

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE ve SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**ÜLKEMİZDE ve DÜNYA'DA AİLE HEKİMLİĞİ
SİSTEMİNİN İŞLEYİŞİ**
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:

Rufen ORAL

İstanbul, 2015

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE ve SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**ÜLKEMİZDE ve DÜNYA'DA AİLE HEKİMLİĞİ
SİSTEMİNİN İŞLEYİŞİ**
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan
Rufen ORAL

Öğrenci No:
1207460075

Danışman:
Prof. Dr. Mehmet Fikret GEZGİN

İstanbul, 2015

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Ülkemizde ve Dünya’da Aile Hekimliği Sisteminin İşleyişi” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 07.03.2015

Rufen ORAL



T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

07.10.2015

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Programı yüksek lisans öğrencilerinden **1207460075** numaralı **Rufen ORAL**'ın "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Ülkemizde ve Dünya'da Aile Hekimliği Sisteminin İşleyişi*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 03.03.2015 tarih ve 2015/09 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (S.) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile **Kabul/Red-veya-Düzeltilme** kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.


DANIŞMAN

PROF. DR. MEHMET FİKRET GEZGİN


ÜYE
DOÇ.DR.KAMİL ÜSLU


ÜYE

YRD. DOÇ. DR. VEDAT ZEKİ YENEN

Adı Soyadı : Rufen ORAL
Danışman Adı : Prof. Dr. Mehmet Fikret GEZGİN
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans, 2015
Alanı : Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi
Anahtar Kelimeler : Aile Hekimliği, Sağlık Hizmeti, Aile Hekimliğinde Sağlık Hizmeti

ÖZ

ÜLKEMİZDE ve DÜNYA'DA AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİNİN İŞLEYİŞİ

Çalışmanın amacı, ülkemizde ve dünyada aile hekimliği sisteminin araştırılması, diğer ülkelerde bulunan aile hekimliği uygulama şekillerinin incelenmesi, ülkemizde yapılan reformlar sonrasında birinci basamak sağlık kurumlarının geldiği durumun bilinmesi, aile hekimliği uygulamalarının tespit edilmesine yönelik olarak hazırlanmıştır.

Çalışmanın ilk bölümünde aile hekimliğinin genel bir tanıtımı yapıldıktan sonra, uluslar arası alanda aile hekimliği hizmetlerinin nasıl yürütüldüğüne dair literatür çalışmasından elde edilen bilgilere yer verilmiştir. Çalışmanın ikinci bölümünde ise, Ülkemizde uygulanan aile hekimliğinin nasıl ve ne şekilde meydana geldiği, aile hekimliğinin yasal zemini, kapsamı ve çalışma şartlarının araştırılmasına yönelik bilgiler elde edilmesi amaçlanmıştır. Birçok ülkede aile hekimliği uygulamasının sağlık hizmetine ilk başvuru yeri olduğu ve sağlık hizmetlerinde yaş, cinsiyet ve hastalık türü gözetilmeksizin, tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin aile hekimlikleri olan ilk basamakta verilmektedir. Uygulama ile ilgili ülkemizde yasal mevzuat olarak birçok gelişme olmuştur. Fakat henüz birinci basamak sağlık hizmeti bilincinin tam olarak oluşmadığı görülmüştür. Yapılan literatür taraması sonucunda, akademik çalışmaların yanında resmi kurumlarının yürütmüş olduğu çalışmalar da bulunmaktadır. Sistemin uygulanmasında sorumluluğu bulunanların, aile hekimliği ile ilgili ciddi önlemler alması, aile hekimliğine işlevsellik kazandırılması gerektiği düşüncesi oluşmuştur.

Name : Rufen ORAL
Consultant Name : Prof. Dr. Mehmet Fikret GEZGİN
Type and Date : Graduate School, 2015
Area : Hospital and Health Care Management
Keywords : Family Medicine, Health Care, Health Care in Family
Medicine

ABSTRACT

OUR COUNTRY AND IN THE WORLD SYSTEM OPERATION OF FAMILY MEDICINE

The aim of this prospective study and investigation of family medicine system in the world, examining the practice of family medicine so in other countries, our knowledge of the occurrences of primary health care after the reforms made, is intended for the detection of family medicine practice.

After a general introduction of family medicine made in the first part of the study, an international field of family medicine services are given how the information obtained from the literature that is executed. In the second part of the study, how the implementation of family medicine in our country and how it occurred, the legal basis of family medicine, information for the investigation of the scope and conditions of work are intended to achieve. In many countries, family medicine practice is the first place referred to health care and health services in age, sex, and regardless of the type of disease, which is given in the first step of therapeutic and preventive health care of family doctors. In our country there have been many developments in legislation related to the application. But has not yet seen the formation of primary health care services are not fully conscious. The results of the literature review, studies that have been conducted by official institutions are in addition to academic studies. With responsibility for implementation of the system of family medicine take serious measures related to, the idea that family medicine should be brought to the functionality has occurred.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖZ

ABSTRACT

TABLO LİSTESİ.....	vi
KISALTMALAR	vii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

AİLE HEKİMLİĞİ OLGUSU ve SEÇİLMİŞ ÜLKELERDE AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMALARI

1. AİLE HEKİMLİĞİ OLGUSU.....	4
1.1. Aile Hekimliği.....	4
1.2. Aile Hekimlerinin Görev ve Sorumlulukları.....	6
1.3. Ülkemizde Aile Hekimliği Uygulamasına Geçiş	8
1.4. Dünya Sağlık Örgütü ve Aile Hekimliğini Destekleme Programı	9
1.5. Bir Sağlık Hizmet Birimi ve Disiplin Olarak Aile Hekimliği.....	11
2. DÜNYADA AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMALARI	15
2.1. Amerika Birleşik Devletlerinde Aile Hekimliği Uygulamaları	17
2.2. İngiltere’de Aile Hekimliği Uygulamaları	19
2.3. Almanya’da Aile Hekimliği Uygulamaları	21
2.4. Hollanda’da Aile Hekimliği Uygulamaları	23
2.5. Danimarka’da Aile Hekimliği Uygulaması	25
2.6. Norveç’te Aile Hekimliği Uygulamaları.....	26
2.7. İspanya’da Aile Hekimliği Uygulamaları	27
2.8. Polonya’da Aile Hekimliği Uygulamaları	28
2.9. Portekiz’de Aile Hekimliği Uygulamaları	29
2.10. Bulgaristan’da Aile Hekimliği Uygulamaları	30
2.11. Çek Cumhuriyetinde Aile Hekimliği Uygulamaları	30
2.12. Finlandiya’da Aile Hekimliği Uygulamaları	31
2.13. İrlanda’da Aile Hekimliği Uygulamaları	32
2.14. İsrail’de Aile Hekimliği Uygulamaları	33

2.15. Kanada’da Aile Hekimliği Uygulamaları	34
2.16. Küba’da Aile Hekimliği Uygulamaları	34

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE AİLE HEKİMLİĞİ MEVZUATI ve UYGULAMALARIN GELİŞİMİ

1. ÜLKEMİZDE AİLE HEKİMLİĞİ MEVZUATI.....	37
1.1. Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Kanundan Önceki Dönem	37
1.2. Aile Hekimliği Mevzuatı.....	42
1.2.1. Aile Hekimliği Öncesi Yasal Mevzuat	42
1.2.2. Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Kanun	43
1.2.3. Aile Hekimliği İle İlgili Yönetmelikler	45
1.2.4. Aile Hekimliği Uygulaması ile İlgili Genelgeler	46
2. AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMALARININ GELİŞİMİ	48
2.1. Toplum Sağlığı Merkezleri	48
2.2. Aile Sağlığı Merkezleri	50
2.2.1. Aile Sağlığı Merkezi Gruplandırması	51
2.2.2. Aile Hekimliği Birimi Değerlendirme Tablosu.....	52
2.3. Aile Hekimliği Biriminin Vereceği Hizmetler	57
2.3.1. Aile Hekimliğinde Gezici (Evde) Hizmetler	57
2.3.2. Aile Hekimliğinde Bağışıklama (Aşı) Hizmetleri	59
2.3.3. Aile Hekimliğinde Gebe ve Çocuk İzlemleri	60
2.3.4. Aile Hekimliğinde Obezite Kontrolü	63
2.4. Aile Hekimliği Bilgi Sistemi.....	64
2.5. Aile Hekimini Seçme ve Değiştirme Hakkı.....	66
2.6. Aile Hekimliği Sevk Zinciri.....	67
2.7. Aile Hekimliğinde Sözleşme.....	68
2.8. Aile Hekimlerinin Görevsel Suçları Nedeniyle Ceza Soruşturması	69
2.9. Aile Hekimliğinde Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası	73
2.10. Aile Hekimliğinde Çalışma Saatleri ve İzin.....	74
2.11. Aile Hekimliğinde E-Reçete ve E-İmza.....	74
2.12. Aile Hekimliğinde Eğitim ve Sertifikasyon	76

2.13. Aile Hekimliği Kuruluşları	78
2.13.1. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği.....	79
2.13.2. Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu	80
SONUÇ	82
KAYNAKÇA.....	87
ÖZGEÇMİŞ	

TABLO LİSTESİ

Tablo No.

Sayfa No.

Tablo: 1 Aile Hekimliği Birimi Gruplandırma Tablosu 54

KISALTMALAR

AC	: Acıbadem Üniversitesi
AH	: Aile Hekimliği
AHEF	: Aile Hekimleri Derneği Federasyonu
ASE	: Aile Sağlığı Elemanı
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BBSK	: Birinci Basamak Sağlık Kuruluşu
C.	: Cilt
Çev.	: Çeviri
ÇÜ	: Çukurova Üniversitesi
DB	: Dünya Bankası
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GÜÜ	: Gümüşhane Üniversitesi
İNÜ	: İnönü Üniversitesi
RG	: Resmi Gazete
s.	: Sayfa sayısı
S.	: Sayı
SB	: Sağlık Bakanlığı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
ss.	: Sayfa sayıları
TAHUD	: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanları Derneği
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi
WONCA	: World Organisation of Family Doctors / (Avrupa Genel Pratisyenlik ve Aile Hekimliği Birliği)

GİRİŞ

- **Çalışma Konusunun Seçimi:** Aile hekimliği uygulamalarında, aile hekimliği uzmanlarının yaş, cinsiyet ve hastalık türü gözetmeksizin, bireylerin sağlık ihtiyaçlarını göz önüne alınarak birinci basamak sağlık hizmetlerinde tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerini vermesinin yanında, rehabilite edici sağlık hizmetlerini de bir bütünlük içerisinde bir arada sunduğu görülmektedir. Bunun yanında, aile hekimlerinin listesinde bulunan bireylere kapsamlı ve devamlı bir sağlık hizmeti sunmasıyla belli bir mekânda sağlık hizmeti verdiği gibi, gerekli ölçüde gezici sağlık hizmetlerini de yerine getirdiği görülmektedir. Söz konusu birinci basamak sağlık hizmetlerini yerine getirmekte olan aile hekimlerinin sağlık hizmeti sunumunda önemli bir görevi üstlendikleri görülmekte olup, aile hekimliği uygulamalarının araştırılmasına ihtiyaç duyulduğu düşünülmüştür.

- **Çalışmanın Amacı:** Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan ve listesinde bulunan bireylere kapsamlı bir sağlık hizmeti vermesi gereken aile hekimlerinin, sağlık hizmetinin uygun şekilde sunabilmesi adına asgari düzeyde belli yeterliliklere sahip olması gerekmektedir. Bu anlamda, birçok ülkede örneklerine rastladığımız gibi, ülkemizde de aile hekimlerinin hastayı karşılaması açısından belli bir yeterliliğe sahip olması, bireyin sağlık ihtiyacının durumuna göre gerek birinci derece sağlık biriminde çalışan diğer sağlık personelleri ile gerekse diğer dal uzmanları arasında koordinasyon sağlamaya yönelik yeteneğinin bulunması gerekmektedir.

Bu bilgiler ışığında bu çalışmanın amacı, dünyada ve Türkiye’de uygulanan aile hekimliği uygulamalarının durumunu ortaya koymak amacı ile yürütülmüştür. Aile hekimliği uygulamalarının gerekli işlevselliği yakalaması açısından, söz konusu sağlık alanında koordinasyonun sağlanması ve hizmetin organize yürütülmesi adına uzmanlık eğitimi almış yeterli sayıda aile hekimine ihtiyaç duyulmaktadır.

- **Çalışmanın Önemi:** Ülkemizde aile hekimliği uygulamaları konusunda özellikle son dönemlerde sağlık alanında yapılan reform uygulamaları ve meydana

gelen değişimlerle birlikte önemli bir gelişme kaydedildiği, bu konudaki yasal düzenlemelerde önemli gelişmeler yaşandığı bilinmekle birlikte, uygulama açısından yeterli düzeye ulaşamadığı da görölmektedir. Bu nedenle aile hekimliği uzmanlık sahasında, eğitiminin yaygınlaştırılması ve aile hekimliği birimlerinde diğer dal uzmanlarının aile hekimleri ile birlikte çalışması gerekmekte, sağlık hizmetlerinin gruplar halinde bir arada sunulması ile sonuç elde edilebilmesi anlamında hizmetin kolay ulaşılabilir olmasının önemi bulunmaktadır.

- **Çalışmanın Planı:** Aile hekimliğinin Ülkemizde ve dünyada gelişimi ile uygulamalarının incelenmesine yönelik olarak yapılan bu çalışma, iki ana bölüm halinde planlanmış olup, birinci bölümde Aile Hekimliği olgusu ve dünyada çalışma için seçilen ölkelerde aile hekimliği uygulamalarına yer verilmiştir. Çalışmanın ikinci bölümünde ise, aile hekimliğinin gelişim süreci, yasal mevzuatlardaki yeri incelenmek istenmiştir.

Çalışmanın ilk bölümünde öncelikli olarak aile hekimliği olgusu ile ilgili kavramsal açıklamalara genel hatları ile yer verilmek istenmiş, bu bölümde aile hekimliğinin genel bir tanımının arkasından aile hekimlerinin görev ve sorumlulukları ile aile hekimliği genel durumu değerlendirilmiştir. Bunun hemen arkasından ise, aile hekimliğinin dünyadaki uygulamalarının incelenmesine gerek duyulmuştur. Çalışmanın ikinci bölümünde ise, aile hekimliğinin ölkemizdeki yasal dayanakları, aile hekimliği uygulamasından önceki dönem, günümüze kadar aile hekimliğinin gelişimi ve günümüzde aile hekimliğinin uygulanması ile ilgili detaylı bilgilere yer verilmiştir.

- **Kullanılan Metot ve Teknikler:** Aile hekimliği uygulamaları konusunda yapılan bu çalışma literatür taraması yöntemi ile gerçekleştirilmiş olup, çalışma esnasında mümkün olduğunca dünyada ve ölkemizde hazırlanan bilimsel çalışma, makale, kitap, yasal mevzuat ve internet kaynaklarına ulaşmaya çalışılarak tümevarım yöntemi kullanılmıştır. Çalışma esnasında birinci basamak sağlık kuruluşları ve aile hekimliği konusunda çeşitli akademik çalışmaların yanında, resmi kurum ve kuruluşların aile hekimliği konusunda düzenleyici çalışmalarının olduğu da görölmüş ve bunlardan da yararlanılmıştır.

-Karşılaşılan Zorluklar ve Sınırlamalar: Aile hekimliği uygulamaları konusunda yapılan bu çalışmada, mümkün olduğunca fazla kaynağa ulaşılmaya çalışılmıştır. Aile hekimliği uygulamalarının ülkemizde henüz çok yeni olması, gelişme aşaması içerisinde olması, bununla birlikte her ne kadar uygulamaya konulmuş olsa da henüz tam anlamıyla uygulanıyor olmaması nedeniyle kaynak elde edilmesi açısından sıkıntılar yaşanmıştır. Bu anlamda aile hekimliği uygulamalarının yasal mevzuatlarla birlikte, resmi kurumların aile hekimliği ile ilgili internet yayınları ve elde edilebildiği oranda basılı yayınlara ulaşılmaya çalışılmıştır. Bunun sonucu olarak da internet kaynaklarından oldukça fazla yararlanma gereği duyulmuştur. Aile hekimliği uygulamaları gerek dünyadaki tüm ülkelerde uygulanmaması, gerekse her ülkenin sağlık sistemi ile ilgili bilgilere ulaşılammış olması çalışmamızın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

-Çalışmanın Varsayımları: Bu çalışmanın başlıca varsayımları şunlardır:

- i. Aile hekimliği hizmetleri, aile hekimliği personelinin görev bölgesinde bulunan vatandaşların her türlü sağlık hizmetinden sorumludur.
- ii. Birinci basamak sağlık kuruluşları olan sağlık merkezleri aşılama, gebe ve bebek takiplerini yerine getirmektedir.
- iii. Birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda aile hekimlikleri, sağlıkta dönüşüm programının önemli bileşenleri arasında yer almaktadır.
- iv. Ülkemizde Birinci Basamak Sağlık Hizmeti olarak aile hekimlikleri, uzmanlık seviyesinde sağlık hizmeti sunulan birimlerdir.
- v. Aile hekimlikleri, sağlıkta sevk zinciri oluşturulması açısından ilk basamak sağlık hizmeti sunmakla görevlidirler.

BİRİNCİ BÖLÜM

AİLE HEKİMLİĞİ OLGUSU ve SEÇİLMİŞ ÜLKELERDE AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMALARI

1. AİLE HEKİMLİĞİ OLGUSU

1.1. Aile Hekimliği

Günümüzde bireylerin sağlıklı yaşam koşullarının devam ettirilebilmesine yönelik olarak, bireylerin demografik özellikleri ile maruz kaldığı sağlığı tehdit eden unsurların ayrımının söz konusu olmadığı tedaviye ihtiyaç duyulduğu görülmektedir. Bu amaç doğrultusunda bu bireylere gerekli tedavi hizmetlerini sunmak amacıyla aile hekimliği birimleri oluşturulmuştur. Oluşturulan aile hekimliği birimlerinde, bütüncül bir sağlık hizmetinin sunulmasının yanında, hastayla ilk temasın kurulması ile sağlık imkânlarının el verdiği ölçüde ilk yardım hizmeti ve acil tedavi hususlarında sağlık hizmeti ihtiyacı bulunan bireylere bu hizmetin sunulduğu görülmektedir. Bu birimlerde görev yapan aile hekimlerinin, aynı zamanda hasta ile ilgili kayıtların tutulmasının yanında, sağlık sorunlarında ilk basamak olmanın verdiği yakınlık dolayısı ile hastaların bireysel özelliklerinin farkında olunması ile sosyal çevresi hakkında da bilgi sahibi olduğu görülmektedir.¹

Aile hekimlikleri, Avrupa Genel Pratisyenlik ve Aile Hekimliği Birliği olan WONCA tarafından, kendine özgü eğitim içeriğinin bulunmasının yanında, araştırmaya yönelik, kayıt esasına dayalı, klinik uygulamalarla desteklenen akademik ve bilimsel içeriği olan bir disiplin olarak ifade edilmektedir. Aile hekimliği bu esaslar çerçevesinde birinci basamak sağlık hizmetini sunan bir uzmanlık alanıdır. Bu açıklamalar ışığında incelendiğinde aile hekimlikleri birinci basamak sağlık hizmetini sunan, sağlık ihtiyacı duyanlara bireysel merkezli yaklaşan, aynı zamanda tüm aile üyelerine sağlık hizmeti veren birimlerdir. Bunun yanında aile hekimlikleri, hastalıkların tanı ve tedavisi ile ilgili çalışmalar yürüten, sağlığın gelişmesine yönelik

¹ A. Kıvanç - T. Şahinöz, “Gümüşhane Üniversitesi Öğrencilerinin Aile Hekimliği Konusunda Bilgi Durumlarının Saptanması” Gümüşhane Üniversitesi (GÜÜ) Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt (C.) 1, Sayı (S.) 1, Gümüşhane, 2012, ss. 41-42

Çalışmalarda bulunan ve mevcut koşulları göz önüne alarak sağlık sorunlarına zm getiren hekimlik alanı olarak değerlendirilmektedir.¹

Aile hekimliği konusunda yapılmış olan tanımlamalardan bir diğer tanım, WONCA'nın tanımıdır: "Aile hekimi, sağlık hizmetini yerine getirmek üzere arayış cerisinde olan, sağlık ihtiyacı gereksinimi bulunan bireylere kapsamlı bir sağlık hizmeti sunmak amacıyla birinci derecede sorumlu olan ve sağlık hizmetini organize eden sağlık personellerini ifade etmektedir". Aile hekimliği bünyesinde genel pratisyenlik hizmetleri, kendine özgü eğitim cerikleri, araştırma faaliyetleri, kanıta dayalı sağlık hizmeti ile birlikte, klinik olarak çalışmaların bulunduğu grlmektedir. Bunun yanında aile hekimliği, akademik ve bilimsel çalışmaların bir disiplin cerisinde yürütüldüğü birinci basamak bir sağlık uygulamasının yer aldığı uzmanlık dalıdır. Bu tanımlamaların yanında aile hekimlerinin tıp eğitimi sonrasında, hem tıp eğitim konseyi (Council on Graduate Medical Education), hem de Amerikan Tıp Kolejlere Birliği (Association of American Medical Collages) genel pratisyenliği ile birlikte, aile hekimliği, dahiliye ve pediatri olmak üzere üç yıl eğitim görevini tamamlamış, bunun yanında st ihtisasını tamamlamış olan hekimler olduğu ifade edilmektedir.²

Aile hekimliğinin ülkemizde genel kabul görmüş tanımına bakıldığında ise, bu tanımlamanın; Bireylere yönelik sunulan sağlık hizmetleri ile birlikte, sağlık hizmetlerinde birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilitasyona yönelik hizmetlerin yerine getirilmesi ile bireylerin yaşı, cinsiyeti ve hastalık durumları gözetilmeksizin, tüm bireylere kapsamlı ve sürekli hizmet verilmesine yönelik, hastaların ulaşmasının kolaylığı açısından belirli bir noktada verilen sağlık hizmet sunumudur. Verilen bu hizmetin yanında aile hekimliği gerektiğinde gezici sağlık hizmeti verilmesinin yanında, tamgün çalışma esasına göre faaliyetlerini yürüten aile hekim uzmanlığı ve

¹ M.F. Dikici - M. Kartal - S. Alptekin - M. ubuk - A.S. Ayanoğlu - F. Yarış, "Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi" Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, C. 27, S. 3, Ankara, 2006, s. 412

² O. Başak, Aile Hekimliği Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı, Ankara, 2003;
<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20Turkish%20version.pdf>, (09.03.2015)

kurumun ön gördüğü eğitimler çerçevesinde görev yapan uzman tabiplerle, tabipleri ifade etmektedir.¹

