karşılaşılan özellikli sorunlar daha sonra ikincisi yayınlanacak raporda ele alınacaktır. Hazırlanan raporun öncelikli olarak sağlık camiası çalışanlarına ve profesyonellerine yararlı olmasını diliyoruz.

ANKAHED YÖNETİM KURULU

**AİLE HEKİMLİĞİ TÜRKİYE UYGULAMASINDA SIK KARŞILAŞILAN SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ**

**1-SAĞLIKTA ŞİDDET SORUNU VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ:**

**SORUN:** Aile Hekimlerine ve Aile Sağlığı Çalışanlarına her geçen gün sözel ve fiziksel şiddetin artması, uygunsuz istemler ve buna karşın gerekli önlemlerin yetersizliği.

Sağlık hizmetinin sunumunda hastalar, hasta yakınları ve sağlık çalışanları arasında geleneksel olarak karşılıklı saygıya dayanan bir ilişki yaşanmaktaydı. Ancak, son zamanlarda sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının arttığı görülmekte, yaşanan her şiddet olayı ise bizleri derinden yaralamaktadır.

Sağlıkta dönüşüm programının ülkemizde uygulanılmaya başlaması ile beraber aslında vatandaşlarımızın sağlık hizmetine ulaşması kolaylaşıp, başvuru oranları artırılırken, özellikle sağlık hizmetlerine uzak bazı siyasilerin yapmış olduğu söylemlerle ve sağlık okuryazarlığının istenilen düzeyde olmaması sonucu ” Vatandaşın her işi yapılacak” gibi bir algı oluşmuştur. Gelmiş olduğumuz nokta da artık cezai yaptırımların olmaması ve verilen cezaların adli para cezasına çevrilmesi ve bazı medya kuruluşlarının sorumsuz yayınları ile vatandaş her türlü usulsüz isteklerini hekimlere yaptırma hakkı olduğuna inanır hale gelmiştir. Ayrıca medyada, izlenilen dizilerde verilen mesajlarda, hekimlere silah çekilmesi normalleştirilmiş, vatandaşın usulsüz istemleri yapılmazsa veya vatandaş kendisine iyi hizmet verilmediğini düşünürse, sağlık çalışanlarına hakaret etme, saldırma ve hatta öldürme hakkı olduğuna inanır hale getirilmiştir.
Fiziksel şiddet yanında, sözlü şiddet de çok artmıştır. ASM gelen hasta aile hekimine nasıl küfür ettiğini, nasıl saldırdığını sosyal medya da paylaşırken, anlatırken, bu kişinin yaptığı bu suç karşısında bir ceza almaması, gözaltına alınmaması, tutuksuz yargılanması o toplumda diğer vatandaşlar arasında demek ki bir şey olmuyor, ben de rahatça sağlık personeline saldırabilirim ön görüsünü bilinçaltında oluşturmaktadır. Oysaki kişi yaptığı eylem nedeniyle tutuklu yargılanmış olsa ve karşılığında bir ceza almış olsa bu şiddet hızlı bir biçim de kesilir.

Aile hekimleri ile vatandaşlarımızı karşı karşıya getiren bir diğer konu ise Sağlık Bakanlığımızın 184 telefon danışa hattı. İletişim ve danışmanlık için kurulan hattın zamanla şikâyet hattına dönüştürülmesi, vatandaşlarının usulsüz isteklerine bile hemen soruşturma açılması bu hattı adeta bir ‘’şiddet hattına’’ dönüştürmüştür. Başkasının yerine ilaç yazdırmak isteyen vatandaşın isteğinin hekim tarafından yapılmaması sonucunda o hekimden inceleme yapılmadan direk savunma istenmesi hekime karşı aslında uygulanan psikolojik bir şiddettir

Son yıllarda hekime ve sağlık çalışanlarına şiddet katlanarak artmaktadır. Hekimler için bu ortamda görevini yapmak gittikçe zorlaşmakta, isteklendirme düşüklüğü ve tükenmişlik sendromuna yol açmaktadır. Bu da aslında sağlık da kaliteyi düşüren önemli bir etkendir. Değişen sağlık sistemlerinin azda olsa aksayan yönlerinin maalesef kurbanı hekimler olmaktadır. Derneğimiz sağlıkta şiddet konusunda; Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet sorununun sadece bir güvenlik sorunu olmadığının bilinciyle çalışmış ve sağlığın bir hak olduğunu ancak bu hakka ulaşmak için şiddete başvurmanın kesinlikle mazur görülemeyeceğini çalışmalarının her aşamasında vurgulamıştır. Bu duygu ve düşüncelerle; titizlikle hazırlamaya çalıştığımız Raporun, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesine yönelik olarak belirlenecek politikalar açısından bir yol haritası niteliğinde olacağına, Raporda yer verilen tespit ve önerilerin de konunun tarafları ve ilgili kurumlar tarafından hayata geçirileceğine olan inancımız tamdır.

**Sorunların nedenleri;**

 1-Sık sık değişen mevzuatlar, uygulama birlikteliğin olmaması ve sağlık sisteminin aksayan yanlarının kısmen de olsa hekimlere yansıması,

 2-Hasta haklarının çok ön plana çıkarılması, 184 gibi danışma hattı olması gereken uygulamanın şikâyetleri ön plana çıkartılarak baskı unsuru olarak kullanılması,

3-Hekimlerin gelirlerinin sürekli dile getirilmesi,

4-Vatandaşa kendi sağlıklarıyla ilgili herhangi bir sorumluluk yüklenmemesi. Kanun ve yönetmeliklerin halka yeterince anlatılmaması,

5-Şiddet uygulayan için caydırıcı kanuni düzenlemeler ve yaptırımlar olmaması, -Şiddetin kısmen görmezden gelinmesi, sözlü şiddetin önemsenmemesi, hasta psikolojisi denilerek hafifletilme eğiliminde olunması

6-İletişim sorunları, Sağlık Okuryazarlığının düşük olması

7-Medyada sağlıkçıları hedef gösteren, bilinçsizce yapılmış haberlerin çokça yer alması

8-Fazla iş yükü, kapasitenin üstünde hizmet talebi, hastaların aile hekimliğini tam anlayamamış olması ve sadece ilaç yazıcısı görme eğilimi

 9-Geri ödeme kurumlarının uygulamalarından kaynaklanan sorunların vatandaş tarafından doktora mal edilmesi 10-Uygusuz, amaca hizmet etmeyen, ne için istendiği bilinmeyen ve herhangi bir kriteri olmayan belge, rapor talepleri

**Sorunların Açılımları;**

1-Son yıllarda sağlıkta dönüşüm programının uygulaması kapsamında alışılageldik sağlık sitemlerinde çok fazla yenilik ve değişiklik meydana gelmiştir. Bu alanda en büyük değişiklikler ve yenilikler Aile hekimliği Uygulaması ile getirilmiştir. Bazı dönüşümler ise altyapısı tam olarak kurulmadan ve halka tam anlamı ile anlatılmadan, çok kısa süre içinde hayata geçirildiği için, sistemde meydana gelen aksaklıkları vatandaş ilk karşılaşma noktası olan hekime yansıtmıştır.

2-Hasta hakları hizmet alan vatandaşlar açısından oldukça önemli ve anayasal bir haktır. Ancak son yıllarda çok fazla ön plana çıkarılması ama bunların ne olduğu ve sınırlarının ne olduğunun net anlatılmaması sorun yaratmaktadır. Vatandaş hastalığı olmadan başvursa bile ( mesela özel işi için hastalık raporu istemi, evde bulunsun diye ilaç istemi, güvencesiz yakınının ilacını kendi üstüne yazdırmak gibi) bunların yapılması istemini haklı görmekte, bu konuda baskı uygulamakta ve bunu hasta hakkı olarak görmektedir. Hekimin tedavi özgürlüğüne müdahaleyi en doğal hakkı sanmaktadır.

3-Hekimlik mesleği en çok fedakârlık gerektiren, en maliyetli eğitime sahip meslektir. Bir hekimin hayata atılması için gereken süre ve bu sürede geçirdiği yoğun süreç yadsınamaz. Ama birçok meslek grubundan çok daha az kazanmasına rağmen, medyada ve her ortamda gelirleri çok dillendirildiği ve hekimlerin mesleki düzeltme talepleri hep daha fazla kazanç talebi olarak yansıtıldığı için halkımızda eskiden var olan saygı artık bir negatif bakışa dönüşmüştür. Öyle bir imaj yaratılmış durumda ki, hekimler kazandıkları parayı ‘’oturdukları yerden, hiç hak etmeden kazanmakta’’ ama buna rağmen memnun olmamaktadırlar. Bu da hekimi hedef haline getirerek vatandaşın olumsuz tutumunu ve şiddet eğilimini arttırmakta, her gün “maaşını, vergini ben veriyorum, ne istersem yapacaksın “tavrıyla karşılaşılmasına sebep olmaktadır.

4-Vatandaş hakları olduğunu bilmekte ama sorumluluklarının ne olduğunu, karşısındaki hekiminde hakları olduğunu bilmemektedir. Birçok usulsüz istekle hekimin karşısına gelmekte, bunları çok doğal bulmakta ve isteği yerine gelmediğinde şiddet uygulamaktan çekinmemektedir. Kanun ve yönetmelikler konusunda halk eğitimi eksik kalmaktadır. Suç olan bir şeyi istediğinde ve anlattığınızda dahi, bunu kabullenmemekte, yine de ısrarcı olabilmektedir

5-Şiddet sadece fiziksel olmamakta, her gün onlarca tehdit, hakaret içeren psikolojik şiddete de maruz kalınmaktadır. Ne yazık ki hekimler poliklinik odasında yalnız çalıştıkları için çoğunu ispatlamakta mümkün olmamakta, birçok olay yapanın yanına kar kalmaktadır. Şahit olan olsa ve gerekli şikâyetler yapılsa bile uygulanan cezalar çokta caydırıcı olmamakta. Psikolojik şiddet, tehdit ve hakaretler ‘’hasta psikolojisi kılıfı’’ altına sokularak önemsenmemekte, hafifletilme eğiliminde olunmakta. Fiziksel şiddette de mahkemeye gidilse bile ciddi bir yaptırım uygulanmadığı için caydırıcı olmamaktadır.

6- Hasta- Hekim İletişim bilgilerinin eksikliği, hekimlerin saldırgan tutum karşısında yada zor hastalar karşısında nasıl davranması gerektiği konusunda eğitim eksikliği, kriz anında idare edememesi, gereksiz kışkırtma yada korku göstermesi de şiddeti arttırmaktadır.

7-Herhangi bir sağlık olayında, medyanın araştırmadan, doğruluğunu sorgulamadan ve birebir uzman değerlendirmesine başvurmadan yaptığı yalan yanlış haberler de hekimleri direk hedef haline getirmektedir. Yine dizilerde, filmlerde hekimlere baskı, şiddet görüntüleri de hekimi insanların gözünde şiddet uygulanabilir kitle haline getirmektedir. Yine birçok film ve dizide, hekimler birçok usulsüz işe zorlanmakta ve bunlar doğalmış gibi gösterilmektedir.

8-Günlük poliklinik sayısının çok olması, bunun yanı sıra koruyucu sağlık hizmetleri, ASM Yönetim işleri, veri gönderim, kayıtların tutulması gibi işlerin tek başına hekime yüklenmesi. Hastaların ise ASM’ leri sadece ilacını yazdırıp gideceği, işini göreceği bir yer olarak görmekten vazgeçmemesi, geldiğinde anında işini gördürüp gitme istemi ile saldırganlaşması sıkça yaşanan sorunlardandır.

9-Geri ödeme kurumunun sürekli ilaç ödeme değişiklikleri yapması, birçok tedavisini yapabildiğimiz hastalığın ilaçlarını ödememesi ama hastaların bunu biz yazmak istemiyoruz şeklinde algılaması sonucu gereksiz tartışmalar oluşması.

**Çözüm Önerileri:**

1. ‘’Sağlıkta etkin şiddet yasası’’ bir an önce çıkmalıdır. Sağlık Bakanlığının çıkardığı yasal düzenlemeler Türk Ceza Kanununda olmadığı için mahkemelerde işlem görmemektedir. Özellikle görevi başında şiddete uğrayan kamu personelinin ve hizmetin devamını engelleyecek girişimlerin davalarının fiili işleyen kişinin tutuklu devam etmesi, Sağlıkta şiddetin önlenmesi noktasında faydası oldukça olacaktır.

2-Vatandaşa hasta hakları doğru bir şekilde anlatılmalı, haklarının yanında sağlıklarıyla ilgili sorumlulukların da yüklenmeleri sağlanmalıdır. Yine kendi haklarının olduğu kadar hekimin de mesleki haklara sahip olduğu bilinci oluşturulmalıdır. 184 danışma hattında ve diğer hasta hakları birimlerinde şikâyetleri karşılayan kişilerin kanun ve yönetmeliklere hâkim olan personellerden seçilmesi ve gelen şikâyetleri ona göre değerlendirip, gereksiz ve usulsüz şikâyetlerin hekime yansıması engellenmelidir. Yine usulsüz istemde ve şikâyette bulunan kişiye de gerekli caydırıcı yaptırımlar uygulanmalı, şikâyet mercilerinin gereksiz işgali önlenmelidir. Yine sağlık çalışanlarının da şiddete uğradığında ya da usulsüz istekle karşılaştığında ulaşabileceği bir birim olan ‘’Beyaz Kod’’ ‘’ 113 Hattı’ ’uygulaması etkin bir biçimde işletilmelidir.

3-Hekimin de diğer tüm mesleki bölümler gibi kendi emeği ve çabası ile okuduğu ve çok daha fazla emek harcadığı, fedakârlık yaptığı göz önünde bulundurulmalı, hekim maaşlarının ve kazançlarının medyada ve diğer platformlarda haksız kazançmışçasına dillendirilmesi önlenmelidir. Hekimin de vatandaş olduğu ve birçok meslek grubundan çok daha fazla öğrenim gördüğü, çok daha fazla emek harcadığı ve vergi ödediği gerçeği göz ardı edilmemeli, diğer mesleklere gösterilen saygı ve mahremiyetin buna en çok ihtiyacı olan hekimlik mesleği için de gösterilmesi sağlanmalıdır.

4-Vatandaşa en azından kendi sağlıkları ile alakalı sorumluluk verilmeli. Vatandaşın kendi sağlığı ile ilgili ihmalinin cezası hekime çektirilmemelidir. Yine uygunsuz rapor istemi, usulsüz ilaç yazımı istemi, hasta gelmeden Rpt.gibi taleplerin suç olduğu konusunda vatandaş eğitilmeli, bu tür istemlerle gelen kişiler, bildirim merci olmalı ve gerekli yaptırımlar uygulanmalıdır. Vatandaş bunların doğal istekler olmadığı ve suç olduğu bilincine kavuşturulmalıdır ve cezasın olduğunu bilmelidir. Tüm kurumların ve kendilerine ait sorumlulukların açık kapatıcısı olarak hekimin görülmesine son verilmeli, herkes kendi hatasının cezasını çekmelidir.

5-Şiddet sadece fiziksel olmamaktadır. Her gün yüzlerce hekim sözlü psikolojik tacize de uğramaktadır. Ne yazık ki bunu ispat etmek çok zor olmakta, hatta hasta kendi haklıymışçasına şikâyet etmektedir. Yapılan soruşturmalar sonucu hastanın yalan söylediği anlaşılsa bile ona bir yaptırım uygulanmamaktadır. Şahit bulunup şikâyetçi olunsa da sonuç çoğu zaman caydırıcı olmaktan uzak olmaktadır. Bu noktada cezaların daha caydırıcı olması, sözlü şiddetin de en az fiziksel şiddet kadar dikkate alınması gerekmektedir. Yine yalan şikâyette bulunduğu anlaşılan kişi için, soruşturmayı yürüten üst kurumun, direk iftira davası açması sağlanmalıdır. Verilen cezalar, hem medyada hem de farklı platformlarda sıkça dile getirilerek caydırıcı etki sağlanmalıdır.

6-Tıp eğitimleri sırasında ve sonrasında hekimlere ve vatandaşlara gerekli iletişim eğitimi ve iletişim becerileri verilmemektedir. Hekim mezun olurken sadece hekimlik yapacağını sanmakta ama her türlü usulsüz istekle karşılaşacağını öngörememektedir. Sahadan örneklerle, hekimlere gerekli iletişim eğitimi verilmeli, zor durumlarla nasıl başa çıkabileceği, şiddete eğilimli vatandaşı nasıl idare edebileceği öğretilmelidir.

7-Medyanın sağlık örgütleri ve sağlık yöneticilerinden görüş almadan sağlık konusunda haber yapmasının önüne geçilmeli. Hedef gösteren haberlere son verilmesi sağlanmalı. Yine araştırmadan, yalan her haber için bakanlık ve ilgili kurumlar gerekli davaları açarak takipçisi olmalı. Yapılan haberden zarar gören hekimler desteklenmeli. Yine medyaya halkı eğitici kamu spotları konusunda zorunluluk getirilmeli.