1.2. Aile Hekimlerinin Görev ve Sorumlulukları

Aile hekimlikleri tüm bu hizmetlerle birlikte, bireysel ve toplumsal olarak periyodik sağlık taramalarının yapıldığı, meydana gelebilecek olan hastalıklarla ilgili risk faktörlerinin incelendiği, oluşabilecek olan hastalıkların erken tanımlamaya yönelik çalışmaların yürütüldüğü birimlerdir. Aynı zamanda bu birimlerin hastalıklara karşı bağışıklık çalışmaları yürüttüğü, bu anlamda ise meydana gelecek olan hastalıkların önlenbilmesine yönelik çalışmaların yürütüldüğü hizmet verme işlemlerini amaçladığı görülmektedir.²

Millis ve Willard Raporları doğrultusunda aile hekimlerinin yürütmüş olduğu görevler incelendiğinde, aile hekimlerinin öncelikli olarak hastalarla ilk teması kuran, aynı zamanda da sağlık ihtiyacı talebinde bulunan bireylerin, sağlık hizmetinden faydalanmasını sağlayan sağlık çalışanları olduğu görülmektedir. Bu anlamda aile hekimleri, bireylerin sağlık ihtiyaçlarının boyutlarının değerlendirilmesinin yanında, gerek bireysel olarak gerekse ihtiyaç olması halinde diğer uzmanlık alanları ile beraber sağlık ihtiyacının karşılanması yönünde çalıştığı, hastaların ihtiyaç olması halinde gözlem altında tutulmak üzere diğer kapsamlı sağlık birimlerine yönlendirildiği görülmektedir.³

Aile hekimleri hastalığın takibi ve sağlığın yerine getirilmesi doğrultusunda sorumluluk duygusu taşıyan, tedavi süreci boyunca bireylerin sağlığının takip edilmesi konusunda gerekli yönlendirmelerde bulunan, hastaların toplumsal, ailevi ve sosyal çevresini de bütünsel olarak değerlendirerek, sağlıkla ilgili tüm konularda sorumluluk sahibi olan sağlık çalışanlarıdır. Aile hekimleri bireysel olarak hizmet

¹ Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. T.C. Resmi Gazete, 25 Ocak 2013, S. 28539

² H. Çağlayaner, Aile Hekimliği-II, İstanbul, 1996, s. 125

³ Aile Hekimliğinin Kilometre Taşları: Millis ve Willard Raporları, (Ed. Z. Aktürk - N. Dağdeviren), İstanbul, 2004, s. 115; http://www.aile.net/sunum/makaleler/millis_willard_zekeriya.pdf (25.10.2014)

sunmakta olup, güncel hekimlikler hakkında bilgi sahibi olduklarından, hastaları yönlendirdiği kabul edilir. Bu anlamda da hastalıkların iyileştirilmesinde hem tıbbi olarak, hem de insani olarak değerlendirmelerde bulunur. Aile hekimlerinin bireysel olarak hizmet sunduğu görüldüğü gibi, toplumun temel taşı olan ailelere de hizmet verdiği, netice olarak da ailenin tüm fertlerine hizmet sağladığı görülür. Bu hizmetlerin yerine getirilmesi aşamasında ise, diğer tıbbi uzmanlık alanlarına göre daha fazla hizmet sunduğu, sevk durumlarında diğer uzmanlık alanlarından danışmanlık hizmeti aldığı, aynı zamanda sağlık ihtiyacını koordine ettiği görülür. Bu amaç doğrultusunda hastaların en iyi tedavi yönteminden faydalanması, sürekli bir sağlık hizmetinden destek alması yönünde sağlık ekibinin yöneticisi olarak hizmet sağlar.¹

Aile hekimlerinin, asgari düzeyde tıbbi yeterliliğe sahip olması gerekmekte, bu yeterlilik çerçevesinde ise, aile hekimlerinin bir hekim olarak asgari şartları yerine getirmesi gerekmektedir. Söz konusu bu yeterlilikler çeşitli şekillerde ifade edilse de bunlardan ilki, aile hekimlerinin hastayı karşılama esnasında, uygun bir karşılama yeteneğinin olması gerektiği ile ilgilidir. Bu anlamda aile hekimlerinin hastanın ihtiyaç duyması halinde hastanın müdafaa edilmesini sağlayacak, yanında bulunan diğer sağlık personellerinin koordinasyonunu sağlayabilecek, tedavi sürecinin etkili olmasını gerektirecek yeterliliklere sahip olması gerekmektedir.

Aile hekimlerinin sağlık ihtiyacı duyanlara karşı bireysel olarak yaklaşımı benimsemesi, doktor hasta arasındaki ilişkiyi iyi kurabilmesi amacına yönelik olarak değerlendirme ve devamlılığın sağlanması gerekmektedir. Ayrıca aile hekimlerinin toplumsal olarak meydana gelebilecek hastalanma oranları ve yükü ile ilgili karar verme mekanizması ile acil durumlarda bunu yönetme becerisine sahip olması gerekmektedir. Bunun dışında aile hekimlerinin meydana gelecek akut ve kronik hastalıklarla mücadele edebilmesi ile sağlık açısından iyi olma durumunun devam ettirebilmesi, yapılacak değerlendirmelerde sağlık konusunda kaynakların dengeli

¹ Aile Hekimliğinin Kilometre Taşları: Millis ve Willard Raporları, (Ed. Z. Aktürk - N. Dağdeviren), İstanbul, 2004, s. 115; http://www.aile.net/sunum/makaleler/millis_willard_zekeriya.pdf (25.10.2014)

kullanılmasını sağlayabilmesi ve meydana gelen problemlerin fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak bütünlük içerisinde ele alabilmesi önem taşımaktadır.¹

1.3. Ülkemizde Aile Hekimliği Uygulamasına Geçiş

Ülkemizde aile hekimliği uygulaması, 2005 yılında Düzce'nin pilot bölge seçilmesi ile sağlık sisteminde yeniden örgütlenme kapsamında yürürlüğe konulmuş olan bir uygulama olmakla birlikte, 2006 yılından itibaren ülke geneline yayılmaya başlamıştır. Aile hekimliği konusunda belirlenen program dâhilinde çalışmaların yürütülmesi ile 2011 yılında sağlık ocaklarının faaliyetinin durdurulması sonucunda, ülke geneline yayılmıştır. Bu kapsamda, aile hekimliği uygulaması sonucunda vatandaşların yürütülen faaliyet kapsamında sisteme kayıtları yapılmış, tüm aile hekimlikleri görev alanına yönelik çalışmalarla, sağlık hizmeti sunma konusunda sorumlu tutulmaktadır.²

Aile hekimliği konusunda meydana gelen gelişmelere paralel olarak, aile hekimlerinden sağlık ihtiyacını karşılayacak olanların, yakın bölgeden bireyler olması doğrultusunda hareket edilmiş, bunun yanında aile hekimliklerinin sadece sağlık sorunları ile sınırlı kalmayıp, koruyucu sağlık hizmeti ve sağlık eğitimleri konusunda hizmet verebilmeleri de sağlanmıştır. Aile hekimliğinin vermiş olduğu hizmetin aşılması durumunda ise, aile hekimliklerinin yol gösterici, yönlendirici ve danışmanlık veren koordinatörlük hizmetini de yürüttüğü görülmektedir.

Yapılan bu uygulamalarla birlikte, çağdaş sağlık hizmeti sunumu konusunda aile hekimliklerinin bireylere yönelik sağlık hizmetleri sunduğu, bunun yanında ise ayakta yapılan tedavi işlemleri ile birlikte, evde hasta tedavi işlemlerini birlikte yürütmeye başladığı görülmektedir. Ayrıca, aile hekimliklerinin henüz dünyaya gelmemiş olan bebekten, yaşlı bireylere varıncaya kadar tüm aile bireylerinin sağlıklarının korunması, sağlıklı olma durumlarının zorlaştırılmaması ve

¹ M. Akman, "Türkiye'de Aile Hekimliğinin Gücü" Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, C. 18, S. 2, Ankara, 2014, s. 73.

² S. Bostan - K. Havvatoğlu, "Aile İçi Memnuniyet Ölçeğine Göre Gümüşhane Aile Hekimliği Memnuniyet Ölçeği", GÜÜ, Sağlık Bilimleri Dergisi, C. 3, S. 4, Gümüşhane, 2014, s. 1069

hastalıklardan korunma yollarının elde edilmesine yönelik faaliyetleri sürdürdüğü görülmektedir. Başka bir deyişle aile hekimliklerinin koruyucu sağlık hizmetleri ile birlikte tedavi edici sağlık hizmetlerini de birlikte yürüttüğü görülmekte olup, sorumlulukları altında bulunan bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal yönlerden sağlıklı olabilmeleri amacıyla, sağlık hizmetlerini yürüttükleri görülmektedir. Aile hekimleri ise bu çerçevede görev yapan sağlık personelleridir.

1.4. Dünya Sağlık Örgütü ve Aile Hekimliğini Destekleme Programı

Aile hekimliğinin sağlık hizmetleri içerisinde oluşan sağlık ihtiyacında meydana gelen talepler ve ortaya çıkan uzmanlık alanlarının çeşitliliği sonrasında ortaya çıkmış olduğu görülmekte olup, sağlık ihtiyacının bir bütünlük içerisinde görülmesi amacıyla yönelik uzmanlık alanı gerekliliğinden doğduğu belirtilmektedir. Meydana gelen bu talep ilk olarak kendisini İngiltere’de göstermiş, 1952 yılında Royal Collage of General Practitioners’in kurulması ile aile hekimliğinin ilk temelleri atılmıştır. Bunun arkasından ise Amerikan Tıp Birliği’nin Millis ve Willard Raporlarını yayınlaması ile 1969 yılında sağlık konusunda ilk bakımın gündeme geldiği aile hekimliği bir uzmanlık alanı olarak tanınmaya başlanmıştır.¹

Daha sonrasında Hollanda da aile hekimliğinin ayrı bir uzmanlık dalı olmasının kabul edilmesinin arkasından aile hekimi, yaş, cinsiyet ve hastalık tipi gözetmeksizin gerek ailelere, gerekse bireylere yönelik sağlık hizmeti sunan sağlık personeli olarak kabul edilmiştir. Aile hekimliği bir anlamda erken tanı koymaya yönelik olarak uygulamaya konulmuştur. 1978 yılında Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Aile Hekimler Birliği’nin ortaklaşa düzenlemiş olduğu Alma Ata Konferansı ile ilan edilen herkese sağlık çerçevesinde, bireylerin sağlık ihtiyaçlarının daha iyi hale getirilmesi amacıyla “Aile Hekiminin Katkısı” başlıklı konferans düzenlenmiştir.²

¹ H. Çağlayaner, Aile Hekimliği-I, İstanbul, 1995, s. 17

² A. Pankorur, Adana İl Merkezinde Yaşayan Farklı Sosyokültürel Gurupların Sağlık Hizmetlerini Kullanma Davranışlarının Değerlendirilmesi, T.C. Çukurova Üniversitesi (ÇÜ), Tıp Fakültesi, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Adana, 2010, s. 6.

Dünya Sağlık Örgütü ve WONCA işbirliğinin sonucu olarak, bireylerin sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik sağlık sistemi ile birlikte, tıp mesleği, tıp fakültesi ve sağlıkla ilgili eğitim amaçlı kuruluşlarda değişim yapılması konusunda bildiri yayınlanmıştır. Bu amaçla, sağlık hizmetlerinde kalitenin yakalanması, sosyal adalet ve etkinliğin elde edilmesi ve bu etkinliklerin düşük maliyetlerle yerine getirilmesinin gereği vurgulanmıştır. Bu doğrultuda alınan kararlara bakıldığında ise, aile hekimliğinin bir disiplin olarak tanınması, uzmanlık alanı olarak tanınması amacıyla gerekli zeminin hazırlanması, bu eğitimin tıp fakültelerinde verilmesi, bunun yanında ise tıp fakültesi sonrasında uzmanlık eğitiminin verilmesinin gerekliliği vurgulanmıştır.¹

Aile hekimliği konusunda yapılan araştırmaların sonuçlarına göre gerek ülkemizde, gerekse diğer ülkelerde yapılan uygulamalarda, iyi eğitim almış olan aile hekimlerinin, birinci basamak sağlık hizmeti sunan diğer yapılanmalarla karşılaştırıldığında hem maliyet açısından daha etkin, hem de klinik olarak daha verimli olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu doğrultuda yapılan açıklamalara göre, aile hekimlerinin sayısının artırılması ile sağlık hizmetine çok daha ekonomik koşullara sahip olmak mümkün olacaktır.²

Aile hekimliği konusunda meydana gelen gelişmeler, bu hekimlik dalında iyi bir eğitimin gerekliliği, eğitim aşamasında ise araştırma, klinik uygulama ve tedavinin etkin yürütülmesi için aile hekimliği uygulamalarının desteklenmesi ve geliştirilmesi gerekmektedir. Bu amaçla Avrupa Aile Hekimliği tarafından sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik olarak minimum aile hekimliği yeterlilikleri 2002 yılında uygulamaya konulmuş ve tanımlanmıştır.³

Ülkemiz açısından aile hekimliğine bakıldığında ise, Aile hekimliğinin güçlendirilmesine ve temel sağlık hizmetlerinin sunulmasına yönelik tavsiyeler Dünya Bankası tarafından 2003 yılında ülkemize önerilmiş, Sağlık Bakanlığı tarafından ise, söz konusu tavsiyeler doğrultusunda uygulamanın yapılması

¹ Akman, s. 75

² Akman, s. 78

³ Pankorur, s. 7

benimsenmiştir. Dünya Bankası tarafından önerilerek, Sağlık Bakanlığı tarafında benimsenen aile hekimliği uygulamasının, daha önce faaliyette olan sağlık ocağı uygulamalarından farklı olduğu görülmektedir.¹

Söz konusu farka bakıldığında ise, belli bir bölgedeki sağlık personelinin tamamının, aynı bölgede bulunan ve sağlık gereksinimi olan tüm bireylerden sorumlu olmasındansa, belli sayıda sağlık personelinin yine belli sayıda bireyin sağlığından sorumlu olması düşüncesi yatmaktadır. Bu anlamda aile hekimliğinin kendine özel eğitim faaliyetlerinin bulunduğu, sağlık araştırmalarına yönelik, kanıta dayalı ve sağlık uygulamalarını içeren bir yapıda olduğu görülmektedir. Aynı zamanda aile hekimliklerinin gerek akademik, gerekse bilimsel olarak uygulanan bir birinci basamak sağlık hizmeti olduğu görülmektedir.²

1.5. Bir Sağlık Hizmet Birimi ve Disiplin Olarak Aile Hekimliği

Ülkemizde yapılan aile hekimliği uygulamasına bakıldığında, bu uygulamanın sağlıkta dönüşüm projesi ile birlikte anıldığı görülmekle birlikte, aile hekimliğinin uygulama açısından diğer tıp dallarından ayrıldığı görülmektedir. Aile hekimliğinin diğer tıp alanlarından ayrılmasının esas nedeni, diğer disiplinlerde olduğu gibi yalnızca belli uzmanlık alanına yönelik faaliyetlerde bulunmayıp, yaş, cinsiyet ve hastalıkların çeşitliliği göz önünde bulundurulmaksızın, tüm sağlıkla ilgili alanlarla ilgilenmesi, bu disiplinin temel farklarındandır. Bunun yanında aile hekimliği uygulama farklarının dışında, bilimsel dergi ile uluslar ve uluslararası dernekleri ile de diğer disiplinlerden farklı olduğu görülmektedir.

Uygulama açısından aile hekimliğine bakıldığında ise, aile hekimliğinin sağlık sorunlarının giderilmesi açısından, hasta ve hekim açısından ilk buluşma noktasını oluşturduğu görülmektedir. Bunun yanında diğer disiplinlerden farklı olarak, bu disiplinin diğer disiplinlere oranla bireylere bütüncül yaklaşım içerisinde olması, birey açısından kolay ulaşılabilmesi de aile hekimliğinin diğer disiplinlerden

¹ Dünya Bankası - Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Reformu, Dünya Bankası Dokümanı, Rapor no: 24358-TU, C. 1, Ana Rapor. İstanbul, Mart 2003, s. 77

² Pankorur, s. 8

farkını ortaya koyan diğer etmenlerdir. Bunun yanı sıra aile hekimliği her ne kadar sağlık alanına yönelik hizmet veriyor olsa da bireylerin yalnızca hastalık durumlarında başvurmadığı görülmekle birlikte, hastalığın vuku bulmadığı zamanlarda da aile hekimi ile irtibat halinde olabildikleri bilinmektedir. Ortaya çıkan bu sonuçta aile hekimliği uygulamasının diğer tıp disiplinlerinden farklılığını ortaya koymaktadır.¹

Tıbbi açıdan değerlendirildiğinde ülkemizde tıp alanında verilen halk sağlığı eğitimlerinin bu güne kadar tüm tıp bilimlerinde ders olarak öğretilmeye çalışıldığı bilinmektedir. Aile hekimliği uygulamasının devreye sokulması ve bu alanda aile hekimliği anabilim dallarının kurulması ile birlikte, halk sağlığı konusundaki eğitimlerin bu disipline doğru kaydığı görülmekte olup, halk sağlığı aile hekimliğinin sorumluluğu altına girmiştir. Halk sağlığı her ne kadar uygulama açısından bu disiplin içerisinde yer alması söz konusu olsa da, eğitim uygulaması açısından farklı sorunların ortaya çıktığı da görülmüştür.²

Ülkemizde uygulamaya konulan aile hekimliğine bakıldığında, bu uzmanlık alanının yasal mevzuatlar içerisinde yer alması 1983 yılında Tababet Uzmanlığı Tüzüğü'nde yer alması ile başlamıştır. Aile hekimliğinin bir uzmanlık alanı olarak eğitim hayatına dâhil edilmesi ise, 1985 yılına denk gelmekte olup, bu alandaki eğitimlerin ilk olarak İstanbul, Ankara ve İzmir'de bulunan eğitim hastanelerinde uygulanmaya başlandığı görülmektedir. Meydana gelen bu gelişmeler sonrasında aile hekimliği ilk olarak Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Yüksek Öğretim Kurumu'nun 1993 yılında almış olduğu karar sonrasında uygulamaya koyulmuştur. Bu dönemden sonra ise, aile hekimliği konusunda ilk asistan eğitimleri de başlamıştır. Aile hekimliği konusundaki gelişmeler bu gelişmelerden sonra da devam etmiş, ülkemizde bu alanda kurulan Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği 1998 yılında ülkemizi aile hekimliği konusunda, dünyada temsil hakkını elinde bulundurmuştur. 2001 yılına gelindiğinde ise, Dünya Aile Hekimliği

¹ M. Ak, "Akademik Bir Disiplin Olarak Aile Hekimliği" İnönü Üniversitesi (İNÜ), Tıp Fakültesi Dergisi, C. 17, S. 4, Malatya, 2010, s. 404

² B. Okay - E. Saatçi - G. Ceyhan, "Akademik Aile Hekimliği ve Gelişme Özellikleri: Türkiye Deneyimi", Aile Hekimliği Dergisi, C. 9, S. 4, Ankara, 2005, s. 179

Derneğine temsilci gönderdiğimiz görülmektedir. Yine aynı tarihte, aile hekimliği konusunda bir ilk yaşanmış, bu tarihte Avrupa Aile Hekimliği Bilimsel Kongresi ülkemizde düzenlenmiştir. Ülkemizde aile hekimliği konusunda birçok üniversitede eğitim ve öğretim faaliyetleri halen yürütülmektedir. Son yıllarda meydana gelen gelişmelere bakıldığında aile hekimliğinin bir disiplin olarak hızlı bir gelişmeye sahne olduğu görülmektedir.¹

Aile hekimliği uygulamalarının hangi şartlarda ve nasıl olacağı, etkinliğinin ne olacağı, işlevselliği ile birlikte aile hekimliğinin hangi tür hizmetleri kapsaması gerektiği 1978 yılında Alma Ata'da yapılan konferansta görüşülmüştür. Bu konferans kapsamında aile hekimliği ayrıntılı bir biçimde ele alınmış, yapılan etkinlik sonrasında ise, uygulama yönünden adımlar atılmaya başlanmıştır. Bu bildirge etkisini ülkemizde de göstererek uygulamalara başlanmış olup, koruyucu hekimlik konusunda daha kapsamlı çalışmalar yürütülmeye başlanmıştır. Önceden çevre sağlığı ve bulaşıcı hastalıklardan korunma şeklinde algılanan koruyucu hekimlik uygulamaları, daha kapsamlı ele alınarak, içerisine beslenme bozukluklarından halkın sağlık eğitimlerine kadar toplum sağlığıyla ilgili yeni oluşumlar ilave edilmiştir. Böylece bu uygulamaları daha derinlemesine inceleyen ve uygulayan diğer gelişmiş dünya ülkeleri ile paralel bir uygulama gündeme gelmiş, uygulamada ilk adımlar atılmaya başlanmıştır.²

Aile hekimliği uygulaması sağlık alanında, sağlık hizmetlerinin ilk ayağını oluşturmakta olup, tarihsel süreç içerisinde yapılan sağlık reformları ile meydana gelen gelişmeler, bugün uygulanmakta olan birinci basamak sağlık hizmetlerinin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu gelişmelerin sonucu olarak da bir tıp disiplini şeklinde ortaya çıkan aile hekimliği gündeme gelmiştir. Bu durum bir anlamda toplumun sağlık hizmetlerine kolay ulaşabilmesi, toplum sağlığının korunabilmesi ve bireylerin daha fazla iş gücüne iştirak edebilmesi açısından, sosyal devlet ilkesinin bir gereğidir. Her ne kadar bu hizmetlerin yerine getirilmesi, doğrudan ekonomik yaşamı etkilemiyor gibi görünse de, toplum sağlığında meydana gelecek olan fiziksel, psikolojik ve sosyal iyi olma durumu, ekonomik hayata katılma konusunda

¹ Ak, s. 403

² Türk Tabipler Birliği, Nusret Fişek ve Hekimlik, Ankara, 1991, s. 1

faydalı olacaktır. Bu anlamda toplum ve aile sağlığının korunmasına yönelik olarak meydana gelen aile hekimliği disiplini, bu oluşumun ortaya konulmasında oldukça etkili olacaktır.