8-Aile Hekimliği Uygulaması aradan yıllar geçmesine rağmen halka doğru şeklide anlatılamadı. Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Çalışanlarının ‘’görev tanımı’’ net oluşturulmalı, ilaç yazma diye bir olay olmadığı konusunda halk bilinçlendirilmeli. Yönetmelikte belirtilen, poliklinik ve mesai saatlerimizi kullanma hakkımız sağlanmalı ve poliklinik ve diğer hizmetler için gereken süreleri ayırabilmemiz sağlanmalı. Randevulu çalışma teşvik edilmeli. Yine Aile Hekim’inin vatandaşlarımızın her türlü usulsüz isteğini yerine getirmek zorunda olan bir hekim anlamına gelmediği de anlatılmalı. Aile Hekimi değiştirme hakkının psikolojik baskı unsuru olarak kullanılmasının önüne geçilmesi de sağlanmalı.

9-Geri ödeme kurumunun tebliğlerinde daha tutarlı olması sağlanmalıdır. Yine yapılan değişiklikler ve gerekçeleri halka doğru şekilde anlatılmalı, vatandaşla hekimin karşı karşıya gelmesi önlenmelidir. Geri ödeme kurumunun Aile Hekimlerini doğrudan olmasa da dolaylı olarak hedef alan, bilimsel verilere dayanmayan, ilaç firmaları ile ilişkiler vs. gibi suçlayıcı beyanları ve hekimleri hedef gösteren, sağlık sitemindeki harcamaları ve aksaklıkları aile hekimlerine mal eden beyanlarının önüne geçilmelidir.

 10-Sistem ve mevzuat değişiklikleri yapılırken altyapının iyi hazırlanması sağlanmalı, gerekli personel bilgilendirmeleri ve halk eğitimleri yapılmalıdır. Geçiş aşamasında yaşanabilecek aksaklıklar iyi tespit edilmeli ve uygun bir şekilde kamuoyu ile paylaşılmalıdır.

11. En çok seyredilen dizilerde sağlıkta şiddet sahnelerinin olmaması bu durumun önlenmesi ve şiddet uygulayanların tutuklu yargılandıklarının gösterildiği sahnelerin olması şiddeti azaltacaktır.

Tüm sağlık kurumlarında, hizmet alanlar ve sağlık çalışanları için güvenli bir ortam sağlanması amacıyla yayımlanan “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” doğrultusunda;

1) Sağlık Çalışanları güvenliği komisyonunun kurulması,

2) Sağlık Çalışanları güvenliği programının hazırlanması,

3) Sağlık Çalışanlarına yönelik sağlık risk taramalarının yapılması,

4) Sağlık Çalışanlarının kişisel koruyucu önlemleri almasının sağlanması,

5) Sağlık Çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesi için düzenleme yapılması,

6) Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik program hazırlanması,

7) Beyaz kod uygulamasının daha efektif kullanılmasına geçilmesi,

8) Çalışanlara, çalışan güvenliği konusunda eğitimlerin sürekli verilmesinin sağlanması önemlidir ve gereklidir.

‘’Gelecek sağlıklı nesillerin teminatı Aile Hekimlerimize;

Kendisi ve çevresiyle barışık bir birey olması noktasında uygun ve sağlıklı çalışma ortamları hazırlanmalıdır.

 **“ Yaşam Boyu Sıfır Şiddet ”** sloganı ile toplumun her kesimine eğitim vererek bir farkındalık oluşturacak ve hekime şiddetin önlenmesi amacıyla örnek davranış sergileyecek tüm kurum, kuruluşlar ile medya başta olmak üzere, güvenli bir çalışma ortamı oluşturulması konusunda özveri ile çalışarak katkıda bulunacak herkes ödüllendirilmeli ve özendirilmelidir.

**2- AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMALARINDA ÖDEME VE SÖZLEŞME YÖNETMELİĞİ KAYNAKLI SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ:**

Şu anda saha çalışanları Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı Çalışanlarının belki de en önemli beklentisi yayınlanacak olan ‘’ ödeme ve sözleşme yönetmeliğidir ‘’. Bu yönetmeliğin içeriği yıllardır olumlu beklenti içindeki aile hekimliği çalışanlarının, beklentilerini karşılamadığı noktada var olan moral ve motivasyon kaybı ve isteklendirme iyice kaybolacak ve hizmet kalitesinden bahsetmek mümkün olmayacaktır. Bu kapsam da ödeme sözleşme yönetmeliği ile alakalı konular teknik detaya girilmeden sadece sorunların başlıkları ile alınmıştır. Teknik konular Halk Sağlığı Genel Müdürlüğümüzle daha önceden müteakip defalar paylaşılmıştır.

Bakanlığımızca aile hekimliği ilk uygulamasının başladığı 2005 yılı Eylül ayından itibaren pilot uygulama ile başlayan süreç sürekli dinamik ve kendini güncelleyen bir çerçevede günümüze kadar gelmiştir. Bu arada çeşitli revizyonlar ile bazı düzenlemeler yapılmıştır.
Sağlık Bakanlığı yetkililerinin ve karar verici pozisyonda bulunanların daha önce yaptıkları açıklamalarda; Aile Hekimliği uygulamalarının daha iyi işleyebilmesi, yaygınlaştırılması ve birinci basamak sağlık hizmet sunumunun kalitesinin artması için, uygulamaya dâhil yeni aile hekimliği birimlerinin açılacağını, mevcut sistemde çalışan hekimlerin kayıtlı kişi sayısının da kademeli olarak 3.650 ortalama sayıdan 2.000 kayıtlı sayılara kadar düşürüleceğini, bu düzenlemenin hekimlere ücret kaybı yaşatmadan hayata geçirileceğini belirtmişlerdi. Bu kapsamda son bir yıldır daha iyi hizmet vermek üzere mevcut yönetmeliklerde değişiklik çalışmaları ve sahadan bizlerinde olduğu fikir alışverişini içeren toplantılar yapılmıştı. Ancak daha önce yapmış olduğumuz toplantılarda karşımıza çıkan taslak metin ve yapmış olduğumuz görüşmelerden aldığımız değerlendirmeler sonucu, aile hekimlerinin yıllar içinde var olan gelir kaybının daha da artacağı endişesi baş göstermektedir.

Sağlık Bakanlığı ve Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü düzeyinde yaptığımız tüm görüşmelerde aile hekimlerinin son 6 yılında hak edişlerinde ve cari giderlerin de kayba uğradığını, net rakamlar ile ortaya koyduk. Yaşanan maddi ve manevi kayıpların meslektaşlarımızı kalitenin artırılması noktasında harcama yapmak için zorladığını ve kısıtlı bir grup olsa da kalitenin artırılması noktasında harcama yapmaktan imtina edildiğini tespit ettik. Uygulamada özellikle yeni açılan birimlerin doldurulamadığını, bunun en büyük sebebinin fiziki şartların sağlanamaması ve mekân temin edilememesi olduğunu tespit ettik. Aile hekimlerinin ve aile sağlığı çalışanlarının moral ve motivasyonlarının kesinlikle yeni bir ücret kaybına tahammül edemeyeceklerini açık ve net olarak bildirdik.

Dönemin Sağlık Bakanları ve Genel Müdürlük yetkililerimiz hem basına hem de il müdürlüklerine hem de biz saha temsilcilerine verdikleri beyanatlarda;

1- Aile hekimi başına düşen nüfus kademeli olarak azaltılırken, hekimlerin eline geçecek net ücretler korunacak ve hatta hesaplamalarımıza göre yaklaşık 17.000 aile hekimimizin şu anda aldığı ücretler pozitif performans ile artacaktır.
Aynı zamanda kayıtlı nüfusların düşmesine paralel hekimler vatandaşa daha fazla zaman ayırabilecek ve vatandaşa koruyucu hizmetleri daha iyi verebileceklerdir. Yine aile sağlığı elemanlarımız da aynı ücretlendirmeden yararlanacaklardır.

2-Yeni açılan aile hekimliği birimlerindeki temel ücretlendirme skalası (ilk bin puana ödenen ücret) değiştirilerek yeni açılan birimdeki aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarımıza yaklaşık iki katı ücret verilmesi planlanmaktadır. Yeni düzenleme ile yaklaşık aile hekimlerinin 2600 TL ücreti 4600 TL ye aile sağlığı elemanlarının 1950 TL den 3000 TL ye çıkartılmaktadır. Bu düzenleme ile aile hekimi ve aile sağlığı elemanları için önemli bir artış ve iyileştirme yapılmış olacaktır.

3-Aile sağlığı merkezlerini İl sağlık müdürlükleri doğrudan kiralayabilecek ve aile hekimine tahsis edecektir. Aile sağlığı merkezleri daha kaliteli, daha ferah mekânlar olacaktır. Üstelik bu daha iyi fiziki mekânlar için aile hekimleri daha fazla ücret ödemeyecek, ortalama 750-800 TL üzerine çıkacak kiraların üste kalan kısmını İl Sağlık Müdürlükleri tarafından karşılanacaktır.

4-Yeni mezun hekimler aile sağlığı merkezi kiralama ve tefriş etmek için maddi sıkıntı yaşayabiliyor iken şimdi yeni aile sağlığı merkezi kiralanması ve tefriş edilmesi işlemlerini il sağlık müdürlükleri hazırlayıp aile hekimlerinin kullanımına tahsis edecektir.

5-Yüksekokul mezunu olan aile sağlığı çalışanlarının aylık eline geçen ücretlerin şimdiki rakamlara göre 400 TL daha artırılması teklif edilecektir.

6-Aile sağlığı merkezinde tek hekim olarak çalışan aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının tam ücretli izinleri şimdiki sürenin iki katına çıkartılması sağlanacak. Demişlerdir.

Bakanlık yetkililerimizin, aile hekimlerinin kayıtlı nüfuslarında düşüşe gidilirken herhangi bir ücret kaybı olmayacağını kamuoyu karşısında defalarca dile getirmesine rağmen gelmiş olduğumuz nokta da bunun olmayacağından dolayı endişeliyiz.

Beklentimiz yıllar için de reel taban da eriyen ücret kayıplarımızın bu önümüzdeki ödeme sözleşme yönetmeliği ile yaşanmaması ve verilen bu sözlerin unutulmamasıdır.

**3- ÖDEME SÖZLEŞME YÖNETMELİĞİ**

**Sorunlar:**

1. Nüfus düşüşüne bağlı zaman içerisinde ücretlerde gerileme

2. 2010 Aralık ödeme ve sözleşme yönetmeliği hesaplama yönteminde yapılan değişiklik nedeniyle oluşan % 6’lık ( Bakanlığımızın kabul ettiği oran ) kaybımız

3. Sıfır nüfuslu yeni açılan AHB’lerde taban ücretin TSM hekim gelirlerinin altında kalması

4. Gezici sağlık hizmeti veren hekimlerin kullandıkları kişisel araçların yıpranma payı bedellerinin ve akaryakıt fiyatlarındaki artışların karşılanmaması

5- Cari Ödenek ödemelerinin işletme gider artışlarına bağlı olarak yetmemesi

**Değişiklik Önerisinin Gerekçesi ve beklentilerimiz:**

Şu andaki ücret yönetmeliğine göre AH'ye ödenen ücretin yaklaşık %35 i sabit ödeme, %65’i kayıtlı kişi ücreti oluşturmaktadır.

1- Yeni açılan AHB’ ne atanan hekimlerin ücretlerinin çok düşük olması sebebiyle, 1000 puana ulaşana dek TSM’ de çalışan hekimlerle eşdeğer ücret alabilmesi.

2- Aile hekimlerinin sabit gelirinin artırılması ile sistemde bulunan hekimlerin nüfus düşüşünden kaynaklı ücret kayıplarının (nüfustan etkilenen bölüm) minimuma indirilmesi hedeflenmiştir. (Yeni açılan birimler nedeni ile aile hekimleri nüfusları azalmış ve bu nedenle bu tarih itibarı ile yapılan hesaplamalara göre %28 gelirimiz azalmıştır ve azalmaya da devam etmektedir, ayrıca Bakanlığın kabul ettiği %6 lık bir kayıp da bulunmaktadır.)

3- Bu öneri ile tüm aile hekimlerinin brüt 2.040,00 TL gelir artışı sağlanacaktır.

4-Aynı artışın, orantısal olarak ASÇ'lere de uygulanması sonucunda AHB'ler cazip hale gelecek ve ASÇ'si olmayan AHB'lerin önüne geçilebilecektir.

5-Tarama ve tespit programları ile ilgili olarak; Kardiyovasküler Risk Grubu, Diyabet, Hipertansiyon, Obezite gibi Bulaşıcı olmayan hastalıkların taramalarının aile hekimin asıl görevi olduğu kabul edilebilir. Fakat mevcut iş yükü her gün artmakta ve en son olarak da, okul çağı çocuklarının görme taramaları, check-up taramaları, kanser taramaları, okul çağı çocuk taramaları, yaş gruplarına göre taramalar ve birçok alanda istenen ilme ve fenne dayanmayan rapor istemleri ile birlikte artık hekimleri ve aile sağlığı çalışanları görevleriyle baş edemez hale gelmiştir. Bu konularda halkın eğitim noksanlığı da ayrıca değerlendirilmek zorundadır.

Kronik Hastalıklarla ilgili olarak tarama ve tespit programlarının nasıl ve ne şekilde uygulanacağının detayları tam belirlenmemiştir. Ücret yönetmeliğine bu konuda sadece bir hüküm konulması ile uygulanmaya geçilmesi planlanması doğru olmayacaktır. Hekimlerin özendirilmesi, tarama programlarına katılımların artırılması ve toplum tabanlı taramalarda belirlenen en az %70 oranına ulaşılması için gerçek pozitif performans olarak bu ücretlerin ödenmesi gereklidir. Yine taramaların başarılı olabilmesi için kesinlikle ek eleman verilmeden bu programlar başlatılmamalıdır. Bu programlar uygulanmaya başladığında aile hekimliği uzmanı tarafından düzenlenen ilaç raporları düzenleme yetkisi ve ilaçları yazma hakkı diğer aile hekimlerine de verilmelidir. Ücret kaybı olmadan, pozitif performans getirilmesi, gereksiz iş yüklerinin kaldırılması ve kayıtlı nüfusun 2.500’ e düşürülmesi sonrasında Kronik Hastalık tarama ve tespiti uygulaması başlatılmalıdır.

6-Performans uygulanan tüm izlem ve taramalarda, aile hekimliği birimine bağlı kişilerin aile sağlığı merkezlerine başvurusunun sağlanamaması konusu en önemli problemler den biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Zorunlu bazı hallerde kişilerin AHB başvurusu sağlanmıştır. Örneğin; Kaymakamlıklardan yardım alacak aileler AHB'lere başvurusu konusunda zorunluluk olması nedeni ile bağlı oldukları birimlere başvuruları büyük ölçüde sağlanmıştır.

Özelikle kronik hasta takiplerinde; Tedavilerini (ilaçlarını) alacak kişilerden, bazı takiplerinin yapılıp kayıt altına alınması şartı getirilmesi durumunda, bu kişiler mecburen AHB'lere başvurmak zorunda kalacak ve takipleri yapılacaktır. Bunun sağlanması durumunda, raporlu ilaçların AH'lerce tekrar yazılmasına da gerek kalmayacak ve iş yükü de azalacaktır.

7- Ücret yönetmeliğinde değişmesi talep edilen diğer maddeler

1) Müdürlük hizmetin görülmesini geçici olarak sağlamak amacı ile geçici aile hekimi ve geçici aile sağlığı elemanını görevlendirir. Müdürlükçe sözleşmeli aile hekimliği çalışanları dışından görevlendirme yapılması esastır. Personel yetersizliği nedeniyle bu mümkün olmadığı takdirde, birden fazla birimi bulunan aile sağlığı merkezinde aynı aile sağlığı merkezinde görev yapan diğer sözleşmeli aile hekimleri veya aile sağlığı elemanlarından, tek birimli aile sağlığı merkezinde ise en yakın aile sağlığı merkezinden gönüllülük dikkate alınarak ücreti verilerek görevlendirme yapılır.

2) Olağan dışı denetimlerde müdürlük denetim nedenlerini belgeleri ile birlikte yazılı olarak aile hekimine bildirmelidir.(Mobingleri engellemek için)

3) Disiplin uygulamaları için yeni düzenlemelere ihtiyaç duyulmaktadır.

4) Madde 13’de “(4) Bakanlıkça bölgede çalışan aile hekimi sayısında değişiklik yapılması nedeniyle ihtiyaç duyulması hâlinde veya kayıtlı kişi sayısının iki aydan uzun süreyle bin kişinin altında seyretmesi nedeniyle sözleşmesi sona erdirilen aile hekimi yerine, sözleşme yapılan aile hekimi hakkında, birinci fıkranın (a) bendi hükmü sözleşme tarihini takip eden birinci yılın sonundan itibaren uygulanır.“ hükmü kaldırılmalıdır.

5) Madde 13’de : “(6) Bu maddede yer alan fiillerin işlendiğinin öğrenildiği tarihten itibaren en geç iki ay içinde gerekli işlem başlatılarak altı ay içerisinde sonuçlandırılır. Belirtilen fiillerin işlendiği tarihten itibaren bir yıl içinde sözleşme feshedilmediği takdirde fesih yetkisi zamanaşımına uğrar.” şeklinde değiştirilmelidir.