Ayrıca, meydana gelen bu disiplin, sağlık alanında yapılan örgütlenmelerin etkinlik ve verimliliğini arttıracak ve sağlık sisteminin önünde engel teşkil eden sorunların giderilmesine yönelik bir yapı olarak ortaya konulmuştur. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan çok sayıda pratisyen hekimin meslek eğitimi bulunmamakta olup, aile hekimliği uygulaması açısından bir takım noksanlıklarının bulunduğu da görölmektedir.¹

¹ O. Başak - S. Görpeloğlu, “Tıp Faköltesi Öğretim Elemanlarının Aile Hekimliğine Yaklaşımları” Aile Hekimliği Dergisi, C. 2, S. 1, Ankara, 1998, s. 40

2. DÜNYADA AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMALARI

Sanayi Devrimi sonrasında başlayan teknolojik ve bilimsel gelişmelerin etkisi, tıp dünyasında da önemli gelişmelerin meydana gelmesine neden olmuş, özellikle yirminci yüz yılda tıp biliminde birçok uzmanlık alanı ortaya çıkmıştır. Bu yüzyılda tıp alanında ortaya atılan diğer bir uzmanlık alanı aile hekimliği olmuş, aile hekimliği ile ilgili ilk görüş 1923 yılında Francis Peabody tarafından ileri sürülmüştür. Peabody'nin düşüncesine göre, tıp alanında meydana gelen uzmanlık dallarının sayısının artması, bir takım hastaların ortada kalmasına neden olmuş, bütüncül bir sağlık hizmeti sunan bir tıp uzmanlık alanına ihtiyaç duyulduğu benimsenmiştir. Fakat bu düşünce o günlerin şartları gereği olsa gerek, çok fazla itibar görmemiştir.¹

Ortaya atılan bu düşüncenin arkasından aile hekimliği konusunda asıl gelişmeler 1950 yıllarında başlamış olup, 1952 yılında İngiltere’de Genel Pratisyenler Koleji kurulmuştur. İngiltere’de meydana gelen bu gelişmeye rağmen, aile hekimliğinin uzmanlık alanı olarak kabul edilmesi 1965 yılını bulmuştur. Bu gelişmenin arkasından ise, 1966 yılında Amerikan Tıp Birliği tarafından Milis ve Willard Raporları yayınlanmıştır. Yayınlanan bu rapor sonrasında ise, aile hekimliğinin bir uzmanlık alanı olarak tanınması ve Amerikan Aile Hekimliği olan ABFP’nin doğmasına sebep olmuş, böylece aile hekimliği bir uzmanlık alanı olarak doğmuştur. 1978 yılına gelindiğinde ise, 2000 yılında herkese sağlık başlığı adı altında Alma Ata Konferansı düzenlenmiş, aile hekimliği konusunda çeşitli hedef ve stratejiler belirlenmiştir.²

Avrupa Birliği tarafından 2001 ile 2006 yıllarını kapsayan ve hastalıkların önüne geçilmesi, halk sağlığının iyileştirilmesi ve halkın sağlığını tehdit eden risk faktörlerinin ortadan kaldırılmasına yönelik program hazırlanmış ve uygulamaya konulmuştur. Ortaya konulan bu programla birlikte, hasta aydınlatmaları ve koruyucu sağlık uygulamalarının etkinliğine vurgu yapılmış, sağlık politikalarının

¹, “Dünyada Aile Hekimliği”; <http://www.kliniktipdergisi.com/dunyada-aile-hekimligi-h51.aspx>, (25.11.2014)

², <http://www.ailehekimleri.net/index.php/ailehekimligi/dunyada>, (25.11.2014)

uygulanması ile ilgili olanların temel sağlık hizmetlerinin organizasyonunun sağlanması ve finanse edilmesi konusu gündeme getirilmiş, birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılması hedef alınmıştır.¹

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2000 yılındaki raporuna göre, temel sağlık hizmetlerinin genel olarak koruyucu sağlık hizmetini içerisine alan birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirildiği, bu hizmetlerin yerine getirilmesinde ise, aile hekimleri ile birlikte, aile sağlığında görev yapan personellerin söz konusu görevleri üstlendiği görülmüştür. Bu kapsamda öncelikli olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinin kendine özgü bilgi ve şartları olduğu, bu nedenle de bu birimlerde uzman doktorların görev yapması gerektiği belirtilmiştir.

Ayrıca belirlenen koşullar çerçevesinde sağlık hizmetleri yeniden gözden geçirilmiş, bireylere özel sağlık hizmeti sunulması gerektiği vurgulanmıştır. Bunun sonucu olarak verilen tıp eğitimlerinde değişiklik yapılması gerektiği de vurgulanmıştır. Yapılan bu açıklamalar sonucunda aile hekimlerinin hizmetin sunumunda kalite, maliyet etkinliği ve adil bir sağlık hizmetinin sunumunda önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir. Bu amaç doğrultusunda Dünya Sağlık Örgütü ile Dünya Aile Hekimleri Birliği olan World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General (WONCA) ile işbirliği gerçekleştirmek yolunda önemli adımlar atılmıştır.²

Ayrıca, Avrupa Topluluğu'nun 1995 yılında almış olduğu bir karar neticesinde, birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev yapacak olan hekimlerin tıp fakültesi sonrasında iki yıl uzmanlık eğitimi alması gerektiği belirtilmiş, daha sonra bu süre 1996 yılında üç yıl olarak güncellenmiştir. Aile hekimliği uygulamaları her ülkede farklı şekillerde uygulanmakta olup, her durumda tüm ülkeler açısından aile hekimliğinin birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturduğu görülmektedir. Bu bağlamda aile hekimliği uygulamalarına geçen bazı ülkelere örnekler aşağıda ele alınmıştır.

¹, <http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/duenyada-aile-hekimlii.html>, (25.11.2014)

², <http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/duenyada-aile-hekimlii.html>, (25.11.2014)

2.1. Amerika Birleşik Devletlerinde Aile Hekimliği Uygulamaları

Amerika Birleşik Devletlerinde uygulanan sağlık sistemi, uygulama açısından farklı bir yapıda olduğu görülmekle birlikte, Amerikan vatandaşlarından bir bölümünün sağlık hizmetini elde etmede zorlandığı görülürken, bazı kesimlerin ise, ekonomik boyutu çok yüksek olan tedavi hizmetlerine kolaylıkla ulaştıkları görülmektedir. Bu nedenle de bu ülkede bulunan sağlık hizmetinin daha az kapsama alanının bulunduğu, sebebi olarak da sağlık hizmet maliyetinin yüksek olduğundan söz edilebilir.¹

Sağlık hizmetlerinde yapılan cepten sağlık harcamalarının, bu ülkede yaşayan ve sağlık güvencesi olmayanların oranından daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Bunun nedeni ise, sadece güvencesi olmayanların cepten sağlık harcaması yapmasının yanında, sigorta hizmeti kapsamında bulunanlarında cepten sağlık harcaması yapmasından kaynaklanmaktadır. Bunun temel nedeni de özel sağlık sigortası kapsamına alınacak olanların, sağlık açısından risk oranı düşük olanlardan seçilmesidir. Ayrıca kamu sağlık harcamalarının oldukça yüksek olduğu da görülmektedir.²

Amerika Birleşik Devletlerinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeteri miktarda gelişme göstermediği görülmekle birlikte, aile hekimliği alanında uzmanlık eğitimi almış hekimler yerine, diğer dallarda eğitim almış olan hekimlerin sağlık hizmeti sunduğu görülmektedir. Burada görev yapan aile hekimlerince aile hekimlerinin yanında, dahiliye, kadın doğum ve pediatri dallarında uzmanlık yapmış olan hekimlerin olduğu görülmektedir. Ayrıca, burada görev yapan hekimlerin genel olarak bir arada çalışma yöntemini seçtiği görülmekle birlikte, birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan personellerin oranına bakıldığında ise, bu oranın %40 civarında olduğu bilinmektedir.

¹ C. Terzi, “Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi” Toplum ve Hekim, C. 22, S. 1-2, Ankara, 2007, s. 2

² Terzi, s. 2

Aile hekimliğinin yerine getirilmesinde grup çalışması yapılmasının temel nedeni ise, tıbbi sonuçların alınması ve yardımcı personellerin ortak kullanılmasına yönelik olarak ekonomik çalışma yönteminin tercih edilmesinden kaynaklanmaktadır. Burada görev yapan hekimlerin genel olarak tedavi hizmeti ile birlikte, diğer basamakta yer alan sağlık birimlerine sevk yaptığı görülebildiği gibi, uzmanlık alanına göre bir başka hekime sevk işlemini de yaptıkları görülmektedir. Elbette burada hastaların sahip oldukları sigorta kapsamının da önemi bulunmakta ve sigorta kapsamındaki hekim ile sınırlı oldukları görülmektedir.¹

Amerika Birleşik Devletlerinde aile hekimliği uygulaması 1960 yılı sonrasında, hekim sayısı açığının fark edilmesi ile ortaya çıkmış, bu durum ise genel pratisyenliğe ilginin artmasına neden olmuştur. Bu amaçla da, aile hekimliği adı altında yeni bir sertifika hizmetinin devreye sokulduğu görülmektedir. Bu uygulamanın başarısızlıkla sonuçlanması neticesinde, yine aynı yıllarda genel hekimlik uygulamalarının sayılarının arttırılmasına yönelik çalışmalar yapıldığı, bu çerçevede ise birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik bilgi ve becerilerin yer aldığı uygulamanın ön plana çıktığı gözlenmiştir. Bu gelişmelerin arkasından ise, 1966 yılında yayınlanan raporlarla birinci basamak sağlık hizmetlerinin resmen bir uzmanlık dalı olarak kabul edildiği görülmektedir. Bu dönemde ortaya konulan raporlara bakıldığında, bu raporların ilki Milis raporu olarak da bilinen Amerikan Tıp Birliği Mezuniyet Sonrası Tıp Eğitim Raporu olup ikincisi ise, Amerikan Tıp Birliği Tıp Eğitim Konseyi Aile Hekimliği Eğitim Komitesi Raporudur. Son olarak yayınlanan diğer bir rapor ise, Folsom Raporu olarak bilinen Toplum Sağlığı Ulusal Komisyon raporudur. Yayınlanan bu raporlar, gerek Amerikan Halk Sağlığı, gerekse Ulusal Sağlık Konseyi tarafından desteklenmiştir.²

Meydana gelen bu gelişmelerin arkasından Amerikan Aile Hekimleri Kurulu tarafından, aile hekimliğinin bir uzmanlık dalı olarak oluşturulduğu görülmektedir. Bu gelişme ile birlikte ise, resmi yollardan aile hekimliğinin resmen kabul edilmiş

¹ J.W. Ahesley - C. Gjerde - H. Yaman, “ABD’de Aile Hekimliği”;
<http://www.ailehekimleri.net/index.php/abd-uygulamasi>, (25.11.2014)

² Dikici – Kartal – Alptekin – Çubuklu – Ayanoglu – Yarış, s. 414.

olup, Millis, Willard ve Folsom Raporları da çeşitli kurumlar tarafından teşvik görmüştür.¹

Ortaya çıkan bu gelişmelerle birlikte, Amerika’da uygulanan aile hekimliği uygulaması içerisinde aile hekimlerinin hastanelerde tedavi gören hastaları yönlendiren ve kontrol eden sağlık çalışanları oldukları görülmekle birlikte, aile hekimlerine başvuru oranlarının %30 civarında olduğu belirtilmektedir. Yapılan bu başvurulara bakıldığında, aile hekimine yapılan başvuruların, dahiliye ve pediatriye yapılan baş vurulardan %18 daha fazla olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Bunun yanında kadın doğum hastalıklarına yapılan başvurularla karşılaştırıldığında ise, yaklaşık olarak aile hekimi başvuruları ile aynı oranda olduğu görülmektedir. Amerika Birleşik Devletlerinde aile hekimliği uzmanlık alanının tıp fakültesi sonrasında üç yıl olduğu bilinmekle birlikte, tıp fakültelerinden mezun olan hekimlerin yaklaşık olarak %12’si bu uzmanlık alanına dâhil edilmektedir.²

2.2. İngiltere’de Aile Hekimliği Uygulamaları

İngiltere’de uygulanan sağlık sistemine bakıldığında, sağlık hizmetlerinin finansmanının vergiler ve ulusal sağlık sigortaları tarafından karşılandığı görülmekte olup, sağlık hizmetlerinin genel olarak ücretsiz olduğu görülmektedir. Verilen sağlık hizmetlerinin uygulama yöntemine bakıldığında ise, bu hizmetlerin genel olarak birinci basamak sağlık hizmetleri aracılığı ile yürütüldüğü görülmektedir. İngiltere’de 1947 yılında Aile Hekimliği Kraliyet Koleji’nin kurulması ile aile hekimliği uygulamalarına ilk adım atılmıştır. Ayrıca, sağlık uygulamaları açısından 1948 yılında kurulan NHS’nin (Ulusal Sağlık Hizmetleri) İngiltere’de yaşayan tüm vatandaşlara koruyucu sağlık hizmeti sunduğu, bunun yanında ise, birinci basamak sağlık hizmeti ile hastane hizmetleri sağladığı görülmektedir.³

¹ Dikici – Kartal – Alptekin – Çubuklu – Ayanoğlu – Yarış, s. 414.

² J.W. Ahesley - C. Gjerde - H. Yaman, “ABD’de Aile Hekimliği”; <http://www.ailehekimleri.net/index.php/abd-uygulamasi>, (25.11.2014)

³ G. Aksakoğlu, “İngiltere Sağlık Sistemi” Toplum ve Hekim, C. 64, S. 5, Ankara, 1994, s. 97

İngiltere’de temel sağlık hizmetleri, önem verilen bir sağlık hizmet alanı olup, hastaların ilk başvuru yerlerinin aile hekimlikleri olduğu görölmektedir. Bunun yanında temel sağlık hizmeti bünyesinde hastane acil servis hizmeti, toplum sağlığı hizmetleri, diş ve göz sağlığı hizmetleri ile genel sağlık hizmetleri de yer almaktadır. Geniş kapsamlı olarak ele alınan ve bütçesi Ulusal Sağlık Sistemi tarafından karşılanan aile hekimliği harcamalarının, genel sağlık harcamaları içerisinde %33’lük bir orana sahip olduğu görölmektedir.¹

İngiltere’de otuz dört bin aile hekimi hizmet vermekte olup, bu aile hekimlerinden çoğu dört ile beş hekimden oluşan grup halinde hizmet vermektedir. Bunun yanında yardımcı personellerle birlikte tek başına hizmet veren aile hekimleri de bulunmakta olup, aile hekimlerinden yaklaşık olarak altı bin tanesinin sağlık merkezlerinde görev yaptığı görölmektedir. İngiltere’de her bir aile hekimine düşen birey sayısı yaklaşık üç bin kişi olup, bu bireylerin sağlık söz konusu olduğuunda öncelikle aile hekimlerine başvurduğu görölmektedir. Ülkede acil durumlar dışında hastaların doğrudan ikinci basamak sağlık kurumlarına başvuramadığı görölürken, birinci basamak sağlık kurumlarından, üst basamaklara yapılan sevk oranları ise %10 civarındadır.²

İngiltere’de aile hekimliği hizmetlerinin serbest sözleşmeli hekimler tarafından yapıldığı görölürken, diş ve göz sağlığı ile ilgili hizmetlerin hizmet başına ücretlendirildiği, genel pratisyenlik uygulamalarında ise ödeme açısından karmaşık bir ödeme sisteminin bulunduğu görölmektedir. Bunun yanında genel pratisyen hekimlerin kendisine bağlı hastalara genel tıbbi hizmet sunduğu, ödeme açısından ise, ödeme mekanizmasının dışında herhangi bir sağlık ücretinin alınmadığı görölmektedir. Bu nedenle de sağlık hizmetini elde etmede herhangi bir parasal engel bulunmamaktadır. Sağlık hizmetinin elde edilmesine yönelik olarak, başvuruların %95’inin aile hekimlerine yapıldığı, bu başvuruların %90’ının aile hekimleri tarafından karşılandığı görölmektedir. Her bireyin yılda ortalama beş kez aile

¹, <http://www.tahev.org/pages.asp?L=3>, (25.10.2014)

², <http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/duenyada-aile-hekimlii.html>, (25.11.2014)

hekimine başvurduğu, bu başvuruların %12'sinin hastanın evinde, diğer görüşmelerin ise ofiste veya telefonla yapıldığı sonucu elde edilmektedir.¹

Ayrıca, İngiltere'de her bireyin kendi aile hekimini seçebildiği görülürken, aile hekimlerinin de başvuruda bulunan bireyleri listesine alıp almaması konusunda serbest olduğu görülmektedir. Bunun yanında, başvuruda bulunan bireyler yalnızca sağlık otoriteleri tarafından belirlenen kişilerden oluşmayıp, bu ülkede geçici oturma belgesine sahip olan bireylerin de aile hekimlerine başvurduğu görülmektedir. Başvuruda bulunan bireylere travma ve acil sağlık hizmetleri, anne ve çocuk sağlığı hizmetleri, genel poliklinik hizmetleri ücretsiz olarak verilmektedir.²

İngiltere'de tüm tıp fakültelerinde aile hekimliği bölümünün bulunduğu ve mezuniyet öncesinde bu eğitimin verildiği görülmektedir. Bu ülkede aile hekimliği eğitimi 1979 yılında zorunlu hale getirilmiş, bir yıllık intörnlük döneminden sonra, iki yıllık hastane eğitimi, daha sonra ise eğiticilik eğitimi almış olan aile hekimlerinin yanında alınan bir yıl eğitim ile eğitim süresi tamamlanmaktadır. Aile hekimliği için uzmanlık sonrasında sınav zorunluluğu bulunmayıp, ancak Aile Hekimliği Kraliyet Koleji'ne üye olabilmek amacıyla, aile hekimlerinin yaklaşık %80'inin sınava girdiği görülmektedir.³

2.3. Almanya'da Aile Hekimliği Uygulamaları

Almanya'da ortalama bir gelire sahip olanlar için sosyal sağlık sigortası ücretsiz olmakla birlikte, yüksek gelire sahip olan bireylerin bu kapsama dahil edilmesi zorunlu değildir. Bireylerin isteği halinde bu kapsama dahil edildiği görülürken, diğer bir durumda özel sağlık sigortası satın alabilmektedirler. Sağlık sigortası genel nüfusun %88'ini kapsamaktadır. Nüfusun %20'ye yakın bir kısmının ise, genel sağlık sigortası ya da özel sağlık sigortası arasından seçim yapabildiği

¹, <http://www.tahev.org/pages.asp?L=3>, (25.10.2014)

², <http://www.tahev.org/pages.asp?L=3>, (25.10.2014)

³, <http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/duenyada-aile-hekimlii.html>, (25.11.2014)

görülmektedir. Bunun yanında hiç sigortası olmayanların oranına bakıldığında ise, bunların yaklaşık olarak nüfusun %1'ine tekabül ettiği bilinmektedir.¹

Diğer yandan Almanya'da sağlık eğitimlerinin bilinçli bir şekilde yapıldığı görülmekte olup, koruyucu sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümünün halkın sağlık eğitimi ile kitlelere ayrıldığı görülmektedir. Almanya'da uygulanan sisteme göre, halkın kendi sağlığını korumakla yükümlü olduğu, bunun yanı sıra ise sağlık eğitimlerinde federal devletin, eyaletlerin ve belediyelerin sorumlu olan, görev paylaşımı açısından iç içe geçmiş bir sistemin olduğu bilinmektedir. Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı, eyalet düzeyinde bir sağlık eğitiminden sorumludur. Bakanlık bünyesinde bulunan Sağlık Eğitim Merkezi bu görevi üstlenmiş bulunmaktadır.²

Almanya'da ciddi oranda sağlık sigortası kapsamında vatandaşın bulunmasının yanında, sağlık hizmetlerinin sağlık sigortası kapsamında bulunanlara doktor seçme hakkı tanıdığı, bunun yerine gelmesi esnasında ise genel olarak ücretsiz hizmet almanın yanında, uzmanlık dalları ile pratisyenlik arasında bir seçimin de mümkün olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, hastaneye yatışlarda geçen ilk on dört günlük hizmet bedeli ile kullanılan ilaç bedelleri, hastaneye başvuru esnasında yapılan hizmet bedellerinin bir kısmı hastadan tahsil edilmektedir.³

Almanya'da yürütülen aile hekimliği hizmetlerine bakıldığında ise, bu hizmetlerin genel olarak, genel pratisyen hekimlerin yanında çocuk hastalığı uzmanları, iç hastalıkları uzmanları ve hasta tercihi dikkate alınarak diğer uzmanlık alanlarında görev yapan hekimler tarafından karşılandığı yine diğer uzmanlık dalları ile karşılaştırıldığında da, genel pratisyen hekimlikte artışın söz konusu olduğu, bu konuda pratisyen hekimlerin teşvik edildiği görülmektedir. Burada uygulanan sisteme bakıldığında temel sağlık hizmetlerinde öncelikli olarak koruyucu hekimlik uygulamalarının ön planda olduğu görülmekte olup, sağlık açısından çocuk takipleri ile kanser taramaları öncelikli olarak yapılmaktadır. Aile hekimliği uygulamalarına göre öncelikli olan diğer alanlara bakıldığında ise, bunlar genel olarak sağlık

¹ R. Busse, "The Health System in Germany" Eurohealth, C. 14, S. 1, Berlin, 2008, s. 5

², <http://ailehekimligi.gov.tr/makaleler/346-2010-06-11-12-15-49.html>, (25.11.2014)

³, <http://www.tahev.org/pages.asp?L=3#ahgelisim>, (25.10.2014)

danışmanlıkları, acil tıp hekimliği, iş sağlığı hekimliği ve sosyal tıp şeklinde sıralanmaktadır. Öte yandan diğer uzmanlık alanları ile kıyaslandığında, aile hekimliklerinin vermiş olduğu hizmetlerin daha kısıtlı olduğu görülmektedir.¹

2.4. Hollanda’da Aile Hekimliği Uygulamaları

Hollanda’da Bismarck Sosyal Sağlık Sigortası modeli uygulanmakta olup, bu modele göre, işveren ve çalışanlardan katkı payı alınmakta, elde edilen sağlık gelirlerinin sigorta kurumlarında toplanmaları ile birlikte, sigorta kurumları tarafından hastaneler ve diğer sağlık hizmeti verenlerle sözleşme yapılması, bu kapsamda ise ödemelerin karşılanması söz konusudur. Hollanda’da uygulanan aile hekimliği hizmetine bakıldığında, aile hekimliklerinin ulusal bir birlik kapsamında yürütüldüğü ve bunların kesintisiz hizmet verme sorumluluğu olduğu görülmektedir. Bunun yanında Hollanda vatandaşlarına uygulanan sağlık sistemine bakıldığında, bireyler iki sağlık sigortası bünyesinde hizmet almaktadırlar. Bunlardan birincisinin, Olağanüstü Medikal Giderler Sigortası olduğu, bu kapsamda ise halkın %100’ünü kapsayan ve uzun süre tedaviye ihtiyacı olan hastalar için uygulandığı görülmektedir. Burada yapılan kayıt sistemine göre hastalar, doktor ve sağlık birimi seçmek durumundadır.²