6) Madde 14’de : “(6) İhtarı gerektiren fiilin işlendiğinin denetim ekibi tarafından tespit edildiği tarihten itibaren en geç iki ay içinde gerekli işlem başlatılarak takip eden altı ay içerisinde sonuçlandırılır. İhtarı gerektiren fiillerin işlendiği tarihten itibaren iki bir yıl içinde ihtar verilmemesi hâlinde ihtar verme yetkisi zamanaşımına uğrar. Şeklinde değiştirilmelidir.

7) Madde 15’de; “(1) Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları askerlik, doğum, emeklilik ve sair sebeplerle iki ay önceden bildirmek kaydıyla sözleşmenin sona erdirilmesini talep edebilirler. Müdürlük, şartların uygun olması durumunda, Müdürlük iki aylık süreyi beklemeden sözleşmenin sona erdirilmesi kabul edebilir. Bu süreyi doldurmadan görevden ayrılan aile hekimi ve aile sağlığı elemanı, bir yıl süreyle sözleşmeli aile hekimi veya aile sağlığı elemanı olamaz. Atama işlemlerinde sözleşme feshi için iki ay önceden bildirim zorunluluğu kuralı uygulanmaz.” Şeklinde değiştirilmelidir.

8) 16. Maddesine bu metin eklenmelidir: “Aile Hekimliği Birimleri Denetim Usul Ve Esasları: Aile hekimliği birimlerine Olağan ve Olağan Dışı olmak üzere iki farklı şekilde denetim yapılır.

Olağan dışı denetim: Aile hekimliği birimlerine, yazılı olarak yapılan ihbar veya şikâyet durumlarında Müdürlük denetim ekipleri tarafından olağandışı denetim (mesai denetimi dâhil) yapılır. Bu denetimlerde, Kurum tarafından belirlenen ek (2) denetim formları kullanılır. Denetimler, Valilik oluru bulunan ve denetime yetkin, izleme ve değerlendirme şube müdürlüğü tarafından planlanan belirli bir eğitim programından geçmiş kişiler tarafından gerçekleştirilir. Yazılı bir ihbar veya şikâyet olmaksızın olağandışı denetim (mesai denetimi) yapılamaz. Denetim ekibinde en az bir hekim bulunması ve hekim olmadan İlçe Sağlık Müdürlüğü Ekiplerince (yardımcı sağlık personeli, şoför, hizmetli) tarafından denetim yapılmaması esastır.

Olağan denetim: Aile hekimliği birimleri, müdürlükçe olağan dışı denetimlerin yanı sıra, aile hekimliği birimleri hizmet kalite standartları açısından, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin ek (1)’ine göre altı ayda bir denetlenir. Denetim ekibi veya ekipleri, müdürlük tarafından oluşturulur.

Yapılan olağan veya olağandışı denetimlerde aile hekimliği birimlerinin ödeme aldığı hizmet kalite standartları grubunun şartlarını kaybettiği tespit edilirse eksikliklerin giderilmesi için 15 gün süre verilir. 15 günlük süre sonunda yapılan ikinci denetimde aile hekimliği birimlerinin ödeme aldığı hizmet kalite standartları grubunun şartlarını kaybettiği tespit edilirse, bu şartların ilk denetim tarihinden itibaren kaybedildiği ve hangi gruba göre ödeme alınması gerektiği denetim raporunda belirtilir. Bu şekilde gruplandırması düşürülen aile hekimliği birimi tekrar yeni gruplandırmaya süre sınırlandırılması olmaksızın başvurabilir. Esnek mesai planına uymadığı tespit edilen birimler için sınıflama düşürülmesi üst üste iki kez mesai planına uyulmadığı durumlarda geçerlidir.

Yeni açılan ve Aile sağlığı merkezi olmayan birimler, İl Sağlık Müdürlükleri her türlü ihtiyacı sağlayacak şekilde, Aile sağlığı Merkezi sağlık hizmetini eksiksiz olarak vermeye hazır hale getirildikten sonra Ek Yerleştirmeye dahil edilir.

Aile hekimlerinden herhangi birinin, aile sağlığı merkezi giderlerinin kendisine isabet eden kısımlarını ödemediği yönetim karar defteri ile ispatlandığı takdirde, aile sağlığı merkezi giderlerini karşılamak üzere söz konusu aile hekimine yapılan ödemelerden müdürlükçe kesinti yapılır.

9- Madde 16 sonuna “(8) Aile hekimliği çalışanlarından yapılacak sendika kesinti hesabı kayıtlı kişiler için ödenecek brüt ücret üzerinden hesaplanır. Sendika kesintisi hesabına sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi ücreti, Aile Sağlığı Merkezi Giderleri, gezici sağlık hizmeti giderleri dâhil edilmez.” Hükmü eklenmelidir.

10- Madde 17’nin “(1) Sözleşme ile çalıştırılan aile hekimine, 8 inci maddenin ikinci fıkrası çerçevesinde görev başında bulunmadığı süre içinde, hizmetin görülmesini sağlaması hâlinde tam yapılır. Bu mümkün olmadığı takdirde müdürlük, diğer aile hekimleri veya Bakanlık personelini geçici aile hekimi olarak görevlendirir.

11- Madde 17, 6 ve 7’ci fıkraları “(6) Bakanlıkça onaylanan veya yapılan eğitimlerde görevlendirilen aile hekimlerine bir yılda en fazla otuz gün olmak kaydıyla ödeme tam olarak yapılır. Eğitimler planlanırken en az bir güne tamamlanacak şekilde planlanmalıdır. Bu süre içerisinde pozisyona görevlendirilen geçici aile hekimine birinci fıkrada geçici aile hekimi için öngörülen ödemeler yapılır. Bir günden az süreli eğitimlerde tam gün ücreti kabul edilir.

(7) Madde de Aile hekimi aynı anda en fazla iki aile hekimliği biriminin sorumluluğunu üstlenebilir. Mücbir sebeplerle aile hekiminin kendi birimi dışında iki birimin sorumluluğunu üstlenebilir. Bu durumda bu iki birim için ayrı ayrı görevlendirme ücreti de ödenir.” Şeklinde düzenlenmiştir.

**Gerekçe:**

Müdürlükler saatlik eğitimler planlamaktadır. Bu durum ulaşım ve benzer nedenlerle eğitime katılımları engellemektedir. Etkin bir eğitim programı için düzenlemeler yapılması şarttır.

Şu an fili olarak aile hekimlerine birden fazla birimin sorumluluğu verilmekte, mücbir sebepler öne sürülmektedir. Bu durumlarda aile hekimleri mağduriyeti ortaya çıkmaktadır.

**Cari Gider Ödeneği:**

**Sorun:**
Maliye Bakanlığın cari gider ödeneğinde azaltma yapılması yönündeki planlaması. Tüm Türkiye'de 2010 Aralık / 2011 Ocak Ayı yönetmeliğinde ki katsayı değişikliği nedeni ile 18.500 aile hekiminin reel kayıp yaşadığını, sadece 1.000 aile hekimin reel artış yaşaması ve bu kaybın yaklaşık % 12 olması
Yıllar için de cari ödenek kalemleri içinde bulunan giderlere ÜFE rakamlarının çok üzerinde zam gelmişken, cari ödenek zamlarının sadece ÜFE oranınca artırılması

1-Aile Hekimliği uygulamasında aile hekimliği birimine verilen cari gider ödeneğinin; hizmetin sunulması, sağlık hizmetinin kalitesi, önemi ve verimi açısından tartışılması bile söz konusu olmamalıdır. ASM ‘de Sınıflandırma gibi haksız ve hukuksuz bir uygulama kaldırılarak yerine kalite puantaj sistemine geçilerek her vatandaşımızın ve meslektaşımızın hak ettiği en yüksek kaliteye ulaşılması desteklenmelidir. AHB nin sağladığı kaliteye göre aile sağlığı merkezinin hak ettiği gerçek sınıfında ödeme alması, grup düşme, grup çıkma gibi hekimlerin iş yükünü artıran, motivasyonunu kaybettiren yöntemlerden vaz geçilmesi ve buna göre değerlendirilmesi gereklidir. (kalite puantaj sistemi gibi),

2-Aile Hekimliği uygulaması başladığı tarihten itibaren yapılan cari gider ödeme artışları, harcama kalemlerindeki artışların gerisinde kaldığından yetersiz hale gelmiştir. (Ör: ASM’ de çalıştırılan personel giderleri son 6 yılda %122,88 artarken cari gider ödemeleri %62,52 artmıştır.) Son aylarda cari ödeneğe %12 zam gelir iken Ortalama olarak Elektriğe % 40, Suya %27, Doğal gaza %51, Personel ücretlerine ve SGK ödemelerine % 25, ASM Kiralama bedellerine %46, çeşitli sarf malzemelerine ise ortalama %40-50 zam gelmiştir.

3-Özellikle İstanbul, İzmir, Ankara başta olmak üzere büyük illerimizde aile hekimlerine ödenen cari gider ödeneği, ASM kira bedelleri ve personel giderlerini karşılamada yetersiz kalmaktadır.

4-Bu konuyla ilgili ( Cari ödeneğin ne anlama geldiği ) anlaşılamamaktan kaynaklı sorunlar ve olumsuz algılar halen mevcuttur.

5-Harcama standardizasyonumuzun tam olarak oluşmamış olması sorundur.

**Cari Ödenekle İlgili Dışsal Tehditler:**

1-Aile Hekimliği dışındaki tüm kamu çalışanlarının farklı bakış açısı

2-Maliye Bakanlığı ve bürokratlarının bütçe hazırlanırken eksik ve yanlış düşünmeleri

3-Sağlık bakanlığı bürokratları tarafından cari ödenek harcamalarının ne anlama geldiğinin yeteri kadar açıklanamaması

4-Uzmanlık ve ASE dernekleri tarafından kamuoyuna eksik, hatalı ve yanlış bilgi verilmesi

5-Ülkemizin ekonomik durumunun ve sağlık giderek gerilemesi ve sağlık harcamalarının ve sağlık harcama maliyetlerin her geçen gün artması

**Taleplerimiz;**

Aile hekimliği ve ASM giderlerinin büyük bir kısmını oluşturan enerji, çalıştırılan işçi, kira, stopaj, demirbaş, sarf malzemesi vb giderler de cari ödenekteki artış oranının çok üzerinde maliyet artışları olmuştur.

Örnek verecek olursak;

a) 2011-2017 Ocak ayları arasında; ASM’ de çalıştırılan personel giderleri %122,88 artarken cari gider ödemeleri %62,52 artmıştır.

b) Yıllara göre elektrik birim fiyatlarındaki artış bellidir Son 3 yılda elektrik birim fiyatındaki artış oranı % 95 olarak tespit edilmiştir. Son aylarda yapılan zamlarla bu oran % 120 civarındadır. Cari gider ödemeleri %62,52 artmıştır. Bu nedenle cari ödenek kaldırılmamalıdır. Aksine kayıplar telafi edilmeli ve artırılmalıdır. Kalite Puantaj uygulamasına geçilerek fiziki kalitenin, uygulama kalitesinin ve bağlı olarak klinik kalitenin artırılması uygulamasına geçilmelidir. Tüm ASM ‘ri vatandaşlarımızın anayasal hakkı olan eşitlik ilkesi çerçevesinde A sınıfı kriterlere haiz ASM den hizmet almaları sağlanmalıdır.

**4 -SAĞLIK RAPORLARI KAYNAKLI SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ:**

Ülkemizde, çok çeşitli kurum ve kuruluşlar tarafından yine çok çeşitli nedenlerle, kişilerden “sağlık raporu” adı altında belge istenilebilmektedir. Bu raporlar, çoğu zaman kişinin ‘’sağlıklı’’ olduğunu belirten bir rapor olmakla birlikte, bazı durumlarda da kişinin rahatsızlığını belirleyen raporlar olabilmektedir. Sağlığın evrensel tanımı göz önüne alındığında bir kişinin tam bir sağlıklılık halinin tespiti bu noktada çok zordur. Çok çeşitli testler yanında sosyal durumlarıyla ilgili tespitlerinde ortaya konulması gerekmektedir. Şu zamana kadar bizim tespit ettiğimiz çeşitli kurumlar tarafından istenen ve kriteri belli olmayan 140 civarında rapor çeşidi bulunmaktadır.

Sağlık raporu konusu özellikle işini doğru yapmak isteyen hekimler açısından günümüzde karmakarışık bir hal almıştır. Günlük pratiğimizde bu çok çeşitli rapor talepleri nedeniyle iş yükümüzün artması yanında, hukuki olarak meslektaşlarımızı zorlayan durumlarda artık yavaş yavaş gündeme gelmeye başlamıştır. Aslında, bu karışıklığın en büyük nedeni sağlık raporu tanımının bu raporları isteyen kesimlerce tam olarak anlaşılamamasından kaynaklanmaktadır.

Sağlık raporunun tanımını, kişilerin akıl ve beden sağlıklarının ve sosyal durumunun belirli bir amacın gerçekleştirilmesine uygun olup olmadığının, belirli ölçütler / kriterler doğrultusunda ve bu konuda yetkilendirilmiş hekimler tarafından yapılan muayene sonucunda belgelendirilmesi olarak yapabiliriz. Bu tanımı dikkatlice okuduğumuzda birçok sorun aslında kolaylıkla çözülebilmektedir. Yani, bir kişiden sağlık raporu istenilmişse,

1-İstenilen sağlık raporu ne için ve hangi amaç için istenmiştir? ( Amacı nedir? )

2-İstenilen sağlık raporu düzenlenirken hangi kriterleri bakılacaktır? ( Hukuki yapı içerisinde istenilen kriterlerin ilgili kurumlar tarafından açıkça belirlenmiş olması gerekmektedir.)

3-Düzenlenecek sağlık raporunu hangi hekimlerin, hatta hangi kurumların verebileceği açıkça belirtilmiş mi?

Sadece, sağlık raporu tanımından bu üç maddeyi dikkate alarak, istenilen sağlık raporunun usule uygun olup olmadığını anlayabiliriz.

Vatandaşlarımızın sağlık raporu almaları amacıyla, kişiler ve kurumlar tarafından sağlık muayenesine yönlendirilmesinin önüne geçmek için, Sağlık Bakanlığımızın bilgisi ve müdahalesi dâhilinde bu raporlar ile alakalı standartlar ve kurallar bir an önce belirlenmeli ve bu standartlar ilgili tüm kurum, kuruluş ve tüzel kişiliklere iletilmelidir. Kriterlerin belirlenmesi için bu alanında saha çalışanları, ilgili kurumlar ve uzman akademisyenlerin katkıları ile algoritmalar oluşturulmalıdır. Gerek hekimler gerekse kişiler için tereddütte neden olmayacak, ülke genelinde denetime açık standart bir uygulamayı sağlayacak, güncel tıp ilminin gerektirdiği objektif kıstasları içeren hukuki düzenlemelerin yapılarak, hem kişilerin mağdur olmalarının hem de farklı uygulamalar sebebiyle tıbbi malpraktis hadiselerinin yaşanmasının önüne geçilmelidir.

**SORUNLAR**

1.Vatandaşın ne raporu istediğini ve ne için istediğini (hangi amaçla ) bilmemesi

2.Hekimler ne raporu vereceğini, hangi kritere göre vereceğini bilmemesi

3.Bize (AHB'ye) kayıtlı olan hastaların bizim (bağlı AHB) dışımızda bulunan sağlık bilgilerine ulaşılamaması

4.İstenen çok çeşitli raporlar için sağlık bakanlığı tarafından yayınlanmış bir mevzuatın olmaması

5.İstenen her türlü rapor verilmeli mi, yasal mı, gerekli mi?

6.Sağlık raporlarıyla ilgili standart uygulanabilir algoritmalarının olmaması

7.Çalışan her hekimin hukuki çekincelerle direk olarak’’ ben bu raporu vermem’’ demesi, mevzuat birlikteliğinin sağlanamaması

8.İşe giriş raporlarında SSK müfettişleri tarafından denetim yapılmaması, NACE kodlarının bilinmemesi, tehlikeli sınıflar için de sağlık raporu istenmesi

9.Uzmanlık alanı gerektiren ve uzman tarafından verilmesi gereken sağlık raporlarından SGK‘nın SUT‘a göre, hastanelerin de buna göre ücret alması

10.Hekimlerin sağlık raporları için ortak hareket edememesi

11.Rapor talep eden kişi ve kurumların bilgisiz ve yönetmeliğe aykırı rapor talep etmesi, rapor formatını kendi belirlediği formatta istemesi

12.Aile Hekimliği mevzuatında olmayan Adalet Bakanlığı bünyesinde Adli Tıp Kurumu tarafından düzenlenmesi gereken adli ve defin nöbetleri hizmetinin aile hekimleri tarafından verilmesi

13.Hastanede verilmesi gereken defin ruhsatları için ( hastanede vefat edenler ve ölü halde hastaneye getirilenler) hastanelerde bu işlemin uygulanmaması. Defin raporlarının zorla aile hekimleri tarafından verilmesinin istenmesi.