Hollanda’da sağlık hizmetini yürüten diğer sağlık sigortasına bakıldığında ise, bu sigortanın Hasta Fonu Sistemi olduğu, uygulanan bu sigorta sistemi kapsamında halkın %60’ının bu fondan faydalandığı, 65 yaş üstü vatandaşlar ile geliri belli bir seviyenin altında bulunanların da bu fondan faydalandığı bilinmektedir. Ayrıca, bu fondan faydalanabilmek için aile hekimlerinin listesinde yer alma zorunluluğu bulunmaktadır. Bu ülkede bulunan vatandaşların aile hekimini seçme özgürlüğünün bulunmasının yanında, en az bir yıl bu aile hekimleri ile birlikte çalışmaları gerekmektedir. Bunun yanında aile hekimliği uygulamaları, özel tıbbi uygulamalarla birlikte, ana sağlığı hizmetleri, diş sağlığı hizmetleri, hastane giderleri ve ulaşım ile ilgili giderleri karşılamaktadır. Bu kapsamın dışında kalan ve %40 gibi bir orana

¹, <http://www.tahev.org/pages.asp?L=3#ahgelisim>, (25.10.2014)

² S. Korukluoğlu – Y. Üstü – İ. Kasım – R. Doğusan – A. Hacımamağaoğlu, Aile Hekimliği Türkiye Modeli, (Ed. S. Aydın), Ankara, 2004, s. 7

sahip olan diğer vatandaşların özel sağlık sigortası kapsamında bu hizmetleri elde ettiği görülmektedir. Bununla birlikte özel sağlık sigortaları da yine devlet kontrolü altındadır.¹

Aile hekimliği yapabilmek için öncelikle altı yıl süren bir tıp fakültesi eğitimi ile ortalama üç yıllık bir mesleki eğitim şartı bulunmakta, söz konusu eğitim programı tamamlandıktan sonra ise, yaklaşık üç ile beş yıl içerisinde aile hekimliğine başlanmaktadır. Aynı zamanda aile hekimlerinin son yıllarda diğer uzmanlık alanları ile grup halinde çalışarak, sayılarının arttığı görülmektedir.²

Hollanda’da uygulanan sağlık hizmetlerine bakıldığında diğer ülkelere oranla daha geniş bir sağlık hizmetini içerdiği görülmekte, bu hizmetlerin içerisinde ayaktan tedavilerin yanında, evde bakım hizmetleri ile ruh ve sinir hastalıkları hizmetlerinin yer aldığı görülmektedir. Bu kapsamda aile hekimlerinin %47’sinin serbest çalıştığı görülmekte, yaklaşık olarak görev yapan aile hekimi sayısının ise yedi bin civarında olduğu bilinmektedir.³

Ayrıca, hastaların Hollanda’da her hangi bir acil durumun olmaması halinde her hangi bir alandaki uzmana başvurmadan önce aile hekimine başvurma zorunluluğu bulunmaktadır. Sağlık uygulaması açısından aile hekimlikleri sağlık sisteminin ilk basamağını oluşturmaktadır. Yapılan araştırmalar bu ülkede vatandaşların yaklaşık olarak dört ile beş kez aile hekimlerine başvurduğunu göstermektedir. Bunun yanında ülkede bir aile hekimine düşen nüfus oranı ise yaklaşık olarak iki bin üç yüz civarındadır.⁴

¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği Türkiye Modeli, (Ed. S. Aydın), Ankara, 2004, s.8

², <http://ailehekimligi.gov.tr/makaleler/346-2010-06-11-12-15-49.html>, (25.11.2014)

³, <http://ailehekimligi.gov.tr/makaleler/346-2010-06-11-12-15-49.html>, (25.11.2014)

⁴, <http://www.tahev.org/pages.asp?L=3#ahgelisim>, (25.10.2014)

2.5. Danimarka’da Aile Hekimliği Uygulaması

Danimarka’da uygulanan sağlık sistemine göre, ülkede bulunan sağlık sigorta sisteminde, sağlık hizmetinin temin edildiği, sağlık hizmetlerinin bu ülkede yaşayan tüm bireyler için ücretsiz olduğu g r lmektedir. Burada uygulanan sisteme göre sağlık hizmetlerinin ilk aşamasında pratisyen hekimler bulunmaktadır. Bunun yanında sağlık hizmetleri içerisinde on sekiz yaşından küçük bireylerin de yine sağlık uygulamaları ile diş hekimliği hizmetlerinden ücretsiz yararlandırıldığı g r lmektedir. Danimarka’da 1993 yılında yapılan reform çalışmaları ile birlikte, sağlık ihtiyacı duyanlara istenilen her ilde tedavi görebilme ve istediği hastaneyi seçme özgürlüğü tanınmıştır.¹

Danimarka’da uygulanan sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşları kapsadığı görülmekle birlikte, ülkede iki çeşit sigorta bulunduğu, ilk sigorta gurubunda bulunanların kendilerine bir aile hekim seçme zorunluluğunun bulunduğu ve bu kesimin toplumun %97’sini oluşturduğu g r lmektedir. Bunun yanında aile hekimlerinin diğer uzmanlık alanlarına yapmış olduğu sevklerde herhangi bir ücretin talep edilmediği g r l rken, vatandaşların altı aydan sonra aile hekimlerini değiştirme hakları da bulunmaktadır. Bu ülkede uygulanan diğer sağlık sigortası uygulamasına bakıldığında ise bu uygulamada sağlık hizmetini alanların bir miktar ödeme yaptıkları g r lmektedir. Bu tip sağlık sigortalarında aile hekimlerini değiştirme konusunda herhangi bir kısıtlama olmadığı gibi, diğer uzmanlık alanlarına doğrudan başvurma hakları da bulunmaktadır. Bu tip başvurularda sigortalılar hizmet bedelini kendileri karşılamaktadır. Ülkede aile hekimi başına hasta sayısı bin altı yüz civarındadır. Aile hekimleri genel olarak genel muayenelerle birlikte, anne  ocuk sağlığı, aşılama işlemleri ve ilaç uygulamaları görevlerini yerine getirmektedir.²

Danimarka’da ülke genelinde yaklaşık üç bin    yüz aile hekimi görev yapmakta olup, hastaların kendi yaşadıkları bölgedeki doktora başvurmaları zorunluluğu bulunmaktadır. Ancak herhangi bir problemin meydana gelmesi halinde

¹ J.  vretveit, “ skandinav ülkelerinde  zelleştirme ve  zel Sağlık Hizmetleri” Toplum ve Hekim, (Ed. N. Etiler), C. 20, S. 5, Ankara, 2005, s. 353

², <http://ailehekimligi.gov.tr/makaleler/346-2010-06-11-12-15-49.html>, (25.11.2014)

hastaların başka doktorları tercih edebildikleri görülmektedir. Ülkede aile hekimi başına maksimum düşmesi gereken hasta sayısı iki bin civarında olup, bölgede doktor yetersizliğinin söz konusu olması durumunda bu sayının aşılabildiği de görülebilmektedir. Aynı zamanda birinci grupta yer alan hastalar için üst sınır bin üç yüz civarı olup, bu sayının artması halinde bölgeye yeni bir doktor atanmaktadır. Bunu yanında sigorta kapsamının dışında da doktorun çalışması söz konusu olmakla birlikte, böyle bir durumda ise, sağlık muayenelerinin ücretleri hasta tarafından karşılanmaktadır.¹

2.6. Norveç'te Aile Hekimliği Uygulamaları

Norveç, gerek kişi başına düşen milli gelir, gerekse sağlık hizmetleri doğrultusunda elde edilen verilere göre dünyanın en gelişmiş ülkeleri arasında yer almaktadır. Sağlık hizmetlerinin %85'i kamu bütçesinden karşılanmakta olup, sağlık sisteminde meydana gelen değişikliklere rağmen devletin aynı oranda finansmanı devam etmektedir. Ülkedeki sağlık sisteminin yerel yönetim ve belediyelerin belirli çerçevelerde yaptığı planlaması ve uygulamaya koyması ile yürütüldüğü görülmektedir.²

Bu ülkede bulunan sağlık hizmetlerine göre, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlık merkezleri tarafından verildiği ve her yerleşim alanının bir sağlık yönetimini oluşturduğu görülmekte, ayrıca il yönetimine bağlı kırsal bölge sağlık yönetimleri bulunmaktadır. Bu sağlık merkezlerinde bulunan aile hekimliklerinde sözleşme karşılığında aile hekimleri, hemşireler ve sağlık memurlarının görev yaptığı görülmektedir. Aile hekimlikleri hizmet başına ücretlendirilmekte olup, koruyucu ve tedavi edici hizmetler bir arada yürütülmektedir.³

Norveç'te hekimlik uygulamaları süresi altı yıl eğitimin arkasından bir yıllık hastane veya aile hekimliklerinde adaylık eğitimi sonrasında oluşmaktadır. Bu eğitim

¹, <http://www.tahev.org/pages.asp?L=3#ahgelisim>, (25.10.2014)

² G. Ekuklu, "Norveç Sağlık Sistemi" Toplum ve Hekim, C. 21, S. 5-6, Ankara, 2006, s. 372

³, <http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/dunyada-aile-hekimlii.html>, (25.11.2014)

süreci birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışabilmek için yeterli olmakla birlikte, diğer uzmanlık alanları göz önüne alındığında bu birimlerde görev yapan hekimlerin daha düşük gelir durumuna sahip olduğu görülmektedir. Bunun yanında aile hekimliği uzmanlığını elde edebilmek için bir yılı hastanede dört yılı birinci basamak sağlık kurumlarında olmak üzere beş yıl eğitim görmeleri gerekmektedir. Ayrıca, Norveç'te ulusal sağlık sigortasının tüm nüfusu kapsadığı görülmekle birlikte, ülkede sağlık hizmetlerinin yönetimi yerel yönetimler bünyesindedir.¹

Norveç'te aile hekimliği uygulamaları, koruyucu sağlık hizmetleri ile birlikte, birinci basamakta yer alan tedavi hizmetlerini kapsamakta, hekim başına bin beş yüz ile iki bin beş yüz arasında hasta düşmektedir. Aile hekimliklerinde görev yapan sağlık çalışanlarının planlamasını yerel yönetimler yapmakta olup, aile hekimlikleri kendi bölgesinde bulunan hastalara bakmaktadır. Ülkede sağlık hizmetlerinin finansmanını devlet fonu ile birlikte, genel sağlık sigortası ve sağlık talebinde bulunanların ödemiş olduğu katkı paylarından oluşan karma bir ödeme sistemi de bulunmaktadır. Bunun yanı sıra sağlık hizmetlerinde ilk başvuru yeri aile hekimlikleri olup, buraya başvurulardan sonra diğer basamaklardan sağlık hizmeti alınmaktadır.²

2.7. İspanya'da Aile Hekimliği Uygulamaları

İspanya'da sağlık harcamaları kamu bütçesinden finanse edilmekte olup, İspanya'da 1986 yılında ulusal sağlık sistemi devreye sokulmuş, devreye sokulan sağlık sistemi ile birlikte, ulusal sağlık sisteminin temeli oluşturulmuştur. İspanya'da sağlık alanında meydana gelen dönüşüm ile birlikte, temel sağlık sistemi anlayışı benimsenmiştir. Meydana gelen bu gelişmelerle birlikte 1960'lı yıllarda sağlık hizmetlerine ulaşma oranı %50 civarında seyrederken, 2000'li yıllarda bu oran %100 seviyelerine ulaşmıştır.³

¹, <http://ailehekimligi.gov.tr/makaleler/346-2010-06-11-12-15-49.html>, (25.11.2014)

², <http://ailehekimligi.gov.tr/makaleler/346-2010-06-11-12-15-49.html>, (25.11.2014)

³ A. Azap, İspanya Sağlık Sistemi: "Yerinden Yönetmek Merkezden Yönetime Göre Daha mı İyi?", Toplum ve Hekim, C. 22, S. 4, Ankara, 2007, s. 242

Sosyal sağlık sistemi ile herkese ücretsiz sağlık hizmetinin verilebildiği ve aile hekimliğinin en iyi uygulandığı ülkelerden biri olan İspanya’da, bizde aile sağlığı merkezine karşılık gelen aile hekimliği kliniği tanımlaması kullanılmaktadır. Tek kişilik aile hekimliği klinikleri bulunmayıp, en küçük klinikte beş ile sekiz aile hekimi bulunmaktadır. Ayrıca, küçük kliniklerde pediatrist de olup, sekizden fazla aile hekiminin çalıştığı büyük kliniklerde; geriatrist, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, diş hekimi, eczacı ve biyokimya uzmanı çalışmaktadır. İspanya’da hekim başına düşen kişi sayısı, 1.700 ile 2.200 kişi arasında olup, poliklinik sayısı günde yaklaşık 30 ile 40 arasında değişmektedir. Poliklinik hizmetleri gün içerisinde ayarlanılan iki çalışma aralığında verilmektedir. Bir kısmı saat 08:⁰⁰-15:⁰⁰ aralığında çalışan hekimlerin, bir kısmı da 14:⁰⁰-21:⁰⁰ saatleri arasında hizmet vermektedir.¹

2.8. Polonya’da Aile Hekimliği Uygulamaları

Polonya’da aile hekimliği uygulamaları 1996 yılında başlamıştır. Ülkede aile hekimliği konusunda yapılan uygulamalara bakıldığında, dünyaya gelen tüm çocukların aile hekimliği kapsamına dâhil edildiği görölmekte olup, öncelikle uygulamaya geçmeden çocuğun ailesinden izin alındığı görölmektedir. Bunun yanında hastalara verilen uzmanlık alanlarındaki hizmetler ile rehabilitasyon hizmetleri, laboratuvar hizmetleri ve sağlık kapsamında değerlendirilecek olan tüm hizmetlerin ücretsiz karşılandığı görölmektedir. Bu hizmetten faydalanabilmek adına aile hekimlerinin sevk işlemlerini gerçekleştirmesi gerekmektedir. Polonya’da aile hekimleri tamgün ve haftanın beş günü ihtiyacı olanlara hizmet vermektedirler.²

Aile hekimliği uygulaması Polonya’da 1996 yılında faaliyete geçirilmiş olup, aile hekimliği uygulamalarında sağlık ödemeleri kişi başına ödeme olarak yapılmaktadır. Bu ödemeler içerisinde yapılan cerrahi işlemler ve laboratuvar hizmetleri de dâhil olmak üzere sağlıkla ilgili yapılan hizmetlerin ücretleri de bulunmaktadır. Ayrıca, doğan çocukların sisteme dâhil edilmesi aşamasında, aileden

¹ H. Külbey, “İspanya Aile Hekimliği İzlenimleri”, Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, C. 18, s. 4, Ankara, 2014, ss. 2-3

² S. Korukluoğlu, “Aile Hekimliğinde Sevk Zinciri”, Sağlıkta Dönüşüm Programı erevesinde Aile Hekimliği Uygulaması, Afyon, 2004, s. 18

alınan olumlu ya da olumsuz cevaba göre, aile hekimlerine kayıtlar aktif ve pasif olmak üzere iki şekilde değerlendirilmekte, olumlu cevap gelmesi halinde ilgili aile hekimlerine kayıt yapılırken, cevabın olumsuz olması durumunda farklı bir aile hekimine kayıt yapılmaktadır. Polonya’da her bir hekimin hasta sayısı iki bin beş yüz kişiye ulaşınca kadar iki hemşire ile çalışılması gerekmektedir.¹

2.9. Portekiz’de Aile Hekimliği Uygulamaları

Portekiz’de aile hekimliği uygulaması 1982 yılında başlamış olup, bu ülkede yapılan uygulamaya göre aile hekimliğine geçiş sürecinde, hekimler herhangi bir aile hekimliği eğitimi almadan göreve başlamıştır. Bu gelişmenin arkasından ise, hekimler hizmet içi eğitim yolu ile eğitime tabi tutulmuşlardır. Bunun yanında Portekiz’de aile hekimliği uygulamaları için Portekiz Tabipler Birliği aile hekimliği yeterlilik sistemi kurulmasının arkasından 1983 yılında Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği, daha sonra 1987 yılında ise Lizbon Tıp Fakültesi Aile Hekimliği bölümleri kurulmuştur.²

Aile hekimliği uzmanlığı için altı yıllık tıp fakültesi eğitiminin arkasından on sekiz aylık asistanlık eğitimi ile birlikte, aile hekimliği için üç yıllık uzmanlık eğitimi görmektedirler. Bu gelişmelerin arkasından ise, aile hekimleri sertifikalandırılmaktadır. Portekiz’de hekimler ulusal sağlık sistemine bağlı çalışmakta olup, bu hekimlerden bir kısmı ise özel olarak çalışmaktadır. Aile hekimliği açısından bakıldığında nüfusun %80’inin kayıt altında olduğu, bunun yanı sıra her bir aile hekimine bin beş yüz kişinin kayıtlı olduğu, hekimlerin ücretlerini ise maaş karşılığı aldığı görülmektedir. Bunun yanında özel olarak görev yapan hekimler yapmış olduğu hizmete göre ücretlendirilmektedir. Bu ülkede ilk başvuru aile hekimlerine yapılmakta olup, sevk zincirine göre diğer basamaklara geçebilmektedirler. Portekiz vatandaşları, ilk basamaktan sonraki sağlık kurumunu seçebilmekte, fakat sevk olduğu sağlık kurumundaki hekimi seçmemektedir. Bu

¹, <http://www.tahev.org/pages.asp?L=3>, (25.10.2014)

², <http://ailehekimligi.gov.tr/makaleler/346-2010-06-11-12-15-49.html>, (25.10.2014)

ülkede uygulanan sisteme göre, laboratuvar ve görüntüleme hizmetleri özel sağlık kuruluşları tarafından karşılanmaktadır.¹

2.10. Bulgaristan’da Aile Hekimliği Uygulamaları

Bulgaristan’da sağlıkta dönüşüm 1998 yılında yapılan değişimlerle gerçekleşmiş, aynı yıl içerisinde kabul edilen Sağlık Sigortası Kanunu ile başlamıştır. Söz konusu kanun kapsamında ulusal sağlık sigortası oluşturulmuş, bu sigorta ile sosyal sağlık koruma sistemi başlatılmıştır. Bunun yanında ülkedeki gönüllü sağlık sigortası ise isteğe bağlı olarak çalıştırılmaktadır. Oluşturulan bu sistemle, doktor hasta ilişkilerinde açık ilişkiler kurulmuş, sağlık hizmetlerinin daha ulaşılabilir olması sağlanmış, hastalara yüksek kalitede hizmet vermek amaçlanmış ve sağlık çalışanlarına maaş sağlanması ile yüksek memnuniyet düzeyi amacı gerçekleştirilmiştir.²

Bulgaristan’da sağlık Sigortası Kapsamında sigortalıların sağlıklarını korumaya yönelik olarak, koruyucu muayenelere katılması gerekmekte birlikte, sigortalılar bu durumdan sorumlu tutulmuştur. Vatandaşların sağlık hizmetini temin etmesine yönelik olarak, prim ödemeleri gerekmekte olup, Bulgaristan’da belirlenen asgari ücretin %1’inin muayene amacıyla doktora, asgari ücretin %2’sini hastanede kalınan süre için sağlık kurumuna ödendiği görülmektedir. Bunun yanında işsiz, asker, özel hastalığı olanlar, fakirler ve huzurevinde kalanlar bu ücretlerden muaf olmaktadır.³

2.11. Çek Cumhuriyetinde Aile Hekimliği Uygulamaları

Çek Cumhuriyetinde yapılan sağlık uygulamalarına bakıldığında ülkede 1993 yılında hayata geçirilen zorunlu sağlık sigortası ile vergiye dayalı sağlık hizmetlerinden eşitliğe dayalı bir sistem olduğu görülmektedir. Söz konusu sistemde sağlık hizmetlerinin finansmanı devlet, birey ve işverenler tarafından karşılanmakta,

¹, <http://ailehekimligi.gov.tr/makaleler/346-2010-06-11-12-15-49.html>, (25.10.2014)

², <http://www.tahev.org/pages.asp?L=3>, (25.10.2014)

³, <http://www.tahev.org/pages.asp?L=3>, (25.10.2014)

bunun yanında işsizler, emekliler, öğrenciler, askerler, mahkûmlar ve sosyal yardım alanların sağlık giderleri devlet tarafından karşılanmaktadır.