14.Verilen hiçbir sağlık raporunun denetlenmemesi

15.Adli raporlar için, 5258 sayılı kanunda yer almamasına rağmen aile hekimlerinin görevlendirilmesi

16.Sağlık personeli gözetiminde veya sağlık kuruluşlarında doğmayan bebeklerin doğum bildiriminin aile hekimleri tarafından verilmesinin istenmesi

17. Okul servis sürücüleri raporlarında olduğu gibi başka bakanlıklarca, kriteri belli olmayan ve birinci basamakta verilmesi mümkün olmayan raporların aile hekimlerince verilmeye zorlanması,

Olarak özetlenebilecektir.

\*\*\*Yapılan çalışmalara gör aile hekimleri tarafından 139 çeşit rapor düzenlendiği, diğer ifade ile 139 çeşit rapor için aile hekimliği birimlerine başvurulduğu tespit edilmiştir.

**ÇÖZÜM ÖNERİLERİMİZ**

1.Sağlık Bakanlığı dışında diğer bakanlık ve kurumların bilimsel hiçbir dayanağı ve alt yapısı olmadan sağlık raporu şartı getirmemesi, bunun için sağlık bakanlığına başvurulması ve tüm sağlık raporlarının, sağlık bakanlığı sağlık raporları kurulları tarafından uluslararası standartlara uygun olarak ( STK, Üniversite, vb görüşleri alınarak) şartlarının belirlenmesi.

2.Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti olmayan tüm raporların aile hekimlerinden alınarak, 2. Basamak ve / veya il veya ilçe sağlık müdürlükleri ve/veya TSM bünyesinde kurulacak olan sağlık raporları birimleri tarafından (TSM-İSGB) verilmesi

3.Durum bildirir, kişinin sağlık bilgilerini içeren sağlık beyanı bildiri raporlarının, kişinin kendisi tarafından e- nabız sisteminden alınmasının sağlanması için gerekli alt yapı çalışmasının yapılması,

4.Sağlık raporlarının verilmesinde kullanılan kişi beyanını içerek ek-6 formunun e-nabız içinde çevrimiçi olarak düzenlenmesi için gerekli girişimlerin yapılması,

5.Adli raporlar için, 6754 sayılı Bilirkişilik Kanuna uygun olarak görevlendirilmek isteyenler tarafından adli raporların verilmesi,

6.Defin raporlarının, 5393 sayılı Belediye Kanununa göre belediyeler tarafından verilmesi gerektiği, personel yetersizliği durumunda anlaşmalı/gönüllü olan hekimler tarafından ücreti karşılığında verilmesi,

7.5490 sayılı Nüfus Hizmetleri Kanunu'nda yapılan son değişiklik ile hem Anayasa’nın 20. maddesine hem de Aile Hekimliği Kanunu'na aykırı olarak aile hekimlerine, hem görev tanımında bulunmayan hem de yapılması neredeyse imkânsız olan angarya bir görev yüklenmiştir. 5490 sayılı Nüfus Hizmetleri Kanunu'nun 5. maddesinde 7039 sayılı Kanun ile yapılan değişiklik ile ilgili maddenin (3.) ve (4). fıkraları ile aile hekimlerine bazı görevler yüklenmiştir. Her iki fıkranın da iptali gerekmektedir.

(3) madde; Sağlık personeli nezaretinde gerçekleşmeyen doğum bildirimi; gebelik sırasında anneyi takip eden tabip ya da sağlık mesleği mensubunca düzenlenecek rapor veya belge ile yapılır. İbaresinin iptaline.

(4) madde; Sağlık personelinin takibi dışında doğan çocukların doğum bildirimi nüfus müdürlüklerine sözlü beyanla yapılır. Her sözlü beyanda mülki idare amirinin emri ile aile hekimlerince beyanların doğruluğunun araştırılması zorunludur. İbaresinin iptaline.

8.Özel Kreş ve Gündüz Bakımevleri ile Özel Çocuk Kulüplerinde Çalışacak Personel için Sağlık raporları alınması konusundaki yönetmelik DÖRDÜNCÜ BÖLÜM Kuruluş Personelinin Nitelik ve Sorumlulukları Personel belgeleri Madde 20 – (1) Kuruluşta görevlendirilecek personele ilişkin aşağıdaki belgeler istenir: ç) (Değişik: RG-8/9/2016-29825) Aile hekimliğinden alınan sağlık raporu maddesinin iptaline. Ayrıca 6331 sayılı iş sağlığı ve güvenliği kanunu madde 15 e göre bu raporların alınması uygun olacaktır.

9.Evlilik raporları ile ilgili olarak Umumi Hıfzıssıhha Kanunu yedinci fasıldaki hükümlerin güncellenmesi uygun olacaktır.

10.Akli meleke raporları: ''Noterlikte iş yaptırmak isteyen ilgilinin hukuki ehliyeti veya AKLİ melekelerinin tam olup olmadığı hususunda şüpheye düşülmesi halinde doktor raporu istenmesi gerekmektedir. Zira, noterlerin doktora sevk gibi bir görevleri olmayıp, söz konusu raporu işlem ilgilisinden getirmesini istemeleri gerekir. İşlem ilgilisinin getireceği rapor, ilgilinin hukuki ehliyeti veya AKLİ melekelerinin işlem yapmaya elverişli olduğunu gösterecek içerikte olmalıdır.''denilmesi nedeniyle, noterlerin işlem ilgilisini doktora sevk etmesi zorunluluğu bulunmamaktadır. İlgili tarafından getirilen raporun usulüne uygun alınmış olduğunun anlaşılması halinde buna dayanılarak işlem yapılması gerekmektedir. Ayrıca Yüksek Sağlık Şurası'na 20-21/Şubat/2003 tarih ve 10642 sayılı Tavsiye Kararında ‘’ Ülkemizde akli meleke (hukuki işlem yapma ehliyeti) raporlarının düzenlenmesi ile ilgili olarak uygulamada karşılaşılan bazı tereddütler genel olarak değerlendirildi. 65 yaşın üstündeki kişilerin yapacakları hukuki işlemler ile ilgili olarak herkesten sağlık raporu istenmesi ve bunun rutin hale getirilmesi, bu yaşın üzerindeki kişilere yönelik haysiyet kırıcı, ayrımcı bir uygulama olarak görülmektedir. Buna istinaden;

a) 65 yaşın üzerindeki herkesten bila istisna rapor istenmesinin doğru olmadığına,

b) Hukuki işlemle ilgili olarak işlemin yapıldığı anda kişinin işlem yapma ehliyeti veya akli melekelerinin yerinde olmadığından ciddi şüphe duyulması ve/veya bu yolda bir iddia ve şikâyetin bulunması halinde rapor istenilmesine,

c) 1219 sayılı Kanun uyarınca mesleğini icraya yetkili olan tabiplerin, akli meleke (hukuki işlem yapma ehliyeti) raporlarını düzenleme yetkilerinin kabulüne,

d) Bu tavsiye kararının ilgili mercilere bildirilmesi hususunun uygun olacağına, Şuramızca oybirliği ile karar verildi. ‘’ denilmektedir.

Bu yüzden bu nitelikteki hukuki işlem yapma ehliyeti ( akli meleke ) raporu isteyen temyiz kudretine sahip bulunan ve işlemin niteliğine göre gerekli yaşa girdiği anlaşılan tüm vatandaşların önce Noterliklere başvurması gerekir. Noterlikler tarafından yaş sınırı konmadan ilgilinin yaşlılık, hastalık veya dış görünüşü itibariyle yeteneğinden şüphe edilmesi veya bu konuda ihbar ve şikâyet bulunması halleri durumunda herhangi bir tabibe (1219 sayılı Kanun uyarınca mesleğini icraya yetkili olan tabipler ) gönderilerek rapor istenebilecektir. Vatandaşın da kendi istediği 1219 sayılı Kanun uyarınca mesleğini icraya yetkili olan tabiplerden birine ( Aile Hekimliğine başvuracaksa kendi aile hekimi ) giderek günlük Durum Bildirir Tek Hekim Sağlık Raporunu almak üzere başvurabilecektir. Ek-6 formunu imzalayıp teslim edip başvuru yapan vatandaş rapor için poliklinik kaydına alınmalı, gerekli muayene -testler ( Mini Mental Test vb.) yapılmalı, Elektronik Sağlık Kayıtları kontrol edilmeli ve SGK Medula sisteminden ilaç raporları kontrol edilerek değerlendirilmelidir. Hekim değerlendirme sonrası, rapor düzenlemek, ilgili uzman görüşüne başvurmak veya ilgili uzmana sevk etmek gibi seçenekleri göz önünde bulundurmalıdır.

11. Okul Servis Şoförleri ile ilgili sağlık raporlarında söz konusu YETKİLİ Sağlık Kuruluşları 18.07.1997 tarih ve 23053 sayılı Mükerrer Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren Karayolları Trafik Yönetmeliğinin 79uncu maddesi uyarınca kurulan ve Sağlık Bakanlığı tarafından denetlenen Psiko-Teknik Değerlendirme Merkezleri ve Psikiyatri Uzmanlarıdır. Milli Eğitim Bakanlığının yapmış olduğu konu ile ilgili son düzenlemede sağlık bakanlığının görüşü alınmadan konuyu düzenleme yetkisi yoktur. İlgili bakanlıkların yapmış olduğu son toplantıda sağlık bakanlığı tarafından, milli eğitim bakanlığına konu ile ilgili hatanın düzeltilmesi uyarısı yapılmıştır.

12.Spor (lisans) raporları konusunda fiziksel aktivite skor laması (met-egzersiz skor laması ) baz alınarak sağlık bakanlığı tarafından algoritma düzenlenmesi ve bu algoritmaya uyulması her merkezde spor hekimliği uzmanlığı bulunmadığından yol gösterici olacaktır. Lisans gerektirmeyen spor müsabakalarında kişisel sağlık beyanı yeterli olduğundan rapor düzenlenmesi gerekmemektedir.

13.Sağlık Bakanlığı tarafından AHEF ve diğer sağlıkla ilgili STK ile bir kurul kurulup, her yerde yazan her işe girişte istenen sağlık raporunun formalite icabı istenen formatından çıkarılıp, gerçekten hekim onayı olmadan yapılamayacak işlerde istenmesi için geniş kapsamlı bir düzenleme yapılmalıdır.

**GENEL DÜŞÜNCELERİMİZ**

Sağlık raporu konusundaki bilgilerimizi ve durumumuzu şu şekilde toparlayabiliriz.

1-Sağlık raporu, kanunlarda çizilen çerçeve içerisinde gerekli durumlarda istenir,

2-Hekime sağlık raporu almak için başvurulmaz, sağlık raporu talep etmek için başvuruda bulunulur. Zira sağlık raporu gerekli şartları taşımayan kişilere verilmez.

3-İstenilen sağlık raporunun hukuki dayanağı yoksa bu şekilde bir sağlık raporu düzenlenmez,

4-Sağlık raporu, kişinin “sağlıklı olduğunu belirtir.” şeklinde düzenlenemez. Mutlaka, bir amaca yönelik sağlık raporu düzenlenmelidir. “Sürücü olur” veya “akli melekesi yerindedir.” gibi,

5-Sağlık raporu düzenlenirken uygulanması gereken kriterlere göre kişi muayene edilerek rapor düzenlenir. Bu kriterlere göre muayene edilemeyen durumlarda sağlık raporu düzenlenemez veya ilgili branşa veya kuruma sevk edilir.

6-Rapor düzenlenirken kişinin bizzat kendisinin bulunması şarttır.

7-Sağlık raporu düzenlenirken rapordan, raporu düzenleyen hekim sorumludur. Hekimin sorumlu olduğu raporla ilgili olarak hekime hiç kimsenin karışma, baskı yapma yetkisi yoktur.

8-Usulüne uygun verilmeyen ve gerçekleri yansıtmayan sağlık raporları sahte evraktır ve hiçbir resmi evrak niteliği yoktur. Düzenleyen kişinin yalanını temsil eder. Bu tür belgeler düzenlemek suçtur.

9-İş yükü göz önünde bulundurulduğunda tüm raporlar elektronik ortamda, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmiş tek bir formatta verilmesi sağlanmalıdır.

10- Rapor isteminden önce kişi mutlaka elektronik ortamda kişisel bilgi beyan formu doldurmalı, doldurmuş olduğu formu tıpkı askerlik muayenelerinde olduğu gibi e-devlet sistemine yüklemelidir. Bu şekil de hem tüm vatandaşların e-nabız kullanıcısı olması sağlanacaktır, belgelerin elektronik ortamda düzenlemesi verilerin saklanmasına ve diğer hekimler tarafından da görülmesine olanak sağlayacaktır.

**5- AİLE HEKİMLİĞİNDE İZİNLERLE ALAKALI SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ:**

**SORUN:** İzin düzenlemelerinin Anayasa Mahkemesi tarafından iptalinden sonra ortaya çıkan hukuki boşluk ve halen izinlerin kanunla düzenlenmemesi
Ödeme ve Sözleşme yönetmeliğin en can alıcı değişikliği ise izinler konusunda Anayasa Mahkemesi’ nin kararına rağmen, Anayasa Mahkemesi’nin kararının uygulanmayıp, izinlerin aynı yönetmelikte geçici maddelerle yeniden düzenlenmesi olmuştur.

Oysaki Anayasa’ nın 50. maddesinde” Ücretli hafta ve bayram tatili ile ücretli yıllık izin hakları ve şartları kanunla düzenlenir.” denmesine rağmen, Ankahed olarak yıllardır izinlerin kanunla düzenlenmesi gerektiğini söylememize ve Anayasa Mahkemesinin Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliğindeki izinler konusunda ki maddeleri Anayasaya aykırı bulup iptal etmesine rağmen, yine izinlerin yönetmelikte geçici madde ile düzenlenmesini sizlerin takdirine bırakıyoruz.

**ÇÖZÜM:** Sağlık Bakanlığı, Anayasa Mahkemesi Kararı Uygulanmalıdır ve yıllık izinler kanunla düzenlenmelidir.

Ayrıca tek çalışan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları ücretleri kesilmeden yıllık izne ayrılamıyor. En son çıkan yönetmelikle ücretli izin hakkı getirilmesine rağmen bu çok yetersiz kalmıştır. Aile hekimleri vekâletsiz ve ücretli izne ayrılabilmeli ve bununla ilgili yasal düzenleme bir an önce hayata geçirilmelidir. Tek çalışan aile hekimi ve aile sağlığı elemanları için yıllık 30 gün ücretli izin hakkı verilmelidir. Aile hekimleri arkadaşlarımız yıllık izinlerde ve diğer izinlerde ciddi problemler yaşamaktadır. Bunun önlenmesi için gerekli tedbirler ivedilikle alınmalıdır. Aile hekimleri yasal hakları olan yıllık izinlerini kullanırlarken yerlerine bakacak aile hekimi vekâleti hususunda iller arası farklı uygulamalara tabii olmuşlardır. Yıllık izinlerinin bölünebilirliği, kesinti yapılacak miktarın belirlenmesi ve kesintinin mantalitesiyle örtüşmeyen uygulamalar sorun olarak karşımıza çıkmıştır. Yıllık İzin kullanımında her ilde farklı uygulamaların olması aile hekimlerini mağdur etmektedir. Bu mağduriyetlerin önlenmesi ve her ilde aynı uygulanmanın yapılması için bir an önce izinler kanunla düzenlenmelidir.

**6-YENİ AÇILAN AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMLERİ, TEK BİRİMLİ ASM’LERİNİN SAĞLIK HİZMET SUNUMU SORUNLARI VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ**

Vatandaşların hizmete erişim ve kurumsal kalite algısını artırmak amacıyla Aile Sağlığı Merkezlerinin görsel açıdan standart görünüme sahip olması için düzenleme yapılması kullanılabilirliği ve olumlu algıyı artıracak bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle Sağlık Bakanlığımız Yatırım planlarında birinci basamak sağlık kuruluşlarına daha çok önem vermesi, yatarım alanlarını şehir hastaneleri ile birlikte birinci basamağa da eşit miktarda olmasa da eşit yaklaşımla artırmalıdır.

1-Şu ana kadar açılmış olan yeni AHB / ASM'de çalışan Aile Hekimi arkadaşlarımız kaliteli bir birinci basamak hizmet sunumunu sağlamak için çok ciddi harcamalar yaparak, Bakanlığımızın belirlediği şartlara uygun ASM’ler oluşturmuşlardır./ oluşturmaya çalışmaktadırlar. Sağlık hizmeti vermek için gerekli fiziki şartlara uygun bina bulunması, tıbbi ve genel donanımının sağlanması konusunda ciddi anlamda stres yaşamaktadır ve maddi külfetin altına girerek bu anlamda ciddi kayba uğramaktadırlar.

Bazı illerde yeni açılan AHB/ ASM’ler duyarlılık gösteren il Sağlık Müdürlüğü tarafından yapılmakta, tefrişatı ve donanımı tamamlandıktan sonra aile hekimlerine kiralanmaktadır. Ancak bu durum bunu sağlamayan iller düşünüldüğünde eşitlik ilkesine aykırıdır. Uygulama konusunda halen bir standarttın sağlanamadığının da bir göstergesidir. Bakanlığımız bu konuda eşitliği sağlamalıdır. Yeni AHB‘ler açılırken en az iki hekimlik ASM olarak planlanmalı, bina bakanlık tarafından belirlenen birinci basamak sağlık kuruluşları prototipine uygun en iyi fiziki şartlar sağlanarak (A sınıfı ASM standartlarına uygun donanımda) yapılmalıdır.