Sağlık hizmetleri genel çerçevede bölgesel olarak sunulmakta, her bireyin yaşamış olduğu bölgede bulunan sağlık hizmet büroları tarafından gerekli şartlar oluşturulmakta, bireylerin birinci basamak sağlık hizmeti alması konusunda yardımcı olmaktadır. Vatandaşların talebinin olması halinde altı ayın sonunda anlaşma yapılan hekimler değiştirilebilmektedir. Bu ülkede birinci basamak sağlık hizmetlerinde dört farklı hekim hizmet vermekte olup, yetişkin, çocuk ve kadın doğum hizmetlerinin pratisyen hekimler ve ağız diş sağlığı hekimleri tarafından verildiği görülmektedir.¹

2.12. Finlandiya’da Aile Hekimliği Uygulamaları

Finlandiya’da sağlık hizmetleri diğer ülkelere nazaran bir takım farklılıklar içermekte olup, burada sağlık hizmetinden faydalanabilmek için zorunlu sağlık sigortasına kayıt yapılması gerekmektedir. Bunun yanında zorunlu sağlık sigortası kaydı olmayanlar için yasal olarak kısıtlamalar meydana getirilmekte olup, sağlık harcamaları ise merkezi yönetimin yanında yerel yönetimlerin topladığı vergilerden sağlanan katkıları ile yürütülmektedir. Ayrıca bireylerden alınan primler yüksek miktarda olup, %35 gibi bir oranı bulmaktadır. Sağlık hizmetinin sunulması ise yerel yönetimler tarafından yerine getirilmekte olup, bölgelerde bulunan sağlık merkezlerine bağlı hekimlerin de yine bakmakla yükümlü olduğu bölgeler bulunmaktadır. Bu ülkede bulunan bireyler, genel pratisyen olarak görev yapan hekimler tarafından sağlık sistemine ilk girişlerini yapmaktadırlar.²

Ülkede görev yapan hekimler tıp eğitimlerinin arkasından altı yıl uzmanlık eğitimlerine tabi tutulmaktadır. Böylece genel pratisyen unvanını alıp, bulundukları bölgede diğer sağlık çalışanları ile birlikte görev yapmaya başlamaktadırlar. Ülke vatandaşları sadece ilk basamakta yer alan hekimlerin dışında, özel muayene yapan hekimler ve iş yeri hekimleri tarafından sunulan sağlık hizmetinden de yararlanabilmektedir. Bunun yanında genel hekimlerin yoğun olarak görev yapması

¹, <http://www.ailehekimleri.net/index.php/cek-cumhuriyeti>, (25.11.2014)

², <http://www.tahev.org/pages.asp?L=3>, (25.10.2014)

nedeniyle özel olarak görev yapan hekimlere yoğun talep olduğu da görülmektedir. Meydana gelen durum yasa koyucuları bu ülkede harekete geçirmiş, 2004 yılında yürürlüğe giren yasa ile üç günden sonrasına randevu verilme yasağı gündeme getirilmiştir. Bunun yanında hastaneler için bu süre altı gün olarak belirlenmiş, ameliyatın söz konusu olma durumunda ise altı ay gibi bir maksimum süre konulmuştur.¹

Finlandiya’da birinci basamak sağlık hizmetleri bünyesinde koruyucu sağlık hizmetleri, sağlıklı yaşam programları, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetleri olarak sunulmaktadır. Bunun yanında her bir birinci basamak sağlık kuruluşuna üç kez başvuruya on bir Euro gibi bir ücret alınmaktadır.²

2.13. İrlanda’da Aile Hekimliği Uygulamaları

İrlanda’da tıp eğitim süresi altı yıl olup, tıp fakültesinin arkasından bir yıl intörnlük aşaması ile bu hizmetin arkasından tıbbi konsey onayı gerekmele birlikte, aile hekimliği için üzerine üç yıl uzmanlık eğitimi gerekmektedir. Bunun yanında ülkede vatandaşların %84’ünün sağlık güvencesinin olduğu görülmekle birlikte, sağlık sistemi içerisinde iki çeşit uygulama bulunmaktadır. Bu uygulamaya göre düşük gelirli olanlar birinci grupta, diğer kalanlar ise ikinci grupta değerlendirilmektedir. Birinci grupta yer alan vatandaşlar sağlık hizmetlerinin büyük bölümünü ücretsiz olarak elde ederken, diğer grupta genel olarak özel sağlık sigortasının daha rağbet gördüğü görülmektedir. Diğer taraftan isteğe bağlı sigortalıların oranı %35 civarındadır.³

İrlanda’da ilk basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimleri tarafından verildiği görülmekle birlikte, sevk işlemleri aile hekimleri tarafından yapılmaktadır. Bunun yanında düşük gelir gurubunda bulunan bireylerin bölgelerinde görev yapan aile hekimlerinden birini tercih edebilme şansları bulunmaktadır. Bu anlamda sağlanan sağlık hizmeti ile birlikte, verilen ilaçlar, tedaviler ve sağlığa yönelik cihazlar

¹, <http://www.tahev.org/pages.asp?L=3>, (25.10.2014)

², <http://www.tahev.org/pages.asp?L=ahgelisim>, (25.10.2014)

³, <http://ailehekimligi.gov.tr/makaleler/346-2010-06-11-12-15-49.html>, (25.10.2014)

ücretsiz olarak temin edilmektedir. Ülkede gelir durumu iyi olan bireylerin aile hekimine başvurması konusunda serbest oldukları görülmekte olup, bunların sevk zincirine uyma zorunluluğu bulunmamaktadır. Birinci basamakta görev yapan hekimler genel olarak yardımcı personelle birlikte yalnız görev yapmakta, ücretlendirme sistemi ise tedavi başına yapılmaktadır. Bununla birlikte ödemede yaş, cinsiyet ve oturulan bölgeye göre farklılıkların olabildiği gözlenmektedir. Bunun dışında aile hekimlerinin mesai dışı çalışmalar ve ev ziyaretlerinde hizmete göre ücretlendirme yapılabildiği de görülmektedir.¹

2.14. İsrail’de Aile Hekimliği Uygulamaları

İsrail’de sağlık uygulamaları genel sağlık sigortası kapsamında yapılmakta olup, nüfusun %96’sı bu sigorta kapsamındadır. Bunun yanında aile hekimliği hizmetlerinin kentsel yerleşim alanlarında iki bin ile üç bin kişi arasında bireyin dâhil edildiği sağlık ekipleri tarafından, kırsal alanlarda ise bir aile hekimi ile hemşirenin bulunduğu sağlık birimi tarafından verildiği görülmektedir. Bunların dışında özel çalışan aile hekimleri de bulunmakta olup, aile hekimliği birimlerinde laboratuvar ve röntgen hizmetleri bulunmaktadır.²

İsrail’de tıp fakültelerinin tamamında aile hekimliği bölümleri bulunmakta olup, bunların hem mezuniyet öncesi, hem de mezuniyet sonrası aile hekimliği eğitimi aldıkları görülmektedir. Aynı zamanda tıp fakültelerine bağlı bölümlerde aile hekimliği uzmanlığı bulunmaktadır. Söz konusu eğitimlerin süresi dört yıl olup, başarı durumuna göre sınava tabi tutulmaktadırlar.³

¹, <http://ailehekimligi.gov.tr/makaleler/346-2010-06-11-12-15-49.html>, (25.10.2014)

², <http://ailehekimligi.gov.tr/makaleler/346-2010-06-11-12-15-49.html>, (25.10.2014)

³, <http://ailehekimligi.gov.tr/makaleler/346-2010-06-11-12-15-49.html>, (25.10.2014)

2.15. Kanada’da Aile Hekimliği Uygulamaları

Kanada’da uygulanan sağlık sistemine göre vatandaşlarının tamamının sağlık sigortasını kapsadığı görülmektedir. Bunun yanında gelir durumu düşük olanlarla, 65 yaş üstündeki bireylerden sağlık primi alınmadığı görülmektedir. Ayrıca ülkede birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından verilmekte olup, kentlerde aile hekimliği uygulamaları muayenehane hizmeti olarak verilmektedir. Kanada’da aile hekimleri sevk basamağının üst seviyesine gönderdikleri hastaları kendileri takip etmekte olup, kırsal alanda ise küçük hastanelerde hizmet vermektedirler.¹

Kanada’da tüm tıp fakültelerinde aile hekimliği bölümleri bulunmakta olup, ülkenin en yaygın hekim gurubu aile hekimlerinden oluşmaktadır. Bu bölümlerden mezun olan hekimler uygulama öncesinde dört ile altı hafta arasında staj yapmakta, uzmanlık eğitimleri iki yıl sürmektedir. Hekimlerin talebinin olması halinde bu süre üç yıla çıkmakla birlikte, hekimler acil tıp ve geriatri olarak kariyer sağlamaktadırlar. Aile hekimliği koleji Kanada’da 1954 yılında kurulmuş, bu okulu bitirenler kolej üyeliği unvanını almaya hak kazanmıştır.²

2.16. Küba’da Aile Hekimliği Uygulamaları

Küba’da devrim öncesinde uygulanan sisteme göre, sağlık hizmetlerinin finansmanı üst gelir gurubunda bulunanlar için özel sağlık sigortası tarafından karşılanırken, işçiler adına sosyal güvenlik sistemi, yoksullar için ise yetersiz bir finansman sistemi bulunmaktaydı. Devrim sonrası sağlık sistemine bakıldığında ise, sağlık sisteminin dört aşamadan oluştuğu görülmekte olup, ilk aşama 1959 yılı ile 1969 yılları arasında gerçekleşmiş, bu dönem geçiş dönemi olarak adlandırılmıştır. Bu dönemde sağlık hizmetlerinin bütünleşmesi, sağlık ekiplerinin oluşturulması, toplumsal desteğin sağlanması olarak geçilmiştir. Bunun arkasından 1970 ile 1974 yılları sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması ile geçirilmiş, bu döneme poliklinik aşaması adı verilmiştir. Bunu takip eden ve 1975 ile 1984 yıllarını kapsayan dönem

¹, <http://ailehekimligi.gov.tr/makaleler/346-2010-06-11-12-15-49.html>, (25.10.2014)

², <http://ailehekimligi.gov.tr/makaleler/346-2010-06-11-12-15-49.html>, (25.10.2014)

ise toplum sağlığı dönemi olarak adlandırılmış ve bu dönemde geniş bir nüfusun sağlık hizmetlerine dâhil edilmesi sağlanmıştır. Küba’da 1984 yılı sonrası dördüncü aşama olup, sağlık hizmetlerine aile hekimliği boyutunun yerleşmesi ile toplum temelli sağlık hizmetlerinin sunulması şeklinde gelişmelere sahne olmuştur.¹

Küba’da hastanelerde koruyucu nitelikte tedavilerin yanında, rehabilitasyon hizmetleri de verilmektedir. Bunun yanında birinci basamak sağlık hizmetlerinin bütünleştirilmiş olduğu görülmekle birlikte, yerel yönetimlerin acil müdahale için sağlık donanımlarının bulunduğu gözlenmektedir. Ayrıca yerel yönetimlerin 2004 yılından itibaren sağlık hizmetlerine uzak olan bireyler için yoğun bakım birimleri kurduğu, burada aynı zamanda acil yardım hizmeti verildiği grlmektedir. Bunun dışında bulunan sağlık hizmetlerinin diğer klinikler ile hastanelerde verildiği grlmektedir.²

Küba’da yaşayan tüm nüfusun sağlık güvencesi altında olduğu grlmekte olup, tüm sağlık hizmetlerinin de ücretsiz olarak sunulduğu grlmektedir. Ülkede son yıllarda meydana gelen gelişmelerle birlikte, sağlık göstergelerinde önemli gelişmeler meydana gelmiştir. Ülkede sağlık hizmeti veren doktorların sayısı yaklaşık olarak yetmiş bin civarında olup, bu doktorların yaklaşık olarak otuz iki bin tanesini kırsal kesimde görev yapan aile hekimleri oluşturmaktadır. Ülkede bin tane vatandaşa altı hekimin düştüğü görülmekle birlikte, her aile hekimine beş yüz vatandaş düşmektedir. Ülkenin özelliği gereği sağlık merkezlerinin yanı sıra, mahalle aralarında aile hekimliği muayenahaneleri bulunmakta, doktorlar bir hemşire ile birlikte görev yapmaktadır.³

Aile hekimlerinin genel olarak dört görevi bulunmakta olup, bunlar koruyucu sağlık hizmetinin yanında, aşılama hizmetleri, sağlıklı yaşam teşvikleri ve rehabilitasyon hizmetleri olarak uygulanmaktadır. Bunun yanında diğer uzmanlık alanlarında bulunan hekimlerin ile birlikte çalıştıkları, konsültasyon yaptıkları ve aile doktorlarıyla ortak çalışma ile sürekli eğitime katkı sağladıkları grlmektedir.

¹ İ. Belek, Küba’da Sağlık Sosyalizmin Başarısı, İstanbul, 2009, s. 49

² Belek, s. 51

³, <http://www.tahev.org/pages.asp?L=3#ahgelisim>, (25.10.2014)

Ülkede vatandaşların doğrudan doğruya aile doktorlarına başvurabildiği gibi, hastanelere de başvurabildiği görülmektedir. Küba’da her poliklinik bir bölgeye yönelik hizmet yapmakta olup, aile hekimleri bu poliklinikler kapsamında çalışmaktadırlar. Ayrıca, aile hekimlerinin hasta kabullerinin yanında, ev ziyaretleri, anne çocuk sağlığı takibi yaptıkları görülmektedir. Ülkede tıp fakültesi eğitiminden sonra, aile doktorluğu için iki yıl eğitim görme şartı bulunmaktadır.¹

¹, <http://www.tahev.org/pages.asp?L=3#ahgelisim>, (25.10.2014)

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE AİLE HEKİMLİĞİ MEVZUATI ve UYGULAMALARIN GELİŞİMİ

1. ÜLKEMİZDE AİLE HEKİMLİĞİ MEVZUATI

1.1. Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Kanundan Önceki Dönem

Ülkemizde uygulanan sağlık hizmetlerinin temelleri Cumhuriyet döneminde atılmıştır. Söz konusu sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi amacıyla ise, toplum sağlığının korunması ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinde önemli gelişmeler sağlanmıştır. Cumhuriyetin temellerinin atılması ile birlikte, tüm alanlarda olduğu gibi, sağlık sektöründe de atağa geçilmiş, gerek tedavi edici sağlık hizmetlerinde olsun gerekse koruyucu sağlık hizmetlerinde olsun yasal olarak bir takım uygulamalar devreye sokulmuştur.

Gelişmelerin ilk belirtileri kendisini 1930 yılında göstermiş, bu tarihte Cumhuriyet Döneminin ilk bakanlarından olan ve 1921 yılında bu göreve atanan Dr. Refik Saydam’ın Cumhuriyet sonrasında sağlık hizmetlerinin kuruluşu ve geliştirilmesi amacıyla bir takım hizmetlerde bulunduğu ve sağlık alanının gelişmesi için çaba harcadığı görülmektedir. Bu amaca yönelik olarak uygulamaya konulan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ülkemizdeki sağlık politikalarının belirlenmesi, bu hizmetlerin planlanması, ileriye dönük planlamaların yapılması amacına yönelik olarak yapılmıştır. Ayrıca, kanun kapsamında koruyucu tedavi hizmetleri ile birlikte, tedavi edici hekimlik işlemlerinin yürütülmesi, bulaşıcı hastalıkların önüne geçilmesi ve ne tür hastalıklara hangi tür önlemlerin alınacağına ayrıntılı olarak yer verilmiştir.¹

Yine aynı kanun kapsamında ülkenin sıhhi şartlarının ıslah edilmesi ile ülke vatandaşlarının sıhhatine zarar getirecek olan tüm hastalıklarla mücadele edilmesi vurgulanmış, bunların yerine getirilmesinin ise, devletin asli görevi olduğu

¹ T.C. Resmi Gazete, Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, Kanun Numarası: 1593, S. 1489, 06.05.1930

belirtilmiştir. Söz konusu hizmetlerin yerine getirilmesindeyse nüfusun yoğun olarak bulunduğu alanlardan başlanmak üzere muayene ve tedavi merkezlerinin oluşturulması planlanarak, sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinde devletin olduğu gibi mahalli idarelere de yükümlülükler verilmiştir. Böylece, 1593 sayılı kanunla birlikte koruyucu sağlık hizmetleri ile günümüzün sağlıkta dönüşüm programlarının temeli de oluşturulmuştur.¹

Gelişmelerin arkasından, 1936 yılında ise yürürlüğe konulan 3017 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memurin Kanunu yürürlüğe konulmuş, bu kanun kapsamında ise, Sağlık bakanlığının teşkilat ve yapılandırılması gerçekleştirilmiş, bu doğrultuda sağlık kuruluşlarının teşkilatlarında görev ve sorumluluklar da belirlenmiştir. Yine Dr. Refik Saydam'ın bakanlığı döneminde, sağlık alanında iş gücünün oluşturulmasına yönelik olarak önlemler alınmış, hekim sayısını arttırmak amacıyla, tıp alanını özendirici çalışmalarda bulunularak, tıp fakültelerinden mezun olanlara mecburi hizmet yapma zorunluluğu getirilmiş, sağlık personelleri Sağlık Bakanlığı bünyesinde toplanmıştır. Ayrıca, ortaya konulan çalışmalarla koruyucu sağlık hizmetini yürüten personellere yüksek ücret verilerek, koruyucu sağlık hizmetlerinde görev yapmak özendirici hale getirilmiştir.²

Gelişmelerden sonra 1946 yılında dokuzuncu Milli Tıp Kongresi yapılmış, bu kongre çerçevesinde ülkenin sağlık bölgelerine ayrılması planlanmış, oluşacak olan her bir bölgede tıp fakültesinin kurulması amaçlanmıştır. Ortaya konulan bu düşünceye göre, bölgelerde bulunan nüfus oranına göre koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinin işletilebilmesi esas alınmıştır. Bu dönemden sonra ise, yerleşim birimlerinde Numune Hastaneleri, Verem Savaş Dispanserleri, Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri, Ana Çocuk Sağlığı Merkezleri ile Sağlık Ocaklarının sayılarında hızlı bir artış meydana gelmiştir.³

¹ S.N. Sülkü, Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Finansmanı ve Sağlık Harcamaları, Ankara, 2011, s. 3.

² R. Akdur, Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu, Ankara, 2006, s.25

³ Akdur, s. 25

Gelişmelerin dışında 1982 Anayasasının 56'ncı maddesinde sağlık hizmetleri ile çevrenin korunması konularına atıfta bulunulmuş, bu maddeye göre, herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkı olduğu vurgulanmıştır. Yine aynı şekilde Anayasanın 60'ncı maddesinde ise sosyal devlet anlayışının bir sonucu olarak, herkesin sosyal güvenlik hakkının bulunduğu ifade edilerek, devletin söz konusu güvenliği almakla yükümlü olduğu beyan edilmiştir.¹

Uygulamaya konulan yasal mevzuatlar çerçevesinde 1990'lı yılların sağlıkta dönüşüm projeleri adı altında meydana gelecek olan değişimlerin ilk sinyallerinin verildiği görülmekle birlikte, Ulusal Sağlık Politikaları Dokümanı yayınlanmıştır. 1992 yılında ise Devlet Planlama Teşkilatı, bir sağlık planı oluşturarak, Birinci Ulusal Sağlık Kongresi ile birlikte sağlıkta dönüşüm faaliyetleri başlamıştır. Bunun arkasından 1993 yılında düzenlenen İkinci Sağlık Kongresi ile birlikte, politikalarda belirlenmeye başlanmıştır.²

Tarihsel süreç içerisinde meydana gelen gelişmelere bakıldığında halen Cumhuriyetin ilk yıllarında uygulamaya konulan mevzuatların yürürlükte bulunması bir anlamda yürürlüğe konulan yasaların ne kadar ileriye dönük olarak hazırlandığının da bir işaretidir. Fakat bunun yanında ülkemizde meydana gelen sosyal şartlarla sağlık anlayışında meydana gelen farklılıklar bu alanda dönüşümün kaçınılmaz olduğunu ortaya koymuştur. Çünkü zaman içerisinde mevcut sağlık sisteminde hizmetlerin kontrol edilemediği görülmeye başlanmıştır. Özellikle koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinde etkinliğin sağlanmasına yönelik olarak, sağlıkta dönüşüm programının gereğine ihtiyaç duyulmuştur. Bu anlamda da mevcut sağlık sisteminin tüm dünyada olduğu gibi ülkemizdeki işleyişinin de ihtiyaca cevap veremediği görülmeye başlanmıştır. Bu nedenle de toplumun her kesiminin ulaşabileceği etkin bir sağlık sistemi kaçınılmaz olmuştur.³

Öncelikle sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik, birinci sağlık projesi kapsamında ele alınan yaklaşımlardan birisi olmuş, bu düşünce ile birlikte ihtiyacı olan yerlere

¹ T.C. Anayasası, Resmi Gazete S. 17863, Resmi Gazete Tarihi: 09.11.1982

² R. Akdağ, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri, Ankara, 2008, s. 100

³ Akdağ, s.64

hastane, sağlık ocağı ve sağlık evi yapılması, arkasından ise buraların ihtiyaçı bulunan tıbbi teçhizat ve donanımlarının temin edilmesine öncelik verilmiştir. Bunun yanında ikinci sağlık projesinin amacı, projenin uygulandığı illerde temel sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi ile temel sağlık hizmetlerinin müdahale alanlarının genişletilmesidir.¹

Temel Sağlık Hizmetleri Projesinde, projenin amaçlarına da yer verilmiştir. Söz konusu projenin amacı, illerde aile hekimliği sisteminin ihtiyaç duyduğu mali teşvikler ile yeterli alt yapının desteklenmesi, etkin bir sevk sisteminin yapılması amaçlanmış, bu çerçevede birinci basamak sağlık hizmetleri pilot sistemi oluşturulması amaçlanmıştır. Oluşturulan pilot sistemini ile ülke çapına aile hekimliğini yaymak ve değerlendirmelerde bulunulması hedeflenmiştir.²

Sağlık projesi kapsamında birinci basamak sağlık hizmetlerinin pilot sistemi şeklinde uygulanması amaçlanmış, bu amaçlar doğrultusunda yapılacak uygulamalar şu şekilde belirtilmiştir:

- “Proje uygulanacak olan illerde aile hekimliği ile sevk sisteminin oluşmasına yönelik teknik danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin temin edilmesi,
- Eğitim ihtiyaçlarının tespit edilmesinin yanında, eğitim programlarının tasarlanması, müfredat ve eğitim materyallerinin oluşturulması, proje uygulanacak olan illerde birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapacak olan sağlık personelinin başlangıç gurubunu oluşturacak olanların kriterlerini belirlemek ve eğitim vermek üzere teknik danışmanlık hizmetleri ile eğitim materyallerinin belirlenmesi.
- Proje uygulanacak olan illerde aile hekimliği uygulamaları ile yerel halk sağlığı hizmetlerine teşhis ve sevk zincirini tanımlamak üzere seçilmiş olan kamu sağlığı merkezlerinin iyileştirilmesi, yeniden düzenlenmesi ve gerekli

¹ T.C. Resmi Gazete, Türkiye Cumhuriyeti ve Uluslar arası İmar ve Kalkınma Bankası Arasında İkraz Anlaşması (Temel Sağlık Hizmetleri Projesi), T.C. Resmi Gazete: S. 23203, 17.12.1997; <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/23203.pdf&main=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/23203.pdf>, (20.10.2014)

² T.C. Resmi Gazete, Türkiye Cumhuriyeti ve Uluslar arası İmar ve Kalkınma Bankası Arasında İkraz Anlaşması, Ankara, 17.12.1997; <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/23203.pdf&main=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/23203.pdf>, (20.10.2014)

malzemelerin temin edilmesi ile birinci basamak sağlık hizmetlerine yapılacak erişimin geliştirilmesi”¹.