2-Yönetmelikte, yeni açılan (sanal) ASM’ler için, ASM giderleri 10 ay boyunca tavan ücretin %100’ü olarak ödenir, denmektedir. Bu süre 18 aya çıkarılmalıdır. Yeni açılan bu birimlerde çalışan Aile Hekiminin aylık hak edişi de en az TSM'de çalışan bir hekimin maaşına denk olmalıdır. Aile sağlığı çalışanları da en az 18 ay boyunca TSM'deki meslektaşları ile aynı maaşı almaları gerekir.

3-Mevcut durumda ASÇ, TSM tarafından görevlendirildiğinde TSM'deki maaşlarını almaya devam etmekte ancak hekimle o birim için anlaşmak istemesi durumunda 1000 puan üzerinden maaş almaya başlamakta ve maaşı çok düşük seviyelere indiği için anlaşma yapmak istememektedir. Bu durum ASÇ bulma sıkıntısı yaratmaktadır.

4-Yeni birimler planlanırken bölge nüfusu yanında nüfus dağılımı göz önüne alınmamaktadır. Oysaki aile hekimlerinin kendilerine kayıtlı nüfusunun ortalama olarak %10 kadarı bölge dışı kişilerden oluşmaktadır. Bu durumda, yeni açılan birimin hekimi diğer hekimlerden bazen de aynı ASM'deki hekim arkadaşından nüfus transfer etmeye çalışmakta, bu da çalışma barışını ve iç barışı bozmaktadır. Planlamalar kesinlikle nüfus dağılımı ve AH'lere kayıtlı bölge dışı nüfusu da göz önüne alınarak yapılmalıdır.

5-Yeni birimler açılırken hekimler mevcut diğer ASM'de çalışan hekimlerden nüfus transfer etmekte, mevcut ASM'deki hekimlerin nüfusları ve dolayısıyla ücretleri de azalmaktadır. Bakanlık yetkililerimiz çeşitli zamanlarda nüfuslardaki bu azalmanın, hak edişlerimizin azalmaması için ücret düzenlemesinin yapılacağını, hak kaybına uğramayacağımızı ifade etmişlerdir. Ancak bugün yaşanan durum da tüm hekimler hak kaybına uğramaktadır. Türkiye’de aile hekimlerine kayıtlı nüfus ortalaması her geçen gün düşmekte, sisteme yeni gireceklerin olacağı da düşünüldüğünde bu düşüşlerin her geçen gün artacağı öngörülmektedir. Reel olarak ciddi anlamda maaş düşüşleri yaşanmaktadır. Aynı durumda ASÇ'ler de hak kaybına uğramakta ve maaşları TSM'deki meslektaşlarının maaşlarının altına düşmesi nedeniyle TSM'ye dönmektedirler.

6- Gruplandırmanın (Sınıflandırma) kaldırılarak yerine kalite puantaj sistemine geçilerek AHB nin sağladığı kaliteye göre aile sağlığı merkezinin hak ettiği gerçek sınıfında ödeme alması, grup düşme, grup çıkma gibi hekimlerin iş yükünü artıran, motivasyonunu kaybettiren yöntemlerden vaz geçilmesi ve buna göre değerlendirilmesi gereklidir. (kalite puantaj sistemi gibi),

Model 2; A, B, C, D gruplandırmalarının kaldırılarak, tüm ASM’lerin tek tip üst düzey standartta olması için düzenleme yapılması.

Aile hekimleri ASÇ olmadan koruyucu sağlık hizmeti vermek zorunda kalmaktadır. Buda hizmetin kalitesine ve hizmeti alanların memnuniyetine direk olarak etki etmektedir.

**TEK HEKİMLİK BİRİMLERİN SORUNLARI**

1-Tek Hekimlik ASM'de en önemli sorunların başında gelen konu güvenliktir. Genelde tek hekimlik ASM'ler jandarma bölgesinde olduğu için olay anında acil müdahale gecikmektedir. Bu durum güvenliğin yanı sıra artan şiddet ve mobbing sıkıntısı yaratmaktadır. Ayrıca genel anlamda şiddetin önlenebilmesi için ‘’Sağlıkta Şiddet Yasasının’’ bir an önce çıkarılması önem arz etmektedir.

2-Isınma ve enerji giderleri ciddi problem teşkil etmektedir. Bu gibi yerlerde kalorifer yakma sertifikalı eleman bulmak mümkün olmamaktadır. Çalışanlar yetki ve yetkinlikleri olmamasına rağmen mecburen bu sorumluluğu almak durumunda kalmaktadırlar. Yakıt ve enerji maliyetleri üst düzeydedir. Cari gider ödeneklerinin büyük bir kısmı ısınma ve enerji maliyetine gitmektedir.

3-Tek hekimlik ASM'de çalışan hekimler, ASM'deki tüm masrafları kendileri karşılamakta, birden fazla aile hekiminin çalıştığı ASM'de bu masraflar ortak ödendiği için tek çalışan hekimler için adaletsiz bir uygulama olmaktadır. Bakanlık pozitif ayrımcılıkla tek hekimlerin cari gider ödemesinde düzenleme yapmalıdır.

4-Tek hekimlik ASM'de çalışan SGK'lı işçiler kısmi çalıştıkları (10 veya 20 saatlik çalışma) için SGK primleri aile hekimleri tarafından ödenmekte ama kişi GSS adı altında SGK tarafından ayrıca prim ödemek zorunda bırakılmaktadır. Bu kısmi çalışmanın kişinin emekliliğine de yansıması da ona göre olmaktadır. İşçi tam zamanlı çalışınca aile hekimleri SGK teşviklerinden faydalanmakta, ama kısmi çalışan işçiler için bu teşvikten faydalanma imkânı olmamaktadır.

Aynı durum SGK'lı çalışan yardımcı sağlık personeli için de geçerlidir. Bu nedenlerle çoğu tek hekimlik ASM'deki hekimler çalıştıracak personel bulamamaktadır. Bu nedenle de çoğu gruplanmaya dahil olamamakta ve bu durum da ayrıca bir eşitsizliğe neden olmaktadır.

A sınıfı ASM’leri yaygınlaştırmayı dolayısıyla vatandaşımızın hak ettiği kaliteli bir hizmet sunumunu herkese açmayı amaçlayan Bakanlığımız, bu konuda tek hekimlik ASM'lerde çalışan hekimlere ücret desteği yada SGK prim desteği sağlamalıdır.

5-Tek çalışan hekimlerin ücretli izin süresi bir seferde 7 (yedi) gün olarak belirlenmiştir. Ancak kamu personelinin izin süreleri 10 yıldan az hizmet süresi olanlar için 20 gün, 10 yıl üzeri olanlar için 30 (otuz) gündür. Aile hekimlerinin izin hakkı acilen kanunla düzenlenmelidir. Ücretli izin hakları 7 (yedi) günden 30 (otuz) güne çıkarılmalıdır.

6-Mobil hizmete giderken ASM'nin açık tutulması zorunluluğu nedeniyle ASÇ'leri tek başlarına ASM'de kalmakta, mobile beraber gidilememekte, bu da mobil hizmette yapılan izlem ve takipler, aşılama faaliyetleri ve halk eğitimleri konusunda aksamalara neden olmaktadır. Ayrıca ASÇ'ler ASM'lerde güvenlik nedeni ile tek başlarına kalmak istememektedirler. Yine ASÇ'nin, ASM'de uygulama yapabilmesi için hukuki olarak aile hekiminin ASM'de bulunması gerekmektedir.

7-Aile hekimliği birimi aile hekimi ve ASÇ'den oluşmaktadır. Bunun sebebi sağlık hizmetlerinin bütüncül olarak verilmesi gerekliliğidir. ASÇ, aile hekimi ile birlikte mobile gitmediğinde, bu hizmet bütüncül olarak verilememektedir. Açıklandığı üzere aksaklıklara neden olmaktadır.

8-Mobil hizmet verdiğimiz fiziki ortamlar çok kötü durumdadır. Sağlık hizmeti vermeye uygun bina bulmak neredeyse imkânsızdır. Mevcut binalar eski olup ısıtma, temizlik, aydınlatma problemleri nedeniyle etkin ve kaliteli bir sağlık hizmeti vermeye uygun değildir.

9-THS genel Müdürlüğünün 18.05.2015 tarihli ilgili yazıları gereğince, mobil hizmet ücretlendirmesinde yapılan değişiklikle, hasta başına olmaktan çıkartılıp, ‘’aylık hizmet sunulan kişi sayısı ve aylık kat edilen mesafe’’ hesabıyla verilmektedir. Güzergâh planlaması; aynı güzergâhta bulunabilecek gezici sağlık hizmeti sunulan yerleşim yerlerine, aynı günde ve mevzuatta belirtilen gün ve saatlere uygun en az kilometre ile gidilmesine dikkat edilmek suretiyle yapılacaktır, denilmektedir. Ancak pratikte bu uygulanabilir değildir. Aynı güzergâhta hizmet verirken öğle yemeği gereksinimi için merkeze dönmekte, aynı yol iki kez kat edilmekte ama tek ücret verilmektedir. Düzenlemeden önce yapılan planlamalarda yarım gün ASM yarım gün de mobil hizmet sunumu yapılarak haftada 2 kez gidilecek yerlere, düzenlemeden sonra güzergâh belirlenmesi ile mobillere tüm gün gidilmekte ve ASM'ler kapatılmak zorunda kalmaktadır.

Kişi sayısı az olan yerlere mobil hizmet verilirken nüfusu çok olan mobil hizmet bölgesine göre daha fazla yakıt harcanmaktadır. Ayrıca akaryakıtta oluşan artışlar göz önüne alınarak kilometre hesabının güncellenmesi gerekmektedir. Yine kişi başı katsayının düşürülmesi ile ayrıca ücret kaybı oluşmuştur, bu durumun yeniden düzenlenmesi gerekmektedir.

Mobil hizmet süreleri kısaltılmalıdır. Aylık gidiş dönemleri azaltılmalıdır. Aile hekiminin nitelikli sağlık hizmeti vermekte olduğu ASM'de kalma süresi arttırılarak gereksiz mesai kayıplarının da önüne geçilmelidir. Mobil hizmette verilecek hizmetin tanımı mutlaka yapılmalıdır.

10- Tek hekim olarak çalışan arkadaşlarımız genelde kırsalda oldukları için kamu da çalışan ASÇ bulmakta zorlanmaktadır. Ülke genelinde çok sayıda ASÇ olmadan hizmet vermeye çalışan tek hekimlik ASM'ler bulunmaktadır. Öncelikle kamudan ASÇ temin yoluna gidilmeli, mümkün olamadığı durumlarda kamu dışı personel alınarak personel açığı bir an önce giderilmelidir.

**7-NEGATİF VE POZİTİF PERFORMANS UYGULAMALARI KAPSAMINDA KRONİK HASTALIK TAKİPLERİ:**

Koruyucu hekimlik 1.Basamak sağlık hizmetinin en önemli unsurlarından biridir. Son 10 yılda koruyucu sağlık hizmet sunumunda hizmeti alan kişilere herhangi bir sorumluluk verilmemesi, artan poliklinik hizmet sayıları, asli görevimiz olmadığı halde sürekli diğer kurumlardan yönlendirilen raporlar ve ek görevler, kronik hastalık tespiti ve takibi gibi birebir kişiyle belli bir sürede muayene ve danışmanlık hizmetinin sunulmasında engeller olarak karşımıza çıkmaktadır.

Başarılı kronik hastalık bakım uygulamaları genellikle çok disiplinli ve koordine bir bakım ekibini kapsamaktadır ve bu ekibin ana unsuru birinci basamak aile hekimleridir. Uygun eğitim ve ekip çalışması ile ve gerçek bir pozitif performans uygulaması ile desteklenen birinci basamak sağlık çalışanları bütüncül ve kesintisiz kronik hastalık yönetimini sağlayacaklardır

**SORUNLARIMIZ**

1-Kronik hastalıkların takibi, taraması yönünden hastanın bize başvurusunun az olması ve kişinin kendi sağlığı ile alakalı bir sorumluluğun olmaması.

2-Kronik hastalık takibinde sadece aile hekimlerine görev verilmeye çalışılmaktadır. 2. ve 3. Basamakta bu hastaların takibinin / tedavisinin nasıl devam edeceği ve bizlerle diğer sağlık birimleri arasındaki bağlantının ve koordinasyonun belirsiz olması.

3-Aile Hekimliği Bilgi Sistemi ile diğer sağlık hizmet sunucularının sistemleri (HBS, Özel Kuruluş sistemleri vb.) arasında efektif bir bağlantının olmaması.

4-Kayıtlı nüfus sayısının fazla olması.

5- İş yükünün fazlalığı.

6-Tarama ve takibi yapılan / yapılacak olan hastanın sevk edilmesi durumunda 2. ve 3. Basamakta takibinin nasıl yapılacağı konusundaki belirsizlik. Bakanlığımızın bu konudaki yürüteceği çalışmanın / algoritmanın nasıl olacağının bilinmemesi.

7-Bu sistemin negatif performans ile getirilmesi dâhilinde Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Çalışanlıların motivasyon ve çalışma azminin bozulması.

8-ASÇ sayısının yetersizliği.

9-Uygulanacak her negatif performansın AH ve ASÇ sayısını azaltacağı, aile hekimliği sisteminden kaçışlara neden olacağı

10-Kronik hastalık takibinde aile hekimlerine destek verecek bu konuda yeterli ve eğitimli diğer sağlık çalışanlarının bulunmaması.

11-Kronik hastalık tarama ve takibi için güncel eğitim rehberlerinin olmaması. Bu alanda hizmet içi eğitim eksikliğinin bulunması.

12-Birçok konuda olduğu gibi kronik hastalıkların taranması ve takibi noktasında Sağlık Bakanlığı ile diğer devlet kurumları ve sivil toplum örgütleri arasında iletişimin eksik olması.

13-Kronik hastalık takibinin aile hekimlerinin geneline, her aile hekiminin farklı performans ve nüfus sayısına göre nasıl dağıtılacağının bilinmemesi ve bu konuda adaletsizliğin olabileceği kaygısı.

**ÇÖZÜM ÖNERİLERİMİZ**

1-Kamuoyunda Sağlık Bakanlığı'nın kronik hastalık takibini gündemde tutması, belediyeler ve valiliklerin özellikle ulaşım olanaklarının zor olduğu yerlerde ulaşım olanaklarına destek vermesi ve bu konuda bilinçlendirme kampanyalarının yapılması. Çok izlenen program ve dizilerde bu konunun öneminin işlenmesi önemlidir. Konunun ülke sağlık sisteminin geleceği açısından önemine binaen siyasilerin gündeminde tutulması özellikle siyasetçilere yakın dernek ve vakıflarla (Ör; Yeşilay, Kızılay) ortak projeler yapılması.

2-Kronik hastalık takibini düzenli yaptıran kişilerin muayene katılım payının alınmaması ve/veya azaltılması. Yaptırmayan kişilerin de bu ücretlerinin arttırılması.

3-Tüm sağlık kurumlarının bilişim bilgi sistemi ortak tabanlı olmalı. Hastaya ait bilgilerin tüm hekimler tarafından ulaşılabilir olmalı.

4-Aile Hekimliği Bilgi Sistemine ve diğer sağlık sunucularına kronik hastalık takibi şablonlarının / algoritmalarının entegre edilmesi.

5-Güncel periyodik sağlık rehberinin oluşturulması. Hizmet içi eğitim programlarının planlanması ve yapılması.

6-Kronik hastalık izleminin kişi sağlığına katacağı önemi belirten kamu spotlarının hazırlanması.

7-Sağlık Bakanlığı’nın başta bizler olmak üzere uzman dernekleri, kamu hastaneleri temsilcileri, üniversite hastaneleri temsilcileri, özel hastane temsilcileri ile bu takibin 2. ve 3.basamakta nasıl yapılacağının ve koordinasyonun nasıl yapılacağının belirlenmesi.

8-Hastanın 2. ve 3. Basamağa başvurusunda her gittiğinde ayrı bir doktora başvurmasının yerine bu sağlık sunucularında kronik hastalık takibi polikliniğinin kurulup oradaki hekime başvurmasının sağlanması ve aile hekimlerinin de direk bu birimde bulunan hekimlerle iletişiminin sağlanması.

9-Kronik hastalık tanısı almış kişilerin aile hekimi tarafından spesifik uzmanlık dallarına (endokrinoloji, nefroloji, immunoloj .vb) sevk edilebilmesi ve MHRS den randevu alınabilir hale dönüştürülmesi.

10-Hastanın 2. ve 3. Basamağa başvuru (konsültasyon ve sevk işlemleri ) sonrası geri bildirimlerinin yapılması.

11- Kayıtlı nüfus sayısının azaltılarak koruyucu hekimliğin ön plana çıkarılması gerektiği aşikârdır. Ancak nüfusun azaltılmasından doğacak maddi kayıpların kronik hastalık takibinde verilecek olan pozitif performans gibi yöntemlerle telafi edilmeye çalışılarak çalışanın gizli negatif performansa maruz bırakılmaması gerekir. Kronik hastalık takiplerinin yapılabilmesi ve uygulanabilirliğin artırılması için, Aile hekimlerine kayıtlı nüfusların kabul edilebilir seviyelere ücret kaybı olmadan düşürülmesi gerekir.