Yukarıda yer alan açıklamalar doğrultusunda söz konusu bileşenlere Sağlık Destek Projesi’nin ikrazında (kredi açmak, ödünç para vermek) ise, aile hekimlerinin profillerinin tanımlanması, pilot alt projelerinin finansmanı ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin modeline dayalı aile hekimliği pilot uygulaması yapılması, teknik yardım, eğitim ve mal tedarik edilmesi yoluyla, tam ölçekli bir uygulama için gerekli kaynak ihtiyacının belirlenmesi şeklinde yer verilmiştir. Bu kriterler göz önüne alınarak, birinci basamak sağlık organizasyonuna dayalı bir aile hekimliği tasarımınnın oluşturulması ile bu organizasyonun geliştirilmesi amaçlanmıştır.²

Aile hekimliği sistemi batılı ölkelerde uzun zamandır başarılı bir şekilde uygulanan bir sistemdir. Bunun yanında, aile hekimliği konusunda söz konusu birikimin iyi yönlerini alarak aile hekimliği sistemine geçmek gerekmektedir. Bu işlemlerin yerine getirilmesi aşamasında ise ölkemizin koşulları da dikkate alınmalıdır. Ölk koşulları göz önüne alındığında ise, uygulanacak olan aile hekimliği konusunda Türkiye modeli oluşturulmalıdır.³

Ayrıca, Aile hekimliği sistemi içerisinde aile hekimleri kendine bağlı kayıtlı bireylerin sağlığını koruma ve geliştirme amacıyla, bireylere yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis ve tedavi hizmetlerini vermek üzere gerekli eğitimi almaktadırlar. Bunların yanında, hastalıkların tedavi edilmesinde toplumsal ve költürel faktörleri de dikkate aldığı ve bireyleri ailenin bir parçası olarak gördüğu görölmektedir.⁴

¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge, 26.01.2010, S. 2365

² T.C. Resmi Gazete, Türkiye Cumhuriyeti ve Uluslar arası İmar ve Kalkınma Bankası Arasında İkraz Anlaşması, Ankara, 24.11.1997;
<http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/23203.pdf&main=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/23203.pdf>, (20.10.2014)

³ Akdağ, s.64

⁴ Akdağ, s.65

1.2. Aile Hekimliği Mevzuatı

1.2.1. Aile Hekimliği Öncesi Yasal Mevzuat

Ülkemizde sağlık uygulamalarındaki atılım daha Cumhuriyetin ilk yıllarında yapılmış, toplumun ihtiyaçları da göz önüne alınarak sağlık yapılanmaları başlamıştır. Bu amaca yönelik olarak 11.04.1928 tarihinde Tababet ve Şuabatı Sanatlarının İcrasına Dair Kanun çıkarılarak yürürlüğe konulmuştur. Sağlık uygulamaları konusunda önemli bir yasal düzenleme olan bu kanun, tarihsel süreç içerisinde bir takım güncellemeler yapılmış olmasına rağmen halen yürürlükte dir. Bu kanunun arkasından 24.04.1930 yılında ise, Umumi Hıfzıssıha Kanunu çıkarılmış olup, bu kanun sağlık uygulamaları açısından önemli bir yere sahiptir. Yine bu kanunda güncelliğini halen korumakta olup, günümüzdeki sağlık uygulamalarının yürütülmesinde yasal gereksinimleri karşıladığı görülmektedir.¹

Cumhuriyet döneminde yürürlüğe konulan bu kanunların arkasından 1945 yılında Sosyal Sigortalar Kanunu yürürlüğe konulmuş, 1946 yılında ise “Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı” hazırlanarak uygulamaya konulmuştur. Bu planın hazırlanıp uygulamaya konulmasında dönemin Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz’un önemli katkıları bulunmuş, söz konusu plan çerçevesinde Ülkenin sağlık açısından yedi bölgeye ayrılmasına karar verilmiş, bölgelerin sağlık açısından kendisine yeterli hale gelmesi düşünülmüştür. Ayrıca, o günlerin şartları gereği bölgelerde birer tane tıp fakültesi açılması amaçlanmıştır. Bunların dışında sağlık hizmetlerinin uygulanmasında hem koruyucu, hem de tedavi edici sağlık hizmetlerinin tek çatı altında toplanması planlanmış, bu hizmetler merkezi yönetimin sorumluluğu altına verilmiştir.

Söz konusu kanunların arkasından ise 31.01.1953 yılında Türk Tabipler Birliği Kanunu, 24.12.1953 yılında Eczacılar ve Eczaneler Kanunu, 02.03.1954 tarihinde Hemşirelik Kanunu, 19.01.1961 yılında ise Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun çıkarılarak yürürlüğe konulmuştur. Bu

¹ Akdur, s. 26

kanunlar, sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinde ve sağlık sunumlarının yasal çerçeveye oturtulmasında önemli adımlar olarak düşünölmektedir. Özellikle Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun sağlık uygulamalarının yerine getirilmesinde, bireyin doğumdan başlayarak bir hak olduğunu vurgulaması açısından önemli bir yere sahiptir.

Çıkarılan bu yasal mevzuatların arkasından sağlıkta dönüşüm düşünceleri gündeme gelmeye başlamış, 1992 yılında toplanan Birinci Ulusal Sağlık Kongresi ile birlikte yeniden yapılanma konusunda ilk adımlar atılmıştır. Hemen ertesi yıl düzenlenen İkinci Sağlık Kongresinde ise yapılanma sürecine devam edilmiş, sağlık hizmetlerinin giderlerini karşılayamayan vatandaşların sağlık hizmetlerinden faydalanmasına yönelik Yeşil Kart uygulamasına geçilmiştir. Bu süreç sağlık uygulamalarında yapılan reformların temelini oluşturmaktadır. Arkasından yayınlanan Ulusal Sağlık Politikası ile sağlık güvencesine sahip olmayan bireylerin genel sağlık sigortası kapsamına alınması ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda aile hekimliklerinin oluşturulması görüşü benimsenmiştir. Tüm bu gelişmelerin arkasından sağlıkta dönüşüm projesi kapsamında 09.12.2004 tarihinde yürürlüğe konulan Aile Hekimliği Kanunu ile aile hekimliği uygulamaları yasal olarak yürürlüğe konulmuştur.¹

1.2.2. Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Kanun

Ölkemizde Cumhuriyetin ilanından sonra uygulamaya konulan ve sağlık hizmetlerinin yapılanması ve geliştirilmesine yönelik olarak çıkarılan yasal mevzuatlar halen yürürlükte olup, aradan geçen uzun süre içerisinde uygulamada kalmayı başarmıştır. Bu durum bir anlamda Cumhuriyet döneminde çıkarılan bu yasaların ileriye dönük hazırlandığının da bir göstergesi olmakla birlikte, günümüzde oluşan değişimler ile soysal yapıdaki farklılaşmalar, sunulacak olan sağlık hizmetlerinde değişimi de kaçınılmaz kılmıştır. Özellikle ölkemizde tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulmasında sağlık ocaklarının başarılı bir şekilde hizmet verdiği görölmektedir. Fakat zaman içerisinde sağlık ocaklarının prestij

¹ P. Berman - M. Tatar, Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000, Ankara, 2004, s. 7

kaybına uğramış olması, çalışanların motivasyonlarında meydana gelen bozulmalar ile sistem içerisinde oluşan atıl insan gücü, vatandaşlarından da bu birimlerden iyi hizmet alacağına dair umutlarının kaybolmasına neden olmuştur. Bu nedenle de sağlık ocakları başarı gösterme anlamında yetersiz kalmıştır. Tüm bu etkiler göz önüne alındığında birinci basamak sağlık hizmetlerinde yeni bir yapıya ihtiyaç duyulmuş olup, bu sistem aile hekimliği uygulaması olarak gündeme gelmiştir.¹

Aile hekimliği sistemi, 2000’li yıllarda ülkemizde uygulamaya konulan bir sistem olup, ülkemizde gerçekleştirilen ve Sağlıkta Dönüşüm Projesi olarak adlandırılan sağlık reformunun bileşenlerinden birisi olmuştur. 24.11.2004 tarih ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkındaki Kanun kapsamında aile hekimliği uygulaması yürürlüğe konulmuştur.² Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkındaki Kanun, aile hekimliği uygulamasının tüm illere yayılmasının ardından 11.10.2011 tarih ve 663 nolu Kanun Hükmünde Kararnameye ilave edilen 58’nci madde gereğince, kanunun adı “Aile Hekimliği Kanunu” olarak değiştirilmiştir.

Aile Hekimliği Kanunu’nun amacı, Sağlık Bakanlığının belirleyeceği illerde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, kişisel sağlık bilgilerinin tutulması ve bu hizmetlere eşit erişimin sağlanması olarak belirlenmiştir. Aynı zamanda söz konusu kanunda, birinci basamak sağlık kurumlarında görev yapacak olan sağlık çalışanlarının hizmet esasları ile mali hakları da düzenlenmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin çalışma esasları da bu kanunla belirlenmiştir. Ayrıca kanun aile hekiminin görev tanımı ve yürütmesi gereken hizmetlere de değinmiştir. Kanunda yer alan tanımlamaya göre aile hekimi; “Bireye yönelik sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği, uzman ve Sağlık Bakanlığının ön gördüğü eğitimleri alan uzman tabip ya da tabiptir” şeklinde ifade edilmiştir.³

¹ Korukluoğlu, s. 32

² B. Güler, Kamu Yönetimi Çalışmaları, Ankara, 2010, s. 9

³ T.C. Resmi Gazete, Aile Hekimliği Kanunu, T.C. Resmi Gazete, 09.12.2004, S. 25665

1.2.3. Aile Hekimliği İle İlgili Yönetmelikler

Ülkemizde 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu, 24.11.2004 tarih ve 25650 sayılı Resmi Gazete’de, yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Söz konusu kanunun sekizinci maddesinde yer alan kanun hükmüne göre, Aile Hekimliği ile ilgili çıkarılacak yönetmeliklerden Sağlık Bakanlığının yetkili olduğu vurgulanmıştır. Kanun maddesi kapsamında, gerek uygulamaya yönelik gerekse çalışanların mali hakları konusunda Sağlık Bakanlığı tarafından çeşitli yönetmelikler çıkarılmıştır. Bu yönetmeliklerden ilki 06.07.2005 tarihi ve 25687 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe giren “Aile Hekimliği Pilot Uygulanması Hakkındaki Yönetmelik” yönetmelik olup, çıkarılan bu yönetmelik, uygulamada meydana gelebilecek olan tereddütlerin giderilmesine yönelik olarak uygulamaya konulmuştur.

Aile Hekimliği Pilot Uygulanması Hakkındaki Yönetmeliğin amacı, birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve verilen sağlık hizmetinin kalitesini arttırmak, aile hekimliğinde görev yapan personellerin çalışma usul ve esaslarını belirlemek olarak ifade edilmiştir. Bunun yanında söz konusu yönetmelik, çalışılan yer, kurum ve statüler göz önüne alınarak öncelik sırasını belirlemek, aile hekimliği uygulamasına geçiş ve nakillere yönelik puanlama sistem ve sayılarını belirlemek de yine yönetmeliğin amaçlarındandır. Bunun yanında, aile hekimliği olarak kullanılacak olan alanların fiziki ve teknik şartlarının belirlenmesi, meslek ilkelerinin ortaya konulması, iş tanımları ile birlikte performans ve hizmet kalitesinin standartlarını belirlemek olarak ifade edilmiştir.

Yönetmelikte bulunan diğer hükümlere bakıldığında ise bu hükümler, hasta sevk evrakları, reçete, rapor ve diğer belgelerin şekil ve içeriklerinin belirlenmesi, kayıtlarının tutulmasının yanında çalışma ve denetim ile ilgili usullerin belirlenmesi olarak ifade edilmektedir.¹ 5258 sayılı yasaya dayanarak çıkarılan bir diğer yönetmelik ise, “Aile Hekimliği Pilot Uygulanması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca

¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği Pilot Uygulanması Hakkındaki Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, 06.07.2005, S. 25867

Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları hakkında olup, söz konusu yönetmelik, 12.08. 2005 tarih ve 25904 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir.

Adı geçen yönetmeliğe göre aile hekimliklerinde görev yapacak olan aile hekimleri sözleşme esasına göre çalışmakla birlikte, aile hekimlerinin sözleşme süreleri bir yıl olarak belirlenmiştir. Bunun dışında aile hekimliklerinde görev yapan sağlık çalışanlarının izin ve ücret durumlarına da ilgili yönetmelikte yer verilmiş olup, aile hekimliğinde görev yapan personellerin çalışma saatleri normal mesai günlerinde tam gün olarak belirlenmiştir.¹ Bu yönetmeliklerin arkasından ise, 25.01.2013 tarih ve 28538 sayılı Resmi Gazete ile 19.07.2013 tarih ve 28712 sayılı Resmi Gazetelerde yer alan yönetmeliklere göre Aile Hekimliği uygulama yönetmeliğinde değişiklikler yapılmıştır.

1.2.4. Aile Hekimliği Uygulaması ile İlgili Genelgeler

İlgili kanun kapsamında aile hekimliği uygulamaları ile ilgili çeşitli genelgeler de çıkarılmış olup, bu genelgelerden bir tanesi, birinci basamak sağlık kuruluşlarında koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi amacına yönelik olarak yayınlanmıştır. Bu genelgeye göre bölgelerarası gelişmişlik farkının giderilmesi için çalışan personelin döner sermaye gelirleri başta olmak üzere mali haklardan faydalanması amacıyla 13.06.2008 tarihinde 2008/44 sayılı genelge olarak yayınlanmıştır.

Diğer bir genelge, Birinci basamak sağlık kuruluşlarında uygulamaya yönelik olarak hazırlanmıştır. Bu genelge kapsamında birinci basamak sağlık kuruluşlarına yapılan başvurularda, yayınlanan yasal mevzuatların göz önüne alınması istenmiştir. Bu genelge doğrultusunda vatandaşlardan, sağlık kurumu için gereken belgeler ve vatandaşın kimlik belgesi dışında herhangi bir belge istenmemesi bu genelge ile sağlık kuruluşlarına duyurulmuştur.

¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, 12.08.2005, S. 25904

İlgili kanun kapsamında yayınlanan diğ er bir genelge bulaşıcı hastalıkların önüne geçebilmek amacına yönelik olarak yayınlanmıştır. Söz konusu genelgeye göre, alt yapı eksiklikleri ve genel hijyen uygulamalarındaki noksanlıklar gerekçe gösterilerek, kış dönemlerinde meydana gelen hastalıkların önüne geçilmesi amaçlanmıştır. Söz konusu genelge 17.02.2006 tarih ve 2006/23 numaralı olarak yayınlanmıştır.

Birinci basamak sağık kuruluşlarına yönelik olarak ilgili bakanlık tarafından yayınlanan bir diğ er genelge, birinci basamak sağık kuruluşlarına başvuran ve tüberküloz şüphesi taşıyan hastalarından balgam örneğı alınması ve gerekli tetkiklerin yapılmasına yönelik olarak yayınlanmıştır. Söz konusu genelge, 31.08.2009 tarihinde ve 2009/52 sayılı olarak yayınlanmıştır.

Diğ er bir genelge aile hekimliğı bilgi sistemine yönelik olarak yayınlanmıştır. Söz konusu genelgeye göre, hasta mahremiyetine saygı gösterilmesi amacıyla, aile hekimliğı hizmetinin sunumu aşamasında yapılan bilgi kayıtlarının mahremiyeti koruyacak düzeyde, bilgi ve belgelerin gerekli özeni göstererek kayıt altına alınması istenmiştir. Söz konusu genelge, 22.06.2011 tarihinde 2011/45 sayılı olarak yayınlanmıştır.

2. AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMALARININ GELİŞİMİ

2.1. Toplum Sağlığı Merkezleri

Toplum sağlığının korunmasına yönelik olarak aile hekimliği uygulamalarının bulunduğu illerde, “Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge” Sağlık Bakanlığı’nın 03.08.2011 tarih ve 25143 sayılı kararı ile çıkartılarak uygulamaya konulmuştur. Adı geçen yönergenin amacı ise, aile hekimliği uygulamalarının bulunduğu illerde toplum sağlığı merkezlerinin organizasyonunun sağlanması, kadrolarının oluşturulması, toplum sağlığına yönelik görevler ile çalışma usul ve esaslarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Söz konusu amaç doğrultusunda aile hekimliği uygulaması olan illerde toplum sağlığı merkezlerinin tipi, fiziksel yapısı ile personellerin kadro ve görevlerinin düzenlenmesinin gerekliliği vurgulanmıştır. Ayrıca, toplumla ilgili hastalıkların kontrol edilmesinin yanında, çevre sağlığı, adli tıp hizmetleri, iş sağlığı ve güvenliği, okul sağlığı, acil sağlık hizmetleri ve laboratuvar hizmetleri konusunda iş birliği yapılarak, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin en iyi şekilde yapılması gerektiği belirtilmiştir. Söz konusu yönergenin çıkarılmasında, 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu ile 181 sayılı Sağlık Bakanlığı, Teşkilat ve Görevleri Hakkındaki Kanun Hükmündeki Kararname’nin 43’ncü maddesi esas alınarak uygulamaya konulmuştur.¹

Toplum sağlığı merkezleri, aile hekimliği merkezlerinin bölgesinde yaşayan toplumların sağlığının geliştirilmesi ve korunmasını ön plana alarak, risk ve sorunların neler olduğunu belirleyen, sorunların giderilmesine yönelik plan yapan kurumlardır. Aynı zamanda, sağlıkla ilgili planları uygulayan, sağlık hizmetlerini organize eden ve bu hizmetlerin gereği gibi yerine getirilmesini takip eden ve diğer kurumlarla koordinasyon sağlayan birimler olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde Aile Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri ve Verem Savaş Dispanserleri gibi dikey bir örgütlenmenin bulunması sağlık hizmetlerinde belirsizliğe ve karmaşaya yol açmakta olup, birinci basamak sağlık hizmeti içindeki birimlerin belli bir organizasyon dâhilinde yürümesi

¹, <http://ailehekimligi.gov.tr/makaleler/346-2010-06-11-12-15-49.html>, (25.10.2014)

gerekmektedir. Bu durum toplum sağlığının korunması açısından önem arz etmektedir. Bu anlamda tüm yerleşim birimlerinde toplum sağlığı merkezinin kurulması, bu merkezlerde aile hekimliği için gerekli olan tahlillerin yapılması, aile hekimlerinin görev alanı dışında kalan diğer durumlarda ise temel sağlık hizmetlerini yürütmesi gerektiği dşnlmektedir. Böylelikle, koruyucu sağlık hizmetlerinde tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri tek çatı altında toplanabilecektir.¹

Toplum sağlığı merkezlerinin aşılama ile anne ocuk sağlığı ve aile planlaması gibi hizmetler yürüttüğü grlmektedir. Bu merkezlerde öncelikli olarak halk sağlığı uzmanları görev yapmaktadır. Mevcudiyeti halen devam eden ve birinci basamak sağlık hizmeti sunan sağlık ocakları ile sağlık merkezleri, anne ocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, verem savaş dispanserleri ile kurum hekimliklerinin Sağlık Bakanlığı tarafından bir araya getirilmesi planlanmaktadır.

Toplum sağlığı merkezlerinin, eğitim ve planlama merkezi olarak kullanılması, ayrıca ile sağlık idaresi, toplum sağlığı merkezleri ve ilk ve acil yardım istasyonlarının tek çatı altında hizmet vermesi planlanmaktadır. Toplum sağlığı merkezinde görev yapacak olan hekimlerin ilk aşama uyum eğitimleri sorumlu hekim olarak grevlendirilmelerinden itibaren altı ay, ikinci eğitimlerinin ise bakanlıkça uygun görülecek bir sürede tamamlanması zorunlu kılınmıştır. Hekimlerin, sağlık hizmetlerinin yürütülmesi, sağlık hizmetlerini bir bütün olarak ele alması, koordinasyonun sağlanması ile gerektiğinde diğer kurumlarla iş birliği yapmaları sonucunda, birey ve toplum sağlığını korumak ve yükseltmekten sorumlu oldukları grlmektedir.²

¹ S. ınarlı, İdarenin Sağlık Hizmetinin Sunumundan Kaynaklanan Hukuki Sorumluluğu, Ankara, 2013, s. 113

², <http://www.aile.hekimligi.gov.tr/toplum-sal-merkezi.html>, (25.10.2014)

2.2. Aile Sağlığı Merkezleri

Aile sağlığı merkezleri ise, genel olarak bir veya birden fazla aile hekiminin yanında, aile hekimliğinde çalışan sağlık elemanları tarafından aile hekimliği hizmetleri yerine getirilmekte olup, bu hizmetlerin görüldüğü kuruluşlara aile sağlığı merkezleri denilmektedir. Birden fazla aile hekiminin bulunduğu aile sağlığı merkezleri, nüfus ve yerleşim alanı göz önünde bulundurularak uygulanmakta olup, bu alanlarda yalnızca birinci basamak sağlık hizmetleri görülmektedir. Böyle bir çalışma gurubunun oluşturulması, hizmetin devamlılığının sağlanması açısından fayda sağlamaktadır. Böylece, aile sağlığı merkezlerinin bakanlık tarafından ön görülen nüfus kriterleri göz önüne alınarak, daha fazla aile hekimi ile açılabilirdiği de görülmektedir. Aynı zamanda aile sağlığı merkezlerinin bir aile hekimi ile birlikte, aile sağlığı personeli olmak üzere ayrı ayrı sözleşme yapılabildiği, bunun yanında ise bu merkezlerin eğitim amaçlı kullanılabildiği görülmektedir. Bu birimlerde hemşire, ebe, sağlık memuru gibi sağlık personelleri çalıştırılabilmektedir.