12-Kronik hastalık takibi konusunda özel eğitimli personel ihtiyacının ilk olarak gönüllülük esasına göre il Sağlık Müdürlüğü ve TSM'den sağlanması veya sözleşmeli olarak alınması.

13-Mevcut ASE eksikliğinin kurum tarafından bir an önce giderilmesi. Bunun ilk olarak kamu çalışanları tarafından sağlanması, sağlanamadığı durumda kamu dışı istihdamın sağlanması.

14-Etkin kronik hastalık takibinin yapılması sağlık sistemi üzerindeki gider yükünü azaltacaktır. Bu nedenle yapılacak pozitif performans uygulaması kronik hastalık takibinin etkinliğini arttıracaktır. Bu yönde uygulamanın faydalı olacağı aksi bir uygulamanın faydadan çok zarar getireceği bilinmeli.

15-Aile hekimi başına düşen nüfus sayısının azaltılmasının zaman alacağı aşikarken,bu süreç içerisinde kronik hastalık takibinin her bölgede aynı kriterlerle uygulanamayacaktır. Bu kriterler belirlenirken nüfus sayısının ve performansa tabii sayıların da(gebe izlem, bebek aşı, bebek izlem, çocuk izlem) göz önüne alınarak bir düzenlemenin yapılması.

16-TSM ve sağlıklı hayat merkezlerinin topluma sunulacak sağlık eğitimi, bireyin öz sorumluluğunun geliştirilmesi, toplumun sağlık okuryazarlığının artırılması konusunda dolayısıyla kronik hastalık yönetiminde destekleri aktif olarak işin içinde bulunmaları hastalık takibi açışından önemlidir.

17-Kronik hastalıklar takip programı, performans kriterleri ile eş zamanlı olarak hayata geçirilmesi önemlidir. Programın aşamaları hayata geçtikçe sağlık çalışanlarını koruyucu hukuksal bir bariyer geliştirilmelidir. Onam formu, ret formu, takipten kişinin çıkarılması uygulama için gereklidir.

18 -Kronik hastalıklar takip programı sırasında sağlık sigortası katkı primlerinin artırılması, hastanelere bu hastalıklara yakalanılması durumunda ek katkı payı ödenmesi gibi, yaptırım yöntemleri ile bireylere sorumluluk verilmesi sürdürebilirlik açısından önemlidir.

‘’ İyi kurgulanmış kronik hastalık tarama programı ile aile hekimliğinin geleceğinin, aile hekimliğinin kamuoyundaki algısının yanı sıra, asıl olarak ülkenin sağlık geleceğine maddi ve manevi olarak pozitif etki edeceğini düşünmekteyiz. Bu kurgu yapılırken Sağlık Bakanlığı ve saha çalışanlarının iş birliği içerisinde hareket etmesinin sürecin daha hızlı ilerlemesini sağlayacağına ve etkinliğinin arttırılacağını düşünmekteyiz.’’

**8- EMEKLİLİĞE YANSIMAYAN ÖDEMELER**

**SORUN**: Aile Hekimliği Ödemelerinin, emekliliğe yeteri kadar yansıtılmaması.

Aile hekimliği uygulama yönetmeliğinde: “Aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları’’

MADDE 4 – (1) Aile hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak, Bakanlıkça yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmekle yükümlüdür.

(2) Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp, kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunar.

(3) Aile hekimi, Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde;

c) Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunur veya kişiler ile iletişime geçer,

g) Evde takibi zorunlu olan özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verir,

k) Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapar,

n) Bakanlıkça ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapar. Olarak aile hekimi görev tanımı yapılmıştır.

Tüm görev tanımları yanın da mevzuatla sınırları net belli olmayan diğer görevler de düşünüldüğünde; Daha önceden bölge tabanlı sistem olan sağlık ocağı sistemine benzeyen tüm görevler için bir hekim ve bir aile sağlığı çalışanı bu işlerin üstesinden gelmek için çalışmaktadır. Çalışan personel ve yaptıkları işlerle ilgili kıyaslama yaptığımız da, işte bu değişimin iş yükü ve yıpranmayı da beraberinde getirdiğini göstermiştir.

Bu çerçeve de sağlık çalışanlarına yıpranma payı ile ilgili düzenleme İlgili bakanlıklar tarafından hazırlanarak TBMM ne gönderilmiştir. Aile hekimleri olarak yıpranma payı, fiili hizmet zammı ve hekimlerimizin emeklilik haklarının iyileştirilmesiyle ilgili çalışmaların beklediğimiz düzeyde çıkmaması, geriye yönelik işletilmemesi ve beklentilerimizi karşılamaması bizleri oldukça üzmüştür.

Beklentimiz yasanın çıkması halinde Sayın Cumhurbaşkanımızın da bizzat ifade ettiği gibi fiili hizmet zammı yoluyla bir çalışanın 5 yıllık hizmetine 1 yıllık yıpranma payının geriye yönelikte işletilmesine imkan tanınmasıdır.

**Emekliliğe Yansımayan Ödemeler;**

Aile hekimliği yapan bir hekimden emekli keseneği olarak kesilen ve kendi adına yatırılan miktar maaş derece katsayısına göre yapılmaktadır. Aynı derece katsayıda bulunan TSM, Devlet hastanesi veya Halk Sağlığı Müdürlüğünde bir görev yapan bir hekimden bu emekli keseneğine ek olarak maaşa eklenen sabit dönerden belli bir miktar daha emekli keseneği olarak adına SGK ya yatırılmaktadır.

Aile hekimleri brüt maaşları SGK nın her yıl belirlediği TAVAN ücret miktarı veya daha fazla olduğu halde SGK kesintisi emekli sandığı maaş derece katsayısına göre yapılmaktadır. Aynı durumda özelden geçen aynı ASM de çalışan bir aile hekiminden ise TAVAN ücrete göre kesinti yapılmaktadır.

Aile hekimleri ücretsiz izinli sayıldıklarından derece kademe ilerlemeleri düzenli olarak yapılmasında ve emekli keseneklerinin SGK ya bildirilmesinde aksaklıklar olabilmektedir. Aile hekimliği yaparken ücretsiz izinli sayıldığımızdan emekli ikramiyesi hesabında bu süreler dikkate alınmayabilir.

Geçtiğimiz günler de Hükümet tarafından hekimlerin emekli maaşlarına zam yapılması hakkında bir açıklama kamuoyuna açıklanmıştır. Buna göre emekli olacak bir pratisyen hekim 3100 TL emekli maaşı alacaktır. Geçmiş döneme göre bu güzel bir gelişme olmakla birlikte, ülkemiz şartları düşünüldüğün de emekli bir hekimin hayatını sağlıklı idame ettirmesi için yeterli değildir.

Bununla ilgili olarak, Aile hekimliği kanununda; Bu personelin, ‘’mevcut emekli keseneğine ek olarak bulunduğu maaş derece katsayısında görev yapan personelin almış olduğu sabit döner sermayeden yapılan emekli keseneği kadar prim yatırılır’’ İbaresi olması durumunda, biraz daha hakkaniyetli emekli maaşları alabileceklerdir.

Aile hekimliği kanununda; Bu personelin, görev yaptığı sürece SGK prim kesintileri SSK kurallarına göre, görevden ayrıldığında yeni görev yerindeki kurallarına göre SGK kesintisi yapılır. İfadesi olmalıdır İdare tarafından derece kademe ilerlemelerinin her yıl düzenli olarak yapılmasının sağlanıp aile hekimlerine bildirilmesi ve emekli keseneklerinin SGK bildiriminde aile hekiminin emekli sicil numaralarını da mutlaka bulunması sağlanmalıdır.

Aile hekimliği kanununda; Bu personelin, ‘’sözleşmeli statüde geçen süreleri emekli ikramiyelerinin hesaplanmasında dikkate alınır’’ İbaresi net olarak olmalıdır.

**9-CEZA VE İHTAR PUANLARI / CEZA YÖNETMELİĞİ:**

**SORUN:** Değişen Ceza ve İhtar Puanları Yönetmeliği

16.04.2015 tarihinde görünürde, Yeni Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği yayınlandı. Fakat yayınlanan yönetmelik incelendiğinde, yönetmelikte yapılan değişikliklerin çoğunda cezaların artırıldığı ve cezaların ön planda olduğu görülmektedir. Bu yapılan değişikliklerle birlikte ülkemizdeki aile hekimliği uygulamasında yeni bir safhaya geçildiği görülmektedir. 2005 yılında Düzce ilimizde başlayıp, 2011 yılında tüm ülkede uygulanmaya başlayan aile hekimliği uygulamasının en önemli özelliği aile hekimlerinin bu işi gönül vererek yaptıkları ve bu sayede aile hekimliği uygulamasının Dünya örneklerinden farklı olarak kısa sürede ülkemizde başarıya ulaşmasıydı. Fakat geldiğimiz bu süreçte yayınlanan bu ceza yönetmeliğiyle beraber artık ülkemizdeki aile hekimliği uygulamasının temelinin gönüllük ve özveriye dayalı bir çalışma modelinden, cezalandırmaya ve mobinge dayalı bir çalışma temeline doğru geçiş yapıldığı görülmektedir. Bu yeni cezaya dayalı aile hekimliği uygulaması ülkemizde ki aile hekimliği uygulamasının başarısını ortadan kaldıracak ve aile hekimliğinde geriye doğru kötü gidişi hızlandıracaktır. Ayrıca ceza yönetmeliğinde muallak ifadelerin kullanılması mobing uygulamak isteyen idarecilerin eline bir koz olarak verilmekte ve muallak ifadelere dayanarak, idareciler aile hekimlerine baskı ve mobing uygulamaktadırlar. Bu durumda Anayasa’nın belirlilik ilkesine aykırıdır. Verilecek olan cezaların tam tanımı yapılmalı, cezalar baskı, sindirme ve korkutma amaçlı kullanılması önlenmelidir.

**ÇÖZÜM:**

Ceza ve ihtarlar konusunda Anayasa ve Kanunlara uyularak Anayasanın ölçülülük ve belirlilik ilkesi uygulanmalıdır. Aile Hekimliği Kanununda ceza veya ödül sistemi için bir çerçeve çizilmesi gerekmektedir. Ayrıca ceza yönetmeliğinin idarecilerin elinde baskı, sindirme, korkutma ve mobing aracı olarak kullanılması engellenmelidir. Ceza yönetmeliğindeki muğlak ifadeler çıkartılmalıdır. Aile hekimliği ülkemizde şimdiye kadar elde ettiği başarıları, aile hekimlerinin özverili gönüllü çalışmaları sayesinde ulaşmıştır. Hiçbir alanda ceza yönetmeliğiyle, cezalandırma ile başarıya ulaşılamaz. Ceza yerine ödül sistemi getirilmelidir. Başarı gönüllü ve ödüllü çalışma sistemiyle gelecektir.

Ceza puanları ancak kanunla çerçevesi çizildikten sonra yönetmeliklerle düzenlenebilir. Oysaki 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunda herhangi bir temel çerçeve çizilmeden idareye sözleşme feshine gidebilecek şekilde ceza puanı düzenleme yetkisi verilmesi hukuka aykırıdır.

**9- AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINDA KARŞILAŞILAN DİĞER SORUNLAR**:

**A-ADLİ NÖBET VE DEFİN NÖBETİ, ENTEGRE HASTANE NÖBETİ SORUNU:**

Hem adli nöbetlerin hem de defin nöbetlerinin aile hekimlerinin görevi olduğu konusunda Aile Hekimliği Kanununda bir tanımlama yapılmamıştır. Bu yüzden Aile Hekimliği Kanununda, aile hekimlerinin görev tanımında yer almayan bir konuda aile hekimlerine yönetmelikle görev verilemez. Çünkü yönetmelikler, kanunlara aykırı olamaz. Bu husus Kahramanmaraş’ta açılan dava ile kanıtlanmış üst mahkeme Aile Hekimliği Kanununda ve imzalanan aile hekimliği sözleşmesinde aile hekimlerinin adli ve defin nöbeti tutacaklarına dair bir ibare bulunmadığı için yerel mahkemenin verdiği kararı bozmuştur.

Adli Tabiplik Hizmetleri Adli Tıp Kurumunun görev kapsamı içinde yer almaktadır. Bu yüzden adli tabiplik uzmanlık gerektiren bir alan olup bu hizmetin konusunda uzman adli tabipler tarafından verilmesi gerekmektedir. Defin Ruhsatları vermek ise Umumi Hıfzıssıhha Kanununa göre belediye hekiminin görevidir. Belediye Hekimi yok ise bu görev Hükümet Tabibi olan TSM hekimlerine verilmiştir. Aile hekimlerinin, kanunda tanımlanmış ne adli tabiplik görevi nede belediye hekimliği görevi vardır. Aile Hekimleri sadece aile hekimliği hizmetleri için görevlendirilmiştir.

**B- MEVCUT ASM BİNALARININ DURUMU**

SORUN: ASM’ lerinin bakım ve onarımlarını mülk sahibi olan İl Sağlık Müdürlüklerinin yapmaması ve bu işleri de kiracı olan aile hekimlerine yaptırmak istemeleri

ASM tadilatları her kesimce tükenmez kaynak sanılan cari gider kaleminden karşılanmak üzere aile hekimlerine yükletilmeye çalışılmaktadır. Her ilde kira sözleşmelerine eklenen o ildeki idareciler tarafından eklenen maddeler hukuka uygunluk taşımamakta, aile hekimleri bu sözleşmeleri imzalamak zorunda bırakılmaktadır. Oysa Borçlar Kanununun 258. maddesi gereğince;

"Madde 258 - Mecurun mükellefiyeti ve vergileri mucire aittir. Mecurun alelade kullanılması için muktazi tathir ve ıslah masrafı müstecire ve tamir mucire aittir. Bu hususta mahalli âdete bakılır. "

 “Kiralananın olağan kullanılması için gerekli olan ufak tefek temizlik ve onarım çalışmaları kiracının, büyük onarımlar ise 'kiralayanın yükümlülüğündedir. Bu konuda yöresel gelenek göz önünde tutulur” denmektedir. ASM tadilatları kanun gereğince kiralayanın yükümlülüğündedir. Konu ile ilgili standart oluşturulması için gerekli bilgilendirmelerin il halk sağlığı müdürlüklerine yapılması sorunun çözümü için uygundur. Birçok ASM’ nin çevre düzenlemesi yapılmamıştır. Aile Hekimleri kendi imkânlarıyla yapmaya çalışmaktadır. Halk Sağlığı Müdürlüğü tarafından bahçe, kapı ve yeşillendirme yapılmalı, bakımı ASM’ ce gerçekleştirilmelidir denmektedir. Bazı ASM lerin kalorifer, çatı, kapı gibi Halk Sağlığı Müdürlüğü tarafından yapılması gereken eksiklikleri mevcuttur.

ÇÖZÜM ÖNERİSİ;

Bu eksikliklerin Halk Sağlığı Müdürlüğü tarafından en kısa zamanda giderilmesi gerekmektedir. Kiracı ev sahibi hukukuna göre demirbaşların ev sahibi tarafından sağlanması ve tadilatlarının yapılması gerektiği unutulmamalıdır. Aynı şekilde özürlüler ile ilgili yapılması gereken düzenlemelerinde ev sahibi olan Halk Sağlığı Müdürlükleri tarafından yapılması gerekmektedir.

**C - GEBE TESPİTİ ve İZLEMLER**:

SORUN: Özel hastane, Kamu Hastanesi ve Üniversite Hastanelerinde tespitleri ve takipleri yapılan Gebelerin ve Anne adaylarının Aile Hekimliği Birimlerine bildiriminin yapılmaması, kişiye bilgi verilmemesi sorunu. Uygulama çerçevesinde şu ana kadar gördük ki; Ülkemizin coğrafik koşulları, Mobil nüfusun fazla olması ve halkımızın sosyokültürel bir takım özellikleri gereğince gebe tespitinde zaman zaman sıkıntılar ve eksiklikler yaşanmaktadır. Özellikle büyük şehirlerde ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin zor olduğu yerlerde kişiler gebeliklerini Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı Elemanları ile paylaşmayı önemsememektedir ve genellikle özel sağlık kuruluşları ve 2.ve 3. basamak sağlık kuruluşlarını tercih etmektedirler. Buda mevzuat çerçevesinde belirlenen periyotlarda gebe tespitini zorlaştırmakta ve performans kesintilerine yol açmaktadır.

Devlet hastanelerinde ya da diğer özel sağlık kuruluşlarında tespit edilen gebeler, yeni doğanlar, ya da aşısı yapılan bebeklerin aile hekimlerine bildirilmemesi aile hekimleri koruyucu hizmetlerinde aksamaya yol açmaktadır. Aile Hekimlerine bildirilmeyen gebelikler hakkında, aile hekimlerinden bu gebeler bulmaları istenmekte ve 12 haftanın üstünde yapılan gebe tespitlerinde cezai işlem uygulanmaktadır. Hastanelerin veya kişinin kendisinin bildirmediği gebeliği aile hekimi nasıl tespit edebilir ki ? Bu tespiti yapamadığı diye aile hekimlerine hem ceza puanı hem de performans kesintisiyle ücret kesintisi yapılarak, aile hekimlerinin inisiyatifinde olmayan bir konu hakkında çifte ceza kesilmektedir.