Aile sağlığı merkezlerinde birin üzerinde aile hekiminin görev yapması durumunda aile hekimleri, kendi aralarında planlama yapmak ve yönetici belirleme yoluna da gidebilmekte, bu seçimi yılda bir kez yerine getirmektedirler. Yönetici seçilen kişi, aile sağlığı merkezinin yönetilmesinden sorumlu olduğu gibi, toplum sağlığı merkezi ile koordinasyonun sağlanmasında da görevlidir.¹

Aile hekimliği merkezlerine ait belli standartlar bulunmakta olup, bu standartlara göre merkezin fiziki koşullarının iyi olması; havalandırma, ısıtma ve aydınlatma imkânlarına sahip olması; tek aile hekiminin bulunması durumunda altmış metre kare, ilave her aile hekimi için yirmi metre kare ilave alanın bulunması; bunun yanında ise aile sağlığı merkezlerinde hizmetin durumuna göre iki ile altı arasında hekim bulundurulması gerekmektedir. Bunun yanı sıra merkezlerde bekleme salonu ile kayıt bölümlerinin bulunması gerekmekte olup, muayene odaları her aile hekimi için en az on metre kare olmalıdır.²

¹, <http://www.aile.hekimligi.gov.tr/toplum-sal-merkezi.html>, (25.10.2014)

², <http://www.aile.hekimligi.gov.tr/toplum-sal-merkezi.html>, (25.10.2014)

Ayrıca aşı, enjeksiyon ve küçük cerrahi müdahalelerin yapıldığı bir tıbbi müdahale odası ile tıbbi müdahaleye uygun olarak donatılmış alet ve cihazların bulunması gerekmektedir. Bu standartlardan ayrı olarak sağlık kayıtlarının tutulması, yapılacak bildirimlerin hazırlanmasına müsait bir çalışma odasının bulunması, hastalar için tuvaletin bulunması gerekmele birlikte, hasta ve özürlülerin kullanacağı tedbirlerin alınması gerekmektedir. Tüm bunların yanında Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşlarına Ait Yönetmelikle aile sağlık merkezlerinde bulunması gereken malzemelerle birlikte, merkezin durumuna göre uygun cerrahi alet ve malzemelerinin de bulundurulması gerekmektedir.¹

2.2.1. Aile Sağlığı Merkezi Gruplandırması

Aile hekimliği merkezlerinin gruplandırılmasının yapılmasına yönelik olarak 24. 12. 2010 tarih ve 2010/1237 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile “Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkındaki Yönetmelik”, 30.12.2010 tarihinde 27801 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Söz konusu yönetmelik kapsamında, sağlık merkezinin giderlerinin ödenmesine yönelik olarak, aile hekimliği birimlerinin gruplandırılmasına gerek duyulmuş, söz konusu gruplandırmaların belirlenmesine yönelik uygulama Sağlık Bakanlığının 19.01.2011 tarihli ve 2011/3 sayılı genelgesi ile tüm birimlere duyurulmuştur.²

Yönetmelikle birlikte aile hekimliği merkezlerinin gruplandırılması, sağlık hizmetlerine bütçeden ayrılan kaynakların gereği gibi kullanılmasına yönelik olarak bina ve tıbbi gereksinimler ile sağlık personellerinin doğru tespit edilmesi ile uygun sağlık planlamasının yapılması, atıl insan ve malzeme donanımından kaçılması amacıyla planlamaya ve hizmetin kaliteli sunulmasına yönelik yapılan çalışmalardır. Bu çalışmalar bölge merkezli olarak yürütülmekte olup, yapılan planlamalar bölgedeki nüfus yoğunluğu, sosyo ekonomik durum, şehirleşme alt yapısı, kentleşme ve sağlık hizmetlerinin kapasitesi gibi bir takım göstergeler sonucu

¹, <http://www.aile.hekimligi.gov.tr/toplum-sal-merkezi.html>, (25.10.2014)

² T.C. Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği Birimleri Gruplarının Belirlenmesine Yönelik Genelge, 19.01.2011, S. 2011/3

oluşturulmaktadır. İlgili kriterler doğrultusunda bölge sağlık merkezleri bölgede bulunan illerin sağlık merkezi konumunda yer almaktadır. Bunun yanında bu bölgede bulunan iller ile yine aynı bölgede bulunan güçlendirilmiş ilçelerin belirlendiği görülür. Ayrıca bölgede bulunan il ve ilçelerden sağlık kurumu planlamasında gerekli ölçütlere sahip olmayanların, daha iyi durumda olan il ve ilçelere bağlandığı görülür.¹

Sağlık hizmetlerinin sunulması açısından bölge kurumlarının üstlenmiş olduğu roller, bakanlık, üniversite, diğer yataklı sağlık kurumları olmak üzere top yekûn bir değerlendirme söz konusu olmaktadır. Öncelikli olarak, bakanlıkla birlikte diğer sağlık hizmet sunucularının yatak durumu, sağlık personel gücü ve klinik ve tıbbi anlamda teknoloji olarak bir belirlemenin yapılmasına gerek bulunmaktadır. Ayrıca Sağlık Bakanlığının yapacağı yatırımlar sağlık personel gücü ile yatırım planları aynı anda değerlendirilmektedir. Bu amaçla yataklı sağlık kurumlarının gruplandırması ile sağlık kurumlarına yönelik rollerin belirlenmesindeki kriterler, tesis edilecek olan mal ve hizmetlerde belirleyici rol oynamaktadır.²

2.2.2. Aile Hekimliği Birimi Değerlendirme Tablosu

Aile Hekimliği Birimi Değerlendirme Tablosu, 24.12.2010 tarih ve 2010/1237 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı doğrultusunda uygulamaya konulmuştur. Aile Hekimliği Birimi Değerlendirme Tablosu standartları ise, “Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkındaki Yönetmelik ekinde yer almıştır. Söz konusu kriterlerin bulunduğu şema tablo: 1’de yer almaktadır.

¹ İ. Şencan - O. Koç - O.G. Bayraktar, Hastane Rollerini Gruplandırmaya Yönelik Kriterler, T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2009, s. 1

² Şencan – Koç – Bayraktar, s. 2

Tablo: 1 Aile Hekimliği Birimi Gruplandırma Tablosu

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ GİDERİ OLARAK YAPILACAK KATKILARIN TESPİTİNDE KULLANILMAK ÜZERE AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİ GRUPLANDIRMAI					
STANDART	D Grubu	C Grubu	B Grubu	A Grubu	
Muayene odasında Lavabo bulunmaktadır.	+	+	+	+	
Hasta müracaatları elektronik sıra takip sistemi ile yönlendirilmektedir.			+	+	
Muayene odası asgari 14 m2'dir.				+	
Bakanlıkça gönderilen güncel afiş ve broşürler bekleme alanlarında düzenlenmiş, panolarda asılıdır. Panoda asılmayacak olanlar çerçeveli olmalıdır.	+	+	+	+	
Hasta ve hasta yakınlarının şikayet ve önerilenin kolaylıkla ulaşabilmesini sağlayacak şikayet, öneri kutuları veya benzeri uygulamalar bulundurulmaktadır	+	+	+	+	
Bekleme alanı yeterli sayıda ergonomik oturma grubu, mobilya ve benzeri malzemelere sahiptir.	+	+	+	+	
Bekleme alanlarında büyüklüğüne uygun LCD, plazma, LED TV ve benzeri cihazlar bulundurup sağlığı geliştirici eğitim amaçlı yayınlar yapılmaktadır.	+	+	+	+	
Tek hekimli aile sağlığı merkezlerinde bekleme alanı asgari 20 m2'dir (birden fazla aile hekimi görev yapıyorsa her bir aile hekimi için 5 m2 ilave edilir).	+	+	+	+	
Soğuk zincir için tahsis edilen buzdolabı sadece aşılar ve anti serumlar için kullanılmaktadır.	+	+	+	+	
Aşı Dolabında sıcaklık takipleri günde en az iki defa olmak üzere hafızalı termometre ile yapılarak takip edilmekte ve kayıtları tutulmaktadır.	+	+	+	+	
Aile sağlığı merkezinde en az 10 m2'lik müstakil bir aşılama ve bebek çocuk izlenimleri odası oluşturulmuştur (Birden fazla aile hekiminin aile sağlığı merkezlerinde her üç hekim için bir aşılama ve bebek çocuk izlem odası planlanır).		+	+	+	

Tablonun Devamı

STANDART	D Grubu	C Grubu	B Grubu	A Grubu	
Aşılar ve ilaçlar için kare kod okuyucu kullanılmaktadır.	+	+	+	+	
Gebe izlemleri ve aile planlaması hizmetlerinin yürütülmesi için en az 10 m2'lik müstakil bir oda oluşturulmuştur (birden fazla aile hekiminin görev yaptığı aile sağlığı merkezlerinde her üç hekim için bir "gebe izlem ve aile planlaması odası" planlanır).			+	+	*
Aile sağlığı merkezinde aile planlaması için rahim içi araç uygulaması ve takibi yapılmakta ve kayıtları elektronik ortamda tutulmaktadır.			+	+	
Eğitim alındığının belgelenmesi kaydıyla gebe izlenimleri ultrasonografi eşliğinde yapılmalı ve elektronik ortamda kayıtları tutulmalıdır.				+	
Aile sağlığı merkezinde kullanıma hazır, mahremiyet kurallarının uygulandığı, bebek bakım ve emzirme odası planlanmıştır. (Bu alan diğer aile hekimleri ile birlikte ortak kullanılabilir)	+	+	+	+	
Kullanıma hazır bir şekilde müstakil asgari 5 m2'lik bir emzirme odası veya bölümü planlanmıştır (bu alan diğer aile hekimleri ile birlikte ortak kullanılabilir). Emzirme alanında masa, oturma grubu ve bebek bakım ünitesi ile bebeği koruyucu güvenlik önlemleri (korkuluk, yükseltilmiş kenarlar ve benzerleri) bulunmaktadır.				+	
İlaçları ve miktarlarını gösteren güncel liste bulunmaktadır. Miat ve stokları takip edilen ilaç ve aşıların listeleri güncel olarak elektronik ortamda takip edilmektedir.	+	+	+	+	
Acil Seti Bulunmaktadır.	+	+	+	+	
Defibrilatör (Manuel veya otomatik eksternal defibrilatör) bulunmaktadır.			+	+	
Aile sağlığı merkezinde her üç hekim için bir adet müstakil müdahale odası planlanmıştır.				+	
Belgelendirmek kaydıyla her aile hekimi haftalık asgari 10 saat temizlik personeli çalıştırmaktadır.	+	+	+	+	
Temel ve basit laboratuvar tetkikleri ile kan alma işlemlerinin yapıldığı müstakil bir oda planlanmıştır. Bu oda diğer aile hekimleri ile ortak kullanılmaktadır			+	+	
Aile sağlığı merkezinde bir yataklı müşahede odası bulundurulur. Odada manometreli oksijen tüpü, serum askısı ve diğer malzemeler bulundurulmalıdır (Bu oda diğer aile hekimleri ile ortak kullanılmalıdır).				+	
Belgelendirmek kaydıyla ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni, sağlık memuru (toplum sağlığı) veya tıbbi sekreterden birisi çalıştırılmaktadır (aile hekimi başına haftalık 10 saat).		+	+	+	

Tablonun Devamı

STANDART	D Grubu	C Grubu	B Grubu	A Grubu	
Belgelendirmek kaydıyla her aile hekimi için 11 nci satıra ilave olarak haftalık 10 saat ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni, sağlık memuru (toplum sağlığı) veya tıbbi sekreterden birisi çalıştırılmaktadır.				+	
Birden fazla aile hekiminin görev yaptığı aile sağlığı merkezlerinde haftada asgari 14 saat esnek mesai saati uygulaması yapılmaktadır.			+	+	
Aile sağlığı merkezine ait aktif internet sayfası bulunmaktadır.				+	
Tıbbi hizmet alımları ile bekleme alanlarında iç ortam sıcaklığı 20-24 derece arasında tutulmalıdır. Isıtma soba hariç diğer ısıtma araçları ile sağlanmalıdır.	+	+	+	+	
Her lavaboda sıvı sabun, kağıt havlu ve poşetli çöp sepeti, her tuvalette tavalet kağıdı bulundurulmalıdır.	+	+	+	+	
Aile sağlığı merkezi ile yerleşkesinde çevre düzenlemesi ve temizliği yapılmalıdır (Bu alanların tadilat, tamirat ve bakımı ile ilgili talepler belirtilerek ilgili yerlere gönderilmiştir).		+	+	+	
Aile sağlığı merkezinin iç alanlarında boya ve bakım tamdır. (Dış cephe boyası ve tamiratlari ilgili talepler belirlenerek ilgili yerlere gönderilmiştir).	+	+	+	+	
Aile sağlığı merkezinin sağlık hizmeti sunulan alanlarına ait zemin kaplaması kolay temizlenebilir şekilde yapılmıştır.	+	+	+	+	
Sağlık hizmetinin verildiği yerlerde ve bekleme alanında sağlık personeli ve hastalar için yeterli düzeyde el antiseptiği bulundurulmaktadır.	+	+	+	+	
Kadın ve erkek tuvaletleri birbirinden ayrılmış, müstakil ve içerisi ıslak zemin kaplıdır.	+	+	+	+	
Yaşlı ve engelli vatandaşların hizmete erişimini kolaylaştıracak engelli rampaları yapılmıştır	+	+	+	+	
Engelliler için düzenlenmiş tuvalet işlevsel olarak bulunmaktadır.				+	
Müşahede odası ve tuvaletlerde çalışır durumda acil çağrı butonu bulunmaktadır.			+	+	
* Tek hekimin çalıştığı aile sağlığı merkezlerinde istenmez.					

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, T.C.Resmî Gazete, Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler, Karar No: 2010/1237

2.3. Aile Hekimliği Biriminin Vereceği Hizmetler

Aile hekimliği biriminin vermesi gereken hizmetlere bakıldığında, aile hekimleri için yapılan tanımlamalar genel olarak, bir aile hekiminin yerine getirmesi gereken minimum yeterlilikler ile ifade edilmekte olup, bunlar genel olarak yerine getirilmesi gereken zorunlu şartlar olarak tanımlanmaktadır. Bu anlamda aile hekimliğinin vereceği hizmetlere bakıldığında ise bu hizmetler şu şekilde sıralanabilir.

Öncelikle hastalarla ilk karşılaşılma esnasında, hasta doktor karşılaşmasını yönetebilmek, hastanın ihtiyaç duyması halinde hastayı savunabilmek, birimde çalışanlar ile diğer hekimler arasında koordinasyon sağlayabilmek ve etkin bir bakımı hastaya sunabilmek, etkili bir hasta doktor ilişkisinin oluşturulabilmek gerekmektedir. Bunun yanında, hasta ihtiyacını göz önüne alarak hizmetin devamlılığının sağlanabilmesi, toplumdaki hastalıkların oluşma sıklığına bakarak, erken dönemde oluşacak durumlar ile acil müdahalelerde bulunabilmek, hastanın sağlığı ile ilgilenmenin yanında, hastalığın iyilik halinin devamını sağlamak olarak ifade edilebilir. Ayrıca, verilecek olan sağlık hizmetleri ile gerek sağlık hizmeti, gerekse kamu kaynakları açısından dengeli davranarak; hastalıkların biyolojik, sosyal ve psikolojik etkenlerini birlikte değerlendirmek olarak sıralanabilir.¹

2.3.1. Aile Hekimliğinde Gezici (Evde) Hizmetler

Aile hekimliği gezici hizmetlerinin kapsamını, evde sağlık hizmetlerine ihtiyacı olan bireylerin tetkik, tahlil, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının ev ortamında sağlanmasına yönelik olan hizmetleri kapsamakta olup, bunun yanında verilen hizmetlerin hastalarla birlikte aile üyelerine psikolojik ve sosyal yönlerden verilen destekler şeklinde bütün olarak sunulması esasına dayanır. Evde bakım hizmetlerinin sunulması aşamasında hasta ve yakınları ile iletişime geçilerek, uygulanacak olan hizmetler, randevu alınması, hastaların tedavi ve rehabilitasyonuna yönelik hizmetlerin yerine getirilmesi sonrasında uygun kayıt ve takip sisteminin

¹ Sülkü, s. 5

oluşturulması, söz konusu uygulamaların ise etkin ve ulaşılabilir bir sağlık anlayışı içerisinde yerine getirilmesi gerekmektedir.¹

Yönergeye göre, evde sağlık hizmetlerinin verilmesine yönelik olarak, aile hekimliği birimlerince öncelikle bir koordinasyonun sağlanması, bu koordinasyon sağlanırken ise doğrudan yapılan başvurularda başvuruların kayıt altına alınması gerekmektedir. Bu anlamda bir koordinasyon sağlamaya yönelik gerekli donanım ve sağlık personelinin varlığına ihtiyaç duyulmaktadır. Evde sağlık hizmetlerinde görevlendirilecek olan personeller kurum amirlerince belirlenmekte olup, birimde oluşturulması gereken arşivleme ve haberleşme işlemleri için bir sekreter ile evde sağlık hizmetinin görölmesi için en az bir hekim, bir hemşire sağlık memuru ve bir adet de şoför görevlendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca ihtiyaç olması halinde bir adet fizyoterapist, bir adet psikolog, bir adette diyetisyen bu ekip içine dahil edilebilir.

Evde sağlık hizmetlerini yönetecek olan birim, yalnızca hastalığın teşhisini koymamaktadır. Varsa daha önce diğer hekimler tarafından konulan tanı ile planlanan tedaviler çerçevesinde muayene, tetkik, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyona yönelik hizmetleri de sağlamaktadır. Ayrıca, uzun süre ilaç kullanımlarında ilaç raporu ve reçete yazılması, tıbbi cihaz kullanımına yönelik rapor oluşturmaya yardımcı olunması, hasta ve hasta yakınlarının evde bakım süreçleri ile ilgili üstlenilecek görevler hakkında bilgiler vermektedir. Bunların dışında, hastalıkla alakalı kullanılması gereken cihazlar konusunda eğitim verilmesi gibi eğitim ve danışmanlık hizmetlerini de birlikte görürler. Gerek olması halinde ise uygun dal uzmanlarından yardım alınarak, gerekli konsültasyonlar yapılır. Bu anlamda konsültasyon ve tıbbi değerlendirme taleplerinin yerine getirilmesi zorunlu bir işlemdir. Uygun olması halinde ise, uzman hekimler hastayı evinde konsülte ederek gerekli işlemleri yerine getirir.²

¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, Evde Sağlık Hizmetleri Yönergesi; <http://ailehekimligi.gov.tr/genel-mevzuat/yoenergeler.html>, (25.10.2014)

² T.C. Sağlık Bakanlığı, Evde Sağlık Hizmetleri Yönergesi; <http://ailehekimligi.gov.tr/genel-mevzuat/yoenergeler.html>, (25.10.2014)

2.3.2. Aile Hekimliğinde Bağışıklama (Aşı) Hizmetleri

Bağışıklama (Aşı) uygulama hizmetleri bebek, çocuk veya yetişkin bireylerin enfeksiyon riskinin önüne geçebilmek amacıyla, en yüksek yakalanma dönemi kriterleri değerlendirilerek, hastalığın önüne geçilebilmesi amacıyla yürütülen sağlık hizmetidir. Aile hekimliği tarafından uygulanan aşılar genel olarak difteri, boğmaca, kızamık, tetanoz, tüberküloz, hepatit B ve benzeri hastalıklarla ilgili olup, hastalığa yakalanma ve ölüm oranlarının düşürülmesi, hastalıkların kontrol altına alınması ya da hastalığın tamamen ortadan kaldırılmasına yönelik olarak, hastalığa yakalanmadan önce bağışıklık kazanmaya yönelik olarak yapılmaktadır.

Bağışıklama amacıyla yürütülen bir diğer uygulama genişletilmiş bağışıklama hizmeti olup, bu hizmetler belli hedefler doğrultusunda uygulanır. Bu hedefler genel olarak ülke genelinde %95 aşılama hızının yakalanması ve devamlılığının sağlanması, bebekler açısından 12 ile 23 aylık bebeklerin %90'ının aşılınması, beş yaş altında olan aşısız çocukların tespit edilerek aşılınması, okul çağındaki çocukların aşılınması olarak belirlenmiştir. Bunun yanında, tüm gebelerde uygun aşının uygulanması, çeşitli hastalıkların kontrol altında tutulması, difteri, boğmaca, tüberküloz, Hepatit B ve kabakulak benzeri hastalıkların kontrol altında tutulması, aşı güvenliğinin devam ettirilmesi, aşı ile ilgili kayıt sisteminin sürdürülmesi ve tüm bu faaliyetlere toplum katılımının sağlanması şeklinde sıralanabilir.¹

Sunulacak olan tüm aşılama hizmetlerinde risk altında bulunan tüm topluma ulaşacak şekilde bu hizmetlerin götürülmesi, ihtiyaç olması halinde bu hizmetlerin hızlandırılması, ayrıca aşılama hizmetlerini destekleyici hizmetlerde bulunulması gerekmektedir. Bu anlamda öncelikle aşılama hizmetlerine duyarlı olan bireylerin koruma altına alınması, meydana gelebilecek salgınların önlenmesi amacıyla ilgili yaş gruplarının belirlenmesi şeklinde bir aşı kampanyası düzenlenmesi gerekli olabilecektir. Bunun yanında hamile olan bayanların ilgili aşıları almaları önem arz etmektedir. Bu aşılar doğum öncesinde yapılmalı ve en az doğumdan iki hafta önce tamamlanmalıdır. Ayrıca, hamilelerin tetanoz açısından risk altında oldukları da

¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, Genişletilmiş Bağışıklama Program Genelgesi, S. 2009/17, 13.03.2009

gözden kaçırılmamalıdır. Bunun yanında, aşı uygulamalarında düzenli kayıt tutmak çok önemli olup, aşılama ile ilgili tüm formların zamanında ve doğru tutulmalı, aşı sonrasında meydana gelecek olan istenmeyen durumlarda gerekli olan bilgiler kayıt altına alınmalıdır.¹

Tüm bu uygulamalar ilgili aile hekimliği tarafından yerine getirilmekte olup, farklı bir kurum tarafından yapılan aşılar, misafir aşı formu ve bölge dışı aşı bildirim formu düzenlenmek suretiyle ilgili aile hekimliğine bildirilmelidir. Farklı birimler tarafından uygulanan bu aşılar, aşı hesaplarında aile hekimliği tarafından dikkate alınmalıdır. Aynı zamanda aile hekimlikleri bölge aşı hızı dikkate alarak gerekli uygulamayı yerine getirir.²

Aile hekimliği tarafından yapılan aşı uygulamalarında bilinen bir alerjinin olmaması, hafif seyreden solunum ve idrar yolu hastalıkları, ailede başka bireylerde yan etki görülmesi, ailede diğer bireylerde kronik hastalık bulunması, antibiyotik tedavisi, anne sütü alma, yeni doğanlarda sarılık olması durumlarında aşı uygulamasına devam edilir. Özellikle çocuklarda aşı sonrasında meydana gelen ateş çıkması durumunda ateş düşürücü verilmesinde bir sakınca bulunmamaktadır. Aile hekimliklerinde bulunan aşı stokları genellikle aylık olup, aile hekimlerinin aşı stoklarını hesaplamasında aylık ortalama stok bulunduktan sonra, eldeki miktarlar bu rakamlardan düşülür ve elde edilmesi gereken ihtiyaç bulunur. Hastalık riskleri göz önüne alındığında ihtiyacın çok ya da az olması durumunda da aşılar bu miktarlara göre talep edilir.³

2.3.3. Aile Hekimliğinde Gebe ve Çocuk İzlemleri

Aile hekimliği uygulaması içerisinde bireylerin doğum öncesinde izlenmeye başlandığı görülmekte olup, sağlıkla ilgili doğum öncesinde başlayan bir izleme ve kayıt altına alınma sistemi yer almaktadır. Bireylerin anne karnındaki gelişim durumu, meydana gelen doğum şekli, doğumla ilgili tüm bilgiler aile hekimi

¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, Genişletilmiş Bağışıklama Program Genelgesi, S. 2009/17, 13.03.2009

² T.C. Sağlık Bakanlığı, Genişletilmiş Bağışıklama Program Genelgesi, S. 2009/17, 13.03.2009

³ T.C. Sağlık Bakanlığı, Genişletilmiş Bağışıklama Program Genelgesi, S. 2009/17, 13.03.2009

gözetiminde bilgi bankasına kaydedilmekte, bireylerin bu kayıtları yaşamı boyunca bilgi parçacıkları şeklinde tutulmaktadır. Bu bilgiler, bireyin gelişip büyümesi ile birlikte çoğalmakta ve büyümektedir.¹

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde sunulan üreme sağlığı hizmetleri, diğer sağlık kuruluşları ile birlikte yürütülmekte olup, aile planlaması ve ana çocuk sağlığı hizmetleri sağlık ilkeleri doğrultusunda aile hekimliği tarafından yerine getirilmektedir. Anne çocuk sağlığı eğitim merkezlerinde bulunan sağlık merkezlerinin bu konularda beceri kazandırma eğitimleri ile birlikte, danışmanlık hizmetlerini de yürüttüğü görülür. Bunun yanında aile sağlığı merkezlerinde üreme sağlığı hizmetlerinin yürütülebilmesi adına planlama yapıldığı, bu çerçevede aile hekimleri tarafından rahim içi araç ve üreme ile ilgili teorik bilgiler verildiği görülür. Aile hekimliklerinin, üreme sağlığı konusunda yerel idare ve diğer toplum liderleri ile işbirliği içerisinde eğitim planlarını uyguladığı görülür.²

Ülkemizde aile planlaması ile ilgili uygulamalar devlet ve özel sektör aracılığı ile verilmekte olup, aynı zamanda bu konudaki danışmanlık hizmetleri tüm sağlık personeli tarafından yerine getirilmektedir. Bunun yanında aile planlaması ile ilgili hizmetlerde, aile sağlığı merkezleri, ana çocuk sağlığı merkezlerinin önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir. Bu uygulamanın yerine getirilmesi her ne kadar büyük oranda bu merkezlerde olsaydı da, birinci basamak sağlık kuruluşlarının ev ziyaretlerinde de ebe ve hemşirelerin aile sağlığı konusunda hizmetleri bulunmaktadır. Bu uygulamaların yerine getirilmesinde zamanla gebelik açısından bir takım riskler de meydana gelmekte olup, söz konusu riskler küçük yaşta hamilelik, 35 yaş üzeri hamilelik, sık bir şekilde hamile kalmak ve dört çocuktan sonra hamile kalmak, riskli durumları oluşturmaktadır. Bu durumlar bebekte iyi beslenememe, erken doğum olma ihtimali ile bebeğin zayıf olması, doğumun zor olması ile bağlantılı travma, doğum öncesi ve sonrası bebek ölümü ile bebekte gelişme bozukluğu olabilmektedir. Aynı şekilde annede de bir takım olumsuzluklar meydana gelmekte olup, bu olumsuzluklar, kansızlık, gebelik zehirlenmesi, zor

¹ R. Akdağ, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, (Değerlendirme Raporu: 2003-2010), Ankara, 2011, s.181

² T.C. Sağlık Bakanlığı; <http://ailehekimligi.gov.tr/toplum-sal-merkezi.html>, (25.10.2014)

doğum, bebeğin ters gelmesi, kanama, rahimde parça kalması, rahim ağzı yırtıkları, düşük olma ihtimali, idrar tutamama ve anneyi kaybetme riskidir.¹

Aile hekimliği, anne ve çocuk sağlığı açısından izlem gerekmekte olup, bu ilk izlemin gebeliğin 14'ncü haftasında yerine getirilmesi gerekmektedir. İlk izlem esnasında anneye ait kişisel bilgilerin elde edilmesi gerekmekte olup, ayrıca anneye ait kronik bir hastalığın olup olmaması, hiper tansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, enfeksiyon hastalıkları, madde bağımlılığı, psikolojik hastalıklar, kullanılan ilaçlar, aile planlama yöntemi ile geçirilmiş cerrahi operasyonlarla ilgili tıbbi açıdan öyküsünün de bilinmesi gerekmektedir. Ayrıca aile hekimliği tarafından kaydedilen diğer bilgiler ise, daha önceki doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, son gebelik tarihi, nerede yapıldığı ve gebeliğin sonlanma şekli olarak söylenebilir. Tüm bu bilgilerin elde edilmesinin arkasından mevcut gebelik öyküsünün alınmasının arkasından fiziksel olarak annenin muayene edilmesi sağlandıktan sonra idrar tahlili, kan sayımı, kan grubunun belirlenmesi, gibi laboratuvar testleri yapıldıktan sonra, varsa gebelikte kullanacağı ilaçlar ile uygun takvimlerde aşılar yapılır.²

Yapılan tüm bu uygulamaların hamilelikte dikkat edilmesi gerekenlerle, meydana gelebilecek olan olumsuzluklara karşı önlem olarak uygulandığı görülmektedir. Aile hekimliği tarafından 18'nci hafta ile 24'ncü haftalar arasında yapılacak ikinci izlemde ise, hamile bilgileri yeniden gözden geçirilerek, tıbbi öyküde bir değişiklik olup olmadığı araştırılarak, mevcut gebelik öyküsü yeniden alınır. Yeniden yapılan fiziksel muayene ve laboratuvar tahlillerinin arkasından yapılacak bilgilendirmelerden sonra, ihtiyaç olması halinde bir yataklı tedavi kurumuna sevk işlemleri yapılabilir.

Aile hekimliği tarafından yerine getirilen uygulamalara, 30 ve 32'nci haftalarda üçüncü izlem, 36 ile 38'nci haftalarda ise dördüncü izlem yapılarak anne ve çocuk sağlığı açısından doğum işleminin sağlıklı olabilmesi için gerekenler ve

¹ T.C. Sağlık Bakanlığı; <http://ailehekimligi.gov.tr/ana-cocuk-sal/281-aile-planlamas.html>, (25.10.2014)

² T.C. Sağlık Bakanlığı; <http://ailehekimligi.gov.tr/ana-cocuk-sal/281-aile-planlamas.html>, (25.10.2014)

takipler yapılır.¹ Aile hekimliği birimleri yaş, cinsiyet ve hastalık çeşidine bağlı kalmaksızın tüm bireylerin koruyucu ve tedavi edici işlemlerini takip etmekle yükümlü olup, doğumun meydana gelmesinden sonrada bağışıklama işlemleri de dâhil olmak üzere anne ve çocuğun sağlığı ile ilgili takiplerini devam ettirirler.

2.3.4. Aile Hekimliğinde Obezite Kontrolü

Obezite, dünyada olduğu gibi ülkemizde de görülme sıklığı gün geçtikçe artan bir hastalık olmakla birlikte, söz konusu hastalıkla etkin bir mücadelenin yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Obezite, günümüzde çok miktarda hastalığın oluşmasında etkili olmakta olup, bu olumsuzlukların giderilmesi amacıyla, 2010 ve 2014 yıllarını kapsayan “Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı” hazırlanarak 27714 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak, Başbakanlık Genelgesi halinde duyurulmuştur.

Günümüzde önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkan obezite, her ne kadar birçok birey açısından önemsenmeyen bir hastalık olarak görülse de, birçok hastalığın meydana gelmesinde etkili olduğu görülmesinin yanında, bu hastalığın meydana gelmesinde çevresel faktörlerin yanında genetik faktörler, sosyo kültürel faktörler gibi birçok faktörün etkili olduğu görülmektedir. Meydana gelen bu faktörler de göz önüne alındığında, doğumdan itibaren bu hastalıkla mücadele etmek gerekmele birlikte, aile hekimlerine bu konuda önemli görevler düştüğü görülmektedir. Günümüzde obezite ve buna bağlı nedenlerle aile hekimlerine başvuran hasta sayılarının büyüklüğü göz önüne alındığında, hastalığın önüne geçilebilmesi için koruyucu ve önleyici bir takım önlemlerin aile hekimleri tarafından alınması kaçınılmaz hale gelmektedir. Aile hekimleri birinci basamak sağlık kurumlarında ilk basamak olması nedeniyle tanıların bu birimde konulduğu görülmekle birlikte, bireylere yaş, cinsiyet ve hastalık türü gözetmeksizin tüm sağlık sorunlarına müdahale etme durumları bulunmaktadır. Bu nedenle de gerek hastalığın tanı aşamasında, gerekse tedavi ve takip açısından aile hekimleri önemli bir yere

¹ T.C. Sağlık Bakanlığı; <http://ailehekimligi.gov.tr/ana-cocuk-sal/gebelik/297-gebe-izlemleri.html>, (25.10.2014)

sahiptirler. Bu anlamda aile hekimlerinin, kayıtlı hastalar arasında bulunan ve obez olma riskini taşıyan hastaları kontrol altında tutması, bu hastalara yönelik danışmanlık hizmetini yürütmesi gerekmektedir.¹

Aile hekimleri, hizmetin yerine getirilmesi aşamasında kayıtları sağlıklı tutmanın yanında, bu kayıtların muhafaza edilmesi ve hasta takibinin yapılmasını sağlayabilmekte, bu kayıtlar sayesinde hastaya doğrudan ulaşabilmekte, böylece ihtiyaç olması halinde diğer basamakta bulunan sağlık kuruluşlarına sevklerini yapabilmektedir. Aile hekimliklerinde bulunan kayıt sistemi sayesinde bireylerde meydana gelen tüm değişimler fark edilebilmektedir. Öncelikle obezite konusunda aile hekimlerinin doğru ve sağlıklı kayıt oluşturma konusunda hassas davranmaları gerekmektedir. Obezite tedavisinde iyi bir tedavinin sağlanması için hastalığın kronik bir hastalık olarak kabul edilmesi, periyodik olarak boy ve kilo takibinin yapılabilmesi, obeziteye yönelik risk faktörlerinin belirlenebilmesi ile bu risklere ait doğru değerlendirmelerin sağlanması gerekmektedir. Risk taşıyan hastaların kontrolünün sağlanmasının yanında, uygun şartlarda sevk işlemlerinin yapılması aile hekimliğinin sorumluluğu altındadır. Obezite ile karşı karşıya olan hastaların tedavisinde, aile hekimlerinin ilk basamak tedavi hizmetini görmesi açısından tedavide önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir.²

2.4. Aile Hekimliği Bilgi Sistemi

Hasta kayıtlarının tutulması hasta güvenliği açısından son derece önemli bir konu olup, sağlıkla ilgili iş ve işlemlerde hasta kayıtlarının alınması, hasta hikâyesinin bilinmesi ve sağlık konusunda yapılacak işlemlerin seri bir şekilde yerine gelmesi açısından da önemlidir. Hasta kayıtlarının tutulması konusuna 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanununda da yer verilmiş, ilgili kanunun birinci maddesindeki amaç kısmında “kişisel sağlık kayıtlarının tutulması” gerektiği ifade edilmiş olup, birinci

¹ E. Barışkan - G. Ersoy - S. Görpelioğlu - L. Karaoğlu - B.G. Kılıç - G. Köksal - G. Pekcan - S. Yalçın - İ. Yetkin - A.M. Zergeroğlu, Birinci Basamak Hekimler İçin Obezite ile Mücadelede El Kitabı, Ankara, 2013, s. 20

² Barışkan - Ersoy - Görpelioğlu - Karaoğlu - Kılıç - Köksal - Pekcan - Yalçın - Yetkin - Zergeroğlu, s. 23

basamak sağlık kuruluşlarındaki aile hekimlerinin kişi kayıtlarını tutması zorunlu hale getirilmiştir.¹

Ayrıca, söz konusu kayıtların tutulmasında hasta güvenliği ve mahremiyetinin de önemi bilinmekle birlikte, hasta mahremiyeti yasal mevzuatlarda yerini almıştır. Söz konusu hastaya ait bilgi mahremiyeti, Resmi Gazetenin 01.08.1998 tarihindeki 23420 sayısında yer alan 21'nci maddesinde "Hastanın mahremiyetine saygı gösterilmesi" ifadesi şeklinde yer almış, hastanın sağlık durumu ile ilgili tıbbi değerlendirmelerin gizlilik içerisinde yürütölmesine yer verilmiştir. Ayrıca, 25.01.2010 tarih ve 28539 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 31'nci maddesinde "Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişilerin kişisel sağlık dosyalarını tutmakla yükümlüdür. Kayıtların güvenliği ve mahremiyeti, aile hekiminin sorumluluğu altındadır" ifadesine yer verilmiştir.²

Aile hekimliği bilgi sistemi entegre bir şekilde oluşturulmuş olup, aile hekimlerince sunulan sağlık hizmetleri elektronik ortamda kaydedilmekte, elde edilen veriler doğrudan doğruya Bakanlığa gönderilmektedir. Elde edilen veriler klinik, idari ve mali içerikli olmakla birlikte, veri güvenliği konusunda üç temel prensip üzerine oturtulmuştur. Bu temel prensipler; gizlilik, bütönlük ve erişebilirlik olduğu görölmekte, ayrıca kimlerin hangi bilgilere ulaşabileceği konusunda roller tanımlanmaktadır. Böylece yetkisi bulunmayan kişilerin söz konusu bilgilere ulaşması da mümkün olmamakla birlikte, çalışanlar ise sadece kendi hastalarının bilgilerine ulaşabilmektedir. Ayrıca hasta ile ilgili sorgulamalar ve kayıtlar kimlik numarası üzerinden yapılmakta olup, hasta ile ilgili tanı, tedavi, kullanılan ilaçlar gibi bilgiler aile hekimliği bilgi sistemine girilmekte, hasta takibi yapılabilmekte, gerektiğinde ise sorgu şeklinde gerekli bilgiler elde edilebilmektedir.³

¹ T.C. Resmi Gazete, Aile Hekimliği Kanunu, 09.12.2004, S. 25665

² T.C. Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkındaki Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, 06.07.2005, S. 25867

³ T.C. Sağlık Bakanlığı, Kişisel Sağlık Kayıtlarının Güvenliği Politikası, 07.10.2005, S. 2005/153; http://www.ihsm.gov.tr/indir/mevzuat/genelgeler/G_07102005_1.pdf

2.5. Aile Hekimini Seçme ve Değiştirme Hakkı

Aile hekimini değiştirme hakkı hasta hakkı açısından ele alınmış ve yasal mevzuatlarda belirtilmiştir. Aile hekimliği uygulamaları ile ilgili, 25.01.2010 tarihli Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren Aile Hekimliği Uygulamaları “Yönetmeliğinin, Kişilerin Aile Hekimini Seçebileceği Bölgeler” başlığı altında yer alan sekizinci maddesinde, “Aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde kişilerin aile hekimlerine kayıtları yapılır” şeklinde ifadeye yer verilmiştir. Bu ifadeden sonra ise yapılacak olan bu kayıtların hangi şartlarda yerine getirileceğine dair bilgilere yer verilmiştir. Söz konusu yönetmelik maddesinin farklı bir bölümünde, kişilerin aile hekimlerini bölge sınırlamasına tabi tutulmaksızın seçebileceğine vurgu yapılmıştır. Fakat daha sonra gelen cümlede “Zorunlu haller dışında aile hekimini üç aydan önce değiştirilemez” şeklinde bir ifadeye yer verilmiş olup, söz konusu yönetmelik metninde de anlaşılabacağı üzere, vatandaşların aile hekimini seçme hakkı serbest bırakılmış ise de, kayıt yapıldıktan sonraki değişiklikler için üç ay gibi bir sınırlama konulmuştur.¹

Aile hekiminin değiştirilmesinin hangi şartlarda olacağı aynı yönetmelik maddesinde yer almış, aile hekimi değişiklik taleplerinin bireylerin yazılı talebi üzerine yapılacağı hükme bağlanmıştır. Aynı zamanda değişiklik ile ilgili söz konusu yazılı taleplerin, beş gün içerisinde ilgili toplum sağlığı merkezine ulaştırılması da hükme bağlanmıştır. Bunun yanı sıra herhangi bir şekilde kaydı bulunmayan bireylerin, ikamet bölgesinde bulunan ve en az kişi kaydı olan aile hekimine kayıt yapılması da ilgili yasal mevzuat içerisinde yer almaktadır. Ayrıca gezici sağlık hizmeti verilen alanlarda ikamet eden bireyler, başka bir aile hekimine kayıt olamamaktadırlar. Bireylerin böyle bir talebinin olması halinde ise, aile hekimliği hizmetini aile sağlığı birimlerinden almak durumunda kalmaktadırlar. Fakat böyle bir durumda da kayıt olunan aile hekiminden gezici sağlık hizmetinin alınması mümkün olmamaktadır.²

¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 25 Ocak 2013, S. 28539

² T.C. Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 25 Ocak 2013, S. 28539

2.6. Aile Hekimliği Sevk Zinciri

Sağlıkta dönüşüm projesi kapsamında uygulamaya konulan aile hekimliği uygulamalarının planlamasında yer alan sevk zinciri modeli, birçok Avrupa ülkesinde uygulanmaktadır. Ülkemizde sevk zincirinin uygulanabilirliği konusunda çeşitli tartışmaların olduğu görülmekte olup, aile hekimliği ile ilgili yasal mevzuatların konulmasından bu yana halen sağlıklı bir şekilde uygulamaya konulmadığı görülmektedir. Söz konusu uygulamada temel olarak yapılacağı ifade edilen, aile hekimliği uygulamasının pratisyen doktorlara eğitim verilmesi ile aile hekimi olmalarının sağlanacağı ve temel sağlık uygulamalarının diğer gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de verileceği yönünde bir düşünce şeklindeydi. Aynı zamanda söz konusu sevk zinciri kapsamında birinci basamak sağlık kurumlarında muayene ve tedavi olmadan diğer basamakta yer alan sağlık kurumlarına acil durumlar dışında geçiş olmayacaktı.

Aile hekimliği uygulaması bireylerin yaş, cinsiyet ve hastalık gözetmeksizin tüm sağlık girişimlerinde bütüncül bir sağlık hizmeti sunan ve etkin tedavi sağlanmasında birinci derecede sorumlu olmasının yanında toplum sağlığının korunması ve sağlığının geliştirilmesine yönelik hizmet sunan birimler olarak ifade edilmektedir. Ancak birinci basamak sağlık hizmetlerinde bu gün gelinen noktada uygulamanın gerekli rağbeti görmediği görülmekte olup, hemen hemen tüm hastanelere sevksiz başvuruların yapıldığı görülmektedir. Böyle değerlendirildiğinde uygulanması gereken sevk zincirinin de çok sağlıklı işlemediği görülmektedir.¹ Bu anlamda aile hekimliğinde sevk zincirinin yeterince işlemediği görülürken, hastaların genel olarak Sağlık Bakanlığı hastaneleri de dâhil olmak üzere acil servisleri yoğun olarak kullanabildikleri görülmektedir. Günümüzde yapılan sağlık uygulamalarına bakıldığında sevk zinciri konusunda zorlayıcı bir yasal mevzuatında olmadığı görülmektedir. Bu anlamda, aile hekimliği sevk uygulamasının yerine getirilebilmesi için uygulamada yeni düzenlemelere ihtiyaç olduğu görülmektedir.

¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, IV. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi: Konuşma Metinleri, Ankara, 2013; <http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=399>, (20.10.2014)

2.7. Aile Hekimliğinde Sözleşme

Aile hekimliğinde uygulanacak olan çalışma koşulları 30.12.2010 tarih ve 27801 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemelerle Sözleşme Usul ve Esasları Hakkındaki Yönetmelik hükümlerine göre yapılmaktadır. Söz konusu yönetmeliğin birinci maddesinde aile hekimlerinin sözleşme esaslarına göre çalışacağı ifade edildikten sonra, dördüncü maddesinin (c) bendinde, aile hekiminin yanında diğer sağlık personellerinin de sözleşme hükümleri dâhilinde görev yapacağı vurgulanmıştır.

Söz konusu yönetmelik kapsamında, sözleşmeli olarak çalışacak olan sağlık personellerinin ödemeleri ile ilgili olarak, yine dördüncü maddenin (j) bendinde değinilmiştir. Ayrıca, ilgili yönetmeliğin beşinci maddesinde 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'na atıfta bulunularak, aile hekimlerinin hangi şartlarda görev yapacaklarına değinilmiştir. Söz konusu madde hükmüne göre aile hekimi olarak görev yapacak olanların 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun (A) bendinin 4, 5 ve 7 nolu bentlerinde yer alan şartları taşımaları gerektiği, yetmiş beş yaşından büyük olmamaları gerektiği belirtilmiştir. Bunun yanında atmış beş yaşın üzerinde olanların ise, sağlık durumu konusunda her hangi bir engel olmaması gerektiği belirtilmiştir.¹

İlgili yönetmeliğin altıncı maddesinin birinci fıkrasında, aile hekimi ile yapılacak olan sözleşmenin içeriği konusuna da yer verilmiş olup, sözleşmenin imzalanması ve sona erdirilmesinde yerel yönetimin mülki amiri olarak valinin yetkili olduğu belirtilmiştir. Aile hekimleri ve diğer sağlık personelleri ile yapılacak olan sözleşme ile ilgili olarak, aynı kanun maddesinin ikinci fıkrasında sözleşme süresinin ne kadar olacağı konusuna değinilmiş, ilgili yasal metne göre bu süre iki yıl olarak belirlenmiştir. Aynı zamanda ilgili yönetmeliğin yedinci maddesinde sözleşme hükümleri dâhilinde görev yapacak olan sağlık personellerinin yürüteceği sağlık

¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, 12.08.2005, S. 25904

hizmetlerinin dışında menfaat elde edici başka bir işte çalışamayacağı da vurgulanmıştır. Sözleşme hükümleri dâhilinde çalışacak olan aile hekimlerinin izin süreleri, her mali yıl için otuz gün olarak belirlenmiştir.

Sözleşmenin sona ermesi konusunda, ilgili yasal mevzuatta çeşitli hükümler bulunduğu görülmekle birlikte, sözleşmenin sona ermesi ölüm durumunda kendiliğinden sona erebileceği gibi, yerel mülkü amir tarafından sona erdirilmesi belli koşullara bağlanmıştır. Sözleşmenin sona ermesinde bu uygulamaların dışında; sözleşmenin ihtar verilerek sona erdirilmesi, sözleşmenin çalışan tarafından sona erdirilmesi gibi şekilleri de bulunmaktadır. Bunların dışında sözleşme kapsamında ödenecek ücretlerin tam gün çalışma esasına göre yapılacağı belirtilmiştir. Bunun yanında, bu ücretlerle birlikte 0 ile 59 yaş grubunda olanlar için 1,6 katsayısı, hamileler için 3 katsayısı, 65 yaş üstündekiler için 1,6 katsayısı, tutuklu ve hükümlüler için 2.25 katsayısı ve diğerleri için 0,79 katsayısının esas alınacağı belirtilmiştir. Toplanacak puanlardan 1.000 katsayısına kadar olanlar için uzman tabip ve tabiplere 2.167 tl, aile hekimliği uzmanlarına ise 3.139 tl ilave ödeme yapılacağı belirtilmiştir.¹

2.8. Aile Hekimlerinin Görevsel Suçları Nedeniyle Ceza Soruşturması

Sağlık hizmetinin yerine getirilmesi sırasında, diğer tüm sağlık hizmetlerinde olabileceği gibi, meydana gelebilecek olan tıbbi uygulama hatalarıdır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, genel olarak erkek doktorların daha fazla medikal hata yaptığı görülmüştür. Yapılan çalışmalarda tıbbi uygulama hatalarının genel toplamına