ÇÖZÜM ÖNERİSİ:

Aile hekimliğinin evrensel özellikleri kişiye hizmetin bireysel, bütüncül, sürekli ve kolay ulaşılabilir olmasıdır. Yine evrensel aile hekimliğinin en önemli saç ayaklarından birisi ‘’kişiye kendi sağlık sorumluluğunu vererek’’, kendisi hakkındaki alınacak sağlıkla ilgili kararlara ve sürece ortak olmasıdır. Bunun sağlanması için kişilere de aile hekimlerinin gebe tespitinde karşılaştığı durum gibi bildirim zorunluluğu getirilmelidir. Gerekli süreler içinde bildirimde bulunmayan bireylerin direk olarak 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarına başvuruları halinde katkı payı ödemeleri sağlanarak aile hekimine yönlendirilmesi sağlanmalıdır. Zamanında gebeliğini aile hekimine bildirenlerden hastanelerden katkı payı alınmamalıdır. Polikliniklerde öncelik tanınarak özendirilmeleri sağlanmalıdır.

Aynı şekilde özel hastaneler, özel muayeneler ve diğer hastanelere gebe başvurularında ve tespitlerinde gebeler ortak bir veri sistemine aktarılarak aile hekimlerine bildirimde bulunulmalıdır.

Dünya da kabul gören gelişmişlik düzeyi ölçütlerinin en önemlilerden olan ‘’Anne Ölümlerinin’’ önlenmesi ve hedeflenen gelişmiş ülkeler ölçütlerine ulaşması için gebe tespitinin sadece aile hekimlerinin çalışmasına bırakılması, kişilere ve diğer kurum ve kuruluşlara herhangi bir sorumluluk verilmemesi son derece önemli bir madde olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durum yasal mevzuat düzenlenmesiyle giderilmeli hem kişilere hem de hastanelere sorumluluk verilmelidir.

Hastanelerin veya kişinin gebeliğini aile hekimlerine bildirmediği durumlarda 12 haftanın altında gebe tespit edilmediği diye cezai işlem uygulanmasından vazgeçilmeli, aile hekimleri haksız yere cezalandırılmamalıdır.

**D - EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ**

SORUN: Evde Sağlık Hizmetleri’ nin ve palyatif Bakım Hizmetlerinin mobil evde sağlık hizmetleri birimleri tarafından değil de, aile hekimleri tarafından verilmesinin istenmesi,

 Evde sağlık hizmetlerinde Aile Hekiminin rolü kesin sınırlarla belirlendiği halde illerde aile hekimlerine yaptırılmak istenen farklı uygulamalar sunulan sağlık hizmetlerinde aksamalara yol açmaktadır. Birçok devlet hastanesinin ve Toplum Sağlığı Merkezinde evde sağlık hizmeti birimi bulunmamaktadır. Evde Sağlık Hizmetleri, 112’ler gibi özel birim olan evde sağlık hizmetleri birimleri tarafından verilmelidir. Aile Hekimleri sadece koordinasyondan sorumlu olmalıdır. Aile Hekimlerine bu görevin verilmek istenmesi aile hekimlerinin günlük çalışma programının aksamasına ve poliklinik hizmeti almak isteyen hastaların mağdur olmasına neden olabilir. Bu yüzden aile hekimleri sadece haftada 4 saat ev ziyareti saatlerinde, hastalarının evde sağlık hizmetlerinde koordinasyonu sağlamalıdır. Aile Hekimleri evde sağlık hizmetleri konusundan hastanın yerine evde sağlık hizmeti birimlerinden bu hizmeti talep eden konumda olmalıdır.

ÇÖZÜM ÖNERİSİ;

Hastanelere bağlı evde sağlık hizmetleri birimlerinin yanında, atıl durumda olan TSM’ leri aktif hala getirebilmek için, TSM’ lere bağlı evde sağlık hizmet birimi sayıları artırılmalıdır. Bu şekilde hizmetteki açık kapatılmış olur. Ve aile hekimlerine ekstra bir başka iş yükü yüklenmemiş olur. Hastaneler evde sağlık hizmetleri görevini yeterince yapmamaktadırlar oysaki bu hastaların çoğu hastanelerin taburcu ettiği kendi hastalarıdır. Bu sebepler hastanelerin müdahale ettiği, hastane enfeksiyonları v.b nedenlerle 4 günden fazla yatış yapamadığı hastaları, hastaneler taburcu ederken, kendisine bağlı evde sağlık hizmetleri birimleri bu hastalara evinde evde sağlık hizmeti vermeleri gerekmekte ve aile hekimlerini de bilgilendirmelidirler. Hastanelerin baktığı hastalar dışında kronik evde sağlık hizmet hastalarına veya köy, belde gibi yerlerdeki evde sağlık hizmeti alması gereken hastalara TSM bağlı evde sağlık hizmetleri birimleri hizmet vermelidir. Verilen hizmetleri ile ilgili olarak aile hekimi bilgilendirilerek, aile hekiminin de evde sağlık hizmeti verilen hastaları takibi sağlanmalıdır. Bunun için de TSM bağlı evde sağlık hizmeti birim sayısı artırılmalıdır.

**E - SIFIR (YENİ) POZİSYON AÇILMASI**

SORUN: Uygunsuz Sıfır Pozisyon Açılması

Sıfır pozisyon açma kriterleri objektif olarak belirlenmelidir. .Birçok ilde mahalle muhtarlarının baskısı ile aile hekimleri pozisyonlara bölünmekte, uygun olmayan, ulaşılabilirliğin mümkün olmadığı yerlere yeni pozisyonlar açılmaktadır. Ya da mevcut bir ASM ‘nin bulunduğu bölgeye ihtiyaç fazlası yeni birimler açılmaktadır. Böylesi bir durumda kayıtlı nufüs sayısı düştüğü için Aile hekimleri gelir kaybına uğramakta bu durum hem iç barışı hem de çalışma barışını tehdit etmektedir. Ve bu durum aynı zamanda Aile Hekimlerine baskı yapmak maksadıyla kullanılmaktadır. Bu uygulamada farklılıklara ve sorunlara neden olmaktadır. Yerelde bazı muhtarlar ASM leri kendi mahallerinde yanı başlarında istemekte ve aile hekimlerini yer değişikliğine zorlamaktadır, yer değişikliğini kabul etmeyen Aile hekimlerinin hizmet sundukları nüfusa yönelik yeni sıfır pozisyon açılması yasal olarak mümkün olmamalıdır.

ÇÖZÜM ÖNERİSİ:

Kriterler net şekilde belirlenmeli aile hekimlerine baskı yapılacak açıklar giderilmelidir. Bu tip yeni birim açma durumunda siyasi baskılar gözetilmemeli, objektif kriterler sağlanmalıdır. Hasta sayıları 4000 in üzerine çıkılan mahalle ve bölgelerde iyi bir planlama ile hem mevcut aile hekimlerini hem de yeni açılacak birimleri mağdur etmeyecek şekilde, istişare ile yeni Aile Hekimliği Birimleri ( AHB ) açılması düşünülmelidir. Nasıl siyasi çıkarlar için uygunsuz yerlerde hastaneler açılmış ve bu hastaneler atıl durumda kalmış ise aynı şekilde siyasi amaçlar için sıfır pozisyon AHB açılmamalıdır. Bilimsel verilere dayanarak yeni aile hekimliği birimleri açılabilir.

**F -AİLE SAĞLIĞI ÇALIŞANI İHTİYACI:**

SORUN: Aile Hekimliği Birimlerinde aile sağlığı çalışanı eksiklikleri tamamlanmamış, her 3 aile hekimine görevlendirilmesi gereken yardımcı sağlık personeli verilmemiştir. Aile Sağlığı çalışanı sayısı her aile hekimine 2 aile sağlığı çalışanı olacak şekilde artırılmamıştır.

 Aile hekimliği uygulama yönetmeliğinde “Aile sağlığı çalışanı: Aile hekimi ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli olarak çalıştırılan veya Bakanlıkça görevlendirilen hemşire, ebe, sağlık memuru (toplum sağlığı) ve acil tıp teknisyenini, “ olarak tanımlanan aile sağlığı elemanının yönetmelikte görev yetki ve sorumlulukları şu şekilde sıralanmıştır:

“Aile sağlığı çalışanının görev, yetki ve sorumlulukları

MADDE 5

(1) Aile sağlığı çalışanı, aile hekimi ile birlikte ekip anlayışı içinde kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmak ve görevinin gerektirdiği hizmetler ile ilgili sağlık kayıt ve istatistiklerini tutmakla yükümlüdür. 4 üncü maddede sayılan görevlerin yerine getirilmesinde aile hekimi ile birlikte çalışır.

(2) Aile sağlığı çalışanı Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde;

a) Kişilerin yaşamsal bulgularını ölçer ve kaydeder,

b) Aile hekiminin gözetiminde, talimatı verilen ilaçları uygular,

c) Yara bakım hizmetlerini yürütür,

ç) Tıbbi alet, malzeme ve cihazların hizmete hazır bulundurulmasını sağlar,

d) Poliklinik hizmetlerine yardımcı olur, tıbbi sekreter bulunmadığı hallerde sevk edilen hastaların sevk edildiği kurumla koordinasyonunu sağlar,

e) Gereken tetkikler için numune alır, eğitimini aldığı basit laboratuvar tetkiklerini yapar veya aldığı numunelerin ilgili laboratuvar tarafından teslim alınmasını sağlar,

f) Gezici ve yerinde sağlık hizmetleri, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini verir, evde bakım hizmetlerinin verilmesinde aile hekimine yardımcı olur,

g) Bakanlıkça belirlenen hizmet içi eğitimlere katılır,

ğ) Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili olarak görev, yetki ve sorumlulukları kapsamında aile hekiminin verdiği diğer görevleri yerine getirir,

h) Bakanlıkça ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapar.”

Önceki dönemde bir sağlık ocağının yaptığı tüm işleri neredeyse şimdi bir AH ve ASÇ yapmaktadır. Pansuman, enjeksiyon ve diğer ilaç uygulamaların yanında Aile Sağlığı Çalışanı için en önemli iş tanımı ülkemizde birinci basamak verilerini Avrupa ülkelerinin üzerine çıkaran izlemler ve aşılar olmaktadır. Sahada 50-60 gebe 100-150 bebek gibi çok yüksek sayıda izlem ve aşı yapılması gereken popülasyona sahip birimler olup bu izlemleri aile sağlığı çalışanının tüm gününü almakta ve yapılan izlemlerin niteliğinde ve kalitesinde azalmaya neden olmaktadır. Âmâ asıl bakmamız gereken rakam hemen hemen tüm birimlerde ortalama sayısı 1000 civarı olan, olabilecek gebeliklerde ve sonrasında gelişebilecek doğumsal problemlerde en önemli koruma yapabileceğimiz 15-49 yaş kadın izlemleri bulunmaktadır. Bu izlemler doğum öncesi bakım sağlıklı gebeliklerin saptanması ve devamlılığının sağlanması, normal dışı durumların belirlenmesi açısından önem taşımakla birlikte anne ve bebek sağlığı açısından olumsuz olabilecek faktörlerin saptanması ve giderilmesi aslında gebelik öncesi danışmanlıkta çok önemli bir yer tutmaktadır. Yılda 2 defa yapılması zorunlu izlemler sayısal olarak 2000 izlem yapmakta ve 200 işgününde günlük 10 tane 15-49 izleminin yapılmasını zorunlu kılmaktadır. Bakanlığın hazırladığı 15-49 kadın izlem protokolüne göre her izlemde yapılması gereken Tansiyon, kan, idrar, EKG gibi ölçümlerin yanında diğer eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin tamamı düşünüldüğünde 15-49 yaş arası kadın izlemi yapılırken kişiye ayrılması gereken zamanın en az 30 dk. olduğu görülmektedir. Günlük 8 saat çalışan bir aile sağlığı çalışanı başka hiçbir iş yapmasa bile maksimum 16 kişiye 15-49 yaş kadın izlem hizmeti verebilir. Gebe izlem, bebek izlem, obezite izlem, aşılar, normal hastaya yapılan tansiyon, pansuman, enjeksiyon işlemleri, saha ziyaretleri düşünüldüğünde bir aile hekimi biriminin kaliteli ve nitelikli hizmet verebilmesi için tek bir aile sağlığı çalışanı kesinlikle yeterli olmamaktadır. Şu an mevcut uygulamada yukarda saydığımız yoğun iş yükü altında aile sağlığı elemanları performans kesintisine tabii izlemleri tam yaptıktan sonra vakit yettiğince diğer izlem ve işleri yapabilmektedir ve maalesef izlemler yapılması gereken sayılara ve niteliğe ulaşamamaktadır. Bu sebeplerle Aile Sağlığı Birimlerine ikinci aile sağlığı çalışanı gerekliliği aşikârdır.

Eski bölge tabanlı sisteme göre Aile Hekimliğinde çok ciddi kalifiye Yardımcı Sağlık Personeli kaybı mevcuttur. İş yükünün çok olması ve ücretlerde fark kalmaması sebebiyle özellikle perifer ASM’ lerde Aile Sağlığı Çalışanı bulunamamakta ve geçici görevle görevlendirilen personelden verim alınamamaktadır. Özellikle perifer de çalışan veya görevlendirilen Aile Sağlığı Çalışanlarının ücreti iyileştirilmelidir. Sınıflandırma için istenen ikinci bir ASE bulunması ise çok daha zor bir durumdur. ASM’ lerdeki Aile Sağlığı Çalışanı sayısı artırılmalı, hedef bir Aile Hekimine iki Aile Sağlığı Çalışanı düşecek şekilde planlanmalıdır. Bazı illerde özelden ASE alımı, il merkezinde ihtiyaç olduğu halde yapılmamaktadır. Dış pozisyondan yapılacak alımlara izin verilmemektedir. Daha önce Ankara Aile Hekimliğinin düzenlediği çalıştayında belirtilen 2- 3 Aile Hekimine bir ASÇ görevlendirmesi ivedilikle tüm ülkede yapılmalıdır.

ÇÖZÜM:

Aile Hekimliği birimlerinde eksik olan aile sağlığı çalışanı sayısı maliye bakanlığından onaylı dış alımlar yapılarak doldurulmalıdır. Birçok ilde aile hekimleri tek başına çalışmak zorunda kalmaktadır. Bu aile hekimliği uygulaması bir ekip işi ise bu durum önlenmelidir.

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde yer alan her 3 aile hekimine bir yardımcı sağlık personeli görevlendirmesi acilen gerçekleştirilmelidir. TSM bünyesinde atıl vaziyette oturan, bir iş üretmeyen yardımcı sağlık personelinin aile hekimliği sisteminde entegrasyonu bu şekilde sağlanmalıdır.

Uzun vadede aile hekimleri birimlerinin bir aile hekimi ve 2 aile sağlığı çalışanı olarak planlaması yapılmalıdır.

**G –GEZİCİ ( MOBİL) SAĞLIK HİZMETLERİ**

SORUN; Yeni çıkartılan gezici sağlık hizmetleri yönergesiyle Aile Hekimliği Kanun ve Yönetmeliklerine aykırı olarak, gezici sağlık hizmetleri ödenekleri azaltılmış, mobil hizmet masrafları karşılanamaz hale gelmiştir. Bu sebeple halk sağlığı müdürlüklerinden araç temini istenmesine rağmen, müdürlükler aile hekimlerine araç temin etmemektedirler.

İlgili mevzuat da; Coğrafi durum, iklim ve ulaşım şartları ile kendisine bağlı yerleşim birimlerinin sayısı dikkate alınarak ve her 100 kişi için ayda iki saatten az olmamak üzere aile hekimi tarafından yapılır. 750 kayıtlı kişiye kadar haftada en az bir kez, 750 ve üzeri kayıtlı kişiye ise haftada en az iki kez gezici sağlık hizmeti verilir. Gezici sağlık hizmeti bölgesinde Bakanlığa ait sağlık tesisi var ise bu tesisler hizmet için kullanılabilir. Aile hekimi gezici ve/veya yerinde sağlık hizmeti planını sözleşme döneminin ilk ayında aylık olarak yapar, toplum sağlığı merkezine bildirir ve bunu sözleşme döneminin sonuna kadar uygular.

Aile hekimleri bu konuda hem mağdurdur;

1 -Mobil hizmetin ücretlendirmesinin yapılan hizmete göre çok azdır.

Mobil hizmette aile hekiminin kendi aracıyla birden çok yere gitmesi isteniyor bu yerler arazi şartlarıyla 10 km. ile 70 kilometre arasında olabiliyor ve o köyden başka köye evden eve gidiyorum derken, bir aile hekimi ortalama bir mobil gezisinde 100 km den fazla yol kat ediyor.

Basit bir hesap yaparsak; bir aile hekimi ortalama 100 kilometre yol yapsa, ortalama 500 mobil nüfusu olan bir yerde çalışsa, 100 km’de 9-10 litre benzin yakar. Benzin yaklaşık 7,5 lira ve aile hekimi mobil hizmete her hafta gitmek zorunda, yani ayda bir aile hekimi ortalama 600 lira yakıt yakmak zorunda kalıyor. Aile hekimin nüfusu 500 ise aile hekimi verdiği mobil hizmetin karşılığını alamamış oluyor. Buna arabanın yıpranma payı şoförlük hizmeti ve verilen emeği kattığınızda durum daha da içler acısı bir hal alıyor. Aile hekimleri bu durumdan memnun değil ciddi oranda motivasyon kayıpları vardır

 Aile hekiminin aynı gün içinde birden çok köye gitmesi isteniyor ve köylerde geçirmesi gereken süreler belli. Fakat bu köyler arasındaki mesafelerin ne kadar sürdüğü belirlenmemiş. Mobil hizmete giden aile hekimlerinin mesaisi akşam 7-8 lere kadar sürebiliyor. Mesai saatine uyduğu zamanda ilgili köy de yeterli zaman geçiremiyor. Mobil hizmet verdiği köy sayısı 2—3 olsa belki tek sorun sadece aile hekiminin harcadığı yakıt olabilirdi fakat 10 köyü olan birçok aile hekimi var. Bir aile hekiminin bir günde bütün bu köyleri gezmesinin istenmesi çok yanlış bir uygulamadır kaldı ki haritada bir birine yakın görünen köyler aslında yol olarak bir birine yakın olmayabiliyor.

2- Mobil hizmette yapılan planlama yönetmeliğe aykırı olarak aile hekimine yaptırılmamaktadır.

3-Yerel idareler tarafından mobile giden hekimin yerine diğer doktor arkadaş bakmaya zorlanmaktadır. Yerel idareciler Aile Hekimliği’ne ve yönetmeliklere çok hakim değiller. Bir aile hekimi mobile gittiği zaman onun görev yeri gittiği köydür, bunu ona bağlı herkes bilmelidir, kendini ona göre planlamalıdır. Aile hekimi mobile gittiği zaman yerine diğer aile hekimleri bakmamalı ve bakmaya zorlanmamalıdır

Bu şekilde uygulandığı zaman aile hekimliği sistemi eski düzen sağlık ocağına dönecektir daha yeni kurmakta olduğumuz yepyeni bir sistemi kendi uygulamalarımızla yıkıyoruz. Zaten bu uygulama aile hekimi yönetmeliklerinde de böyle yazılmakta fakat yerel idareler aile hekimlerine vatandaş mağdur edilmeyecek adı altında çok ciddi baskılar yapmaktadırlar

 4-Mobil hizmette güvenlik sorunu oldukça fazladır. Özellikle bayan hekimler ve ase.ler için daha fazla risk oluşturmaktadır. Eve giden bir aile hekimi veya ase ne ile karşılaşacağını bilememektedir. Saldırı örnekleri de mevcuttur.

 5-Mobil hizmetin verileceği mekan konusunda sıkıntılar yaşanmaktadır. Yer temin etmek istemeyen köyler, temin edilen yeri beğenmeyen hastalar yada sağlık hizmeti vermeye uygunsuz mekanlar sıkça karşılaşılan bir sorundur.

 6-Hava ve yol şartları elverişsiz olsa bile müsamaha gösterilmeyebiliyor. Her şartta hizmet vermeye çalışılması da yine güvenlik sorunlarını beraberinde getirmektedir. Kış şartlarında dağ başında kalan, telefonu çekmediği için mağdur olan aile hekimleri olmuştur.

 7-Mobil hizmette öncelik koruyucu hizmet sunumudur. Ama ne yazık ki bu hem halkımız hem de idareciler tarafından tam anlaşılamamıştır.

ÇÖZÜM ÖNERİLERİ:

Yeni çıkartılan gezici hizmet yönergesi, mobil hizmet ödeneğinin azaltılması sonucunu doğurmuştur. Bakılan kişi sayısı ve kat edilen km göre ödeme yapılması gezici sağlık hizmetlerinin sunulamayacak hale getirecektir. Bu yüzden gezici sağlık hizmetleri yönergesi tekrar düzenlenmelidir. Mobil hizmet ödeneğini azaltacak bir uygulama değil mobil hizmet ödeneğini artıracak düzenlemeler yapılmalıdır. Sağlık Bakanlığı çıkartmış olduğu gezici sağlık hizmetleri yönergesiyle gezici sağlık hizmetleri masraflarını karşılanamayacak hale getirmiştir. Bu nedenle Mobil Hizmet uygulamasından vaz geçilmelidir.

**H - LABORATUVAR HİZMETLERİ**

Birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimliği uygulamasında laboratuvar hizmetlerinin etkili kullanılması ile daha etkin ve kaliteli hale gelecektir. Aile hekimliğinde uygulamaya geçilen illerde tespit edilen zorlukların sistemli bir biçimde gözlenmesi ve çözüm geliştirilmesi gerekmektedir. Laboratuvar istemleri gündem de olan risk taramaları ve kronik hastalık taramaları ile birlikte daha da önem kazanmıştır. Akılcı lab. Kullanımı ile bazı noktalarda maliyet etkinliği sağlanırken tarama programları ile Aile Hekimlerine ödenen lab. Ödenek miktarları çoğu zaman aşılmaktadır. Bu tavan miktarı aşan bazı meslektaşlarımızdan savunma istenmektedir. Bunun önüne geçilmesi klinik kalite ve hekimin mesleğini serbest şekilde icra etmesi açısından önemlidir. Ayrıca lab. İhalelerini alan firmaların kimi zaman aksamaya yol açtıkları bilinmektedir. Bu nedenle ihale şartları tüm ülkede aynı şekilde ve aynı kriter ve teknik şartnameler ile yapılmalıdır.

Laboratuvar hizmetlerine ilişkin merkezi bir uygulamanın geliştirilerek 81 ilde yapılan tüm tetkik ve görüntüleme hizmetlerinin merkezden ve AHBS den görülebilmesi için düzenleme yapılması sık ve tekrarlayan tetkiklerin önüne geçilmesi gerekmektedir.

**I –KOORDİNASYON VE EŞGÜDÜM KOMİSYONU OLUŞTURULMASI**

Sağlık Bakanlığının, Halk Sağlığı Başkanlığının, İlçe Sağlık Müdürlükleri, Toplum Sağlığı Merkezinin ilgili birim yöneticilerinin ve Dernek yöneticilerinin oluşturduğu ve sorunların tartışıldığı, çözüm önerilerinin masaya yatırıldığı, ortak sorunlara ortak çözümler üretecek bir komisyon şu ana kadar oluşturulamadı. Bu komisyonların düzenli olarak toplanması ve Aile hekimleri ile halk sağlığı başkanlığı ve İlçe Sağlık Müdürlerinin problemlerinin paylaşılıp çözüm önerilerinin arandığı bir platform sağlanması.

**İ - SAHU VE AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK SORUNU:**

Sağlık Bakanlığının öncülüğünde (SHGM) TUK, YÖK, AHEF, Halk Sağlığı ve Sağlık Bilimleri Akademisyenleri, Birinci Basamak Hizmet Sunucuları ve Yöneticileri vb. paydaşların dâhil olduğu bir çalışma ile ilgili tüm fakültelerin eğitim müfredatına birinci basamak sağlık hizmeti sunumu ve uygulamaları ile aile hekimliği yaklaşımının dâhil edilmesi birinci basamak sağlık hizmetlerinin geleceği açısından gereklidir.

Aile hekimliği Tıp Disiplini bir uzmanlık dalı ve konunun uzmanları tarafından verilmesi gerekli bir branş olduğundan Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi için eğitim ve asistan kadrolarının artırılması ve özendirilmesi bunun yanında SAHU imkanının genişletilmesi, SAHU eğitimine giden meslektaşlarımızın sorunlarının ivedilikle çözülmesi beklentimizdir.

Aile hekimliği uygulamasında 2023 yılından itibaren yalnızca uzmanların uygulamaya dâhil edileceğinin deklare edilmesi ve mevcutta sözleşmeli aile hekimleri ile yerleştiği halde muvafakat ile uygulamaya dâhil edilmeyen özel durumdaki bazı personelin yönetici vb. durumunun korunması sağlanacak denilmesine rağmen bu konuda ciddi endişeler yaşanmaktadır.

Aile hekimliği uzmanlarının entegre hastaneler dışında diğer hastanelere atamasının yapılmaması saha da klinik kaliteyi artıracaktır.

Mevcut hekimlerin bilgi birikim, vizyon ve kapasitesinin geliştirmesi için 2023 yılına kadar SAHU eğitimine devam edilmesi, SAHU’ya dahil olmayan aile hekimlerinin hizmet içi eğitimler ile desteklenmesi, Yıllardır sadece birinci basamakta çalışan hekimlerin bu konuda oldukça deneyimi ve bilgi birikimi olan hekimlerinde bu bilgi birikiminin ve deneyiminin uzmanlık sürelerinden düşülerek değerlendirilmesi en büyük beklentilerimizdendir. 20 yıl ve üzerinde birinci basamakta çalışan meslektaşlarımız yeterlilik sınavları ile, 10-20 yıl arası çalışanlar yeterlilik sınavı yanında 1 yıl rotasyonlarla 5-10 yıl arası çalışanlar yeterlilik sınavı yanında 2-3 yıl rotasyonlarla uzmanlık eğitimlerini tamamlayabilmelidirler.

Yardımcı sağlık personelinin birinci basamak kapsamında uzmanlık veya sertifikalandırılması için çalışmalar yapılması, belli alanlarda eğitimlerle o alan için yetiştirilmesi kronik hastalıkların taramasında ama asıl önemlisi hasta takibi ve eğitiminde çok önemlidir.

Yeni mezun olan tüm hekimlere birinci basamak yaklaşımının kazandırılması amacıyla, mezuniyet sonrası 1 yıl süre ile aile hekimliği uygulamalarında zorunlu olarak çalışmadan TUS’a başvurunun / kazansa dahi gitmesinin engellenmesi, düşünülmelidir. Avukatlar gibi mezuniyet sonrası mesleğe başlamadan önce bir aile hekiminin yanında çalıştırılması şeklinde düzenleme yapılması sağlanabilir. Bu sürenin de aile hekimliği veya halk sağlığı uzmanlığını kazanması durumunda eğitim süresinden sayılması özendiriliciği artıracaktır.

 Aşağıda konu başlıklarını paylaştığımız sorunlar konusunda Ankara Aile Hekimliği Derneği olarak bir çalıştay planlayarak, sorunu, sorunun nedenlerini ve çözüm önerilerimizi sunacağız. Saha da özenle ve dikkatli bir şekilde disiplinimizin kuralları çerçevesinde çalışan meslektaşlarımızın sorun olarak belirttiği diğer konu başlıkları şunlardır;

J – ELEKTRONİK BİLGİ SİSTEMLERİNE RAĞMEN AYLIK ÇALIŞMA FORMLARININ YAZILI OLARAK İSTENMESİ

 K -ENTEGRE SAĞLIK HİZMETİ SUNULAN MERKEZLER

L – İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜKLERİ, TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZLERİ İLE AHB ARASI KOORDİNASYON SORUNU VE PERSONEL EKSİKLİĞİ KAYNAKLI İŞLEYİŞLERİNİN OLMAMASI

M - SGK UYGULAMALARI (SUT) İLE BÜTÜNCÜL YAKLAŞIMININ ENGELLENMESİ

N- AİLE HEKİMLİĞİNİN VE AİLE HEKİMKLİĞİ UYGULAMASININ TÜM KESİMLERCE HALEN YETERİNCE ANLAŞILAMAMASI, TANITILMAMASI.

O –SINIFLANDIRMA (GRUPLANDIRMA) KRİTERLERİ VE SINIFLANDIRMADAKİ ADALETSİZLİKLER

Ö – İZLEME DEĞERLENİDİRME VE DENETİMLERDE YAŞANAN SORUNLAR VE MOBİNG

P - AİLE HEKİMLERİNİN ATANMA, BİRİM DEĞİŞİKLİĞİ, ASKERLİK VE GEBELİK İZNİ DÖNÜŞLERİ İLE ALAKALI SORUNLAR

R – UYGULANMAYAN VEYA EKSİK KANUN, MEVZUAT VE YÖNETMELİKLER:

S – YETERSİZ TEKNİK ALT YAPI (BİLİŞİM) DESTEĞİ KARMAŞIK PROGRAMLAR, FARKLI ALANLARA GİRİLMEK ZORUNDA KALINAN VERİLER.

T – YÜKSEK KİRA BEDELLERİ:

U - MİSAFİR HASTA SORUNU;

Ü - YETKİ SORUNU (Aile hekimleri ile yerel mülki idareciler arasındaki yetki sorunu netliğe kavuşturulmalıdır.)

V - ÜLKE ÇAPINDA İLLER ARASINDA HATTA İLDE İLÇELER ARASINDA FARKLI UYGULAMALAR, UYGULAMA BİRLİKTELİĞİNİN SAĞLANAMAMASI

Y - SÜREKLİ MESLEKİ GELİŞİM EĞİTİMLERİNDE YAŞANAN SORUNLAR, SERTİFİKASYONUN SAĞLANAMASI, KLİNİK KALİTENİN YAKALANAMAMASI

Z- HASTA KAYITLARI VE HASTA KAYIT SİLİNMESİ, KİŞİ ATAMALARI

**SONSÖZ**

Yapılan reformlar ve revizyonlar birinci basamak ve koruyucu hekimlik odaklı değil, daha çok tedavi edici hastane sistemi odaklı, uzmanlaşma ve teknolojiyi destekler görünmektedir. Bu durum birinci basamağın sağlık sistemi içerisinde işlevsizleştirilmesi, değersizleştirilmesi yanında, sağlık sistemimizin maliyetlerinin çok daha fazla artması riskini içinde taşımaktadır.

Türkiye’de gerçekleştirilen toplam sağlık yatırımlarını göz önüne aldığımız da son on yılda yapılan yatırımların çok büyük oranının ikinci basamak sağlık kuruluşlarına olduğunu görüyoruz. Koruyucu sağlık hizmetleri ise toplam sağlık harcamalarının çok az bir kısmı aktarılmıştır. İşte tüm bunlar göz önüne alındığın da birinci basamak sağlık hizmet sunumunda elde edilen bazı olumlu veriler dışında şu an için toplam bir kaliteden bahsetmek mümkün görülmemektedir.

Şimdiler de ise Aile Hekimleri bu mevcut görüntü ve gidişat karşında daha karamsar, daha endişeli ve geleceği adına daha da korkulu bir bekleyiş içindeler.

Belirtiğimiz tüm bu durumların yanında yıllar içinde hem özlük hakları noktasın da hem de mali konular da kayıplarımız oldu. Görünen o ki ileriye yönelik sağlık otoritelerince yapılması planlanan işlemler de bu kayıpların daha da olabileceğinin duyumu, zaten yok olan moral ve isteklendirmeyi iyice düşürecektir. Eğer bu anlamda sağlık sisteminin doğru olmayan planlamalarının yarattığı iş yükü ve sağlık maliyetlerinde ciddi artışlar, aile hekimleri ve aile hekimliği uygulaması üzerinden giderilmeye çalışılacaksa, bunu kabul etmek ve samimi bulmak mümkün değildir.

Böyle bir olası durum, önümüzdeki dönemde vatandaşın tamamının dokunabilme özelliği nedeniyle vatandaş memnuniyetine olumsuz anlamda direk etki edecek bir unsurdur. Bu neticenin de siyasi otoriteler ve sağlık planlayıcıları tarafından iyi görülmesi elzemdir.

Eğer maliyet etkin ve kaliteli bir birinci basamak sağlık hizmet sunumu isteniyorsa, bunun yolu birinci basamak çalışanlarının haklarının ve çalışma koşullarının görmezden gelinmesi değil, bilakis maddi ve manevi anlamda özlük haklarının geliştirilerek desteklenmesidir.

On yılda kaybedilen reel bazda %12 ‘e yaklaşan kayıpların bir an önce karşılanması, üzerine kaliteyi artırabilecekleri tedbirlerin alınması ve vatandaşlarımıza hak ettikleri fiziki imkânlar da hizmet vermek için yeni ASM binalarının devlet eliyle açılması, donanımın sağlanmasının zamanı gelmiş de geçmektedir. Haklarımız, görevlerimizi yerine getirdikçe artar. Biz görevlerimizi yerine getirdik. Şimdi sıra haklarımızın artırılmasın da.

**‘’SORUN SADECE BİZİM OLMADIĞI GİBİ BAŞARI DA SADECE BİZE AİT DEĞİLDİR. EĞER BU BİR EKİP ÇALIŞMASI SONUCU ULAŞILABİLECEK BİR HEDEFSE EKİP ÇALIŞMASININ GEREKLERİ TAM VE EKSİKSİZ OLARAK YERİNE GETİRİLMELİDİR.’’**

**Saygılarımızla.**

**Ankahed Yönetim Kurulu Adına**

**Başkan Dr. Oğuz ÇELİK**

**Başkan Yardımcısı Dr. Mine Gürçiner İREZ**

**Yönetim Kurulu Üyesi Dr. Akif Emre EKER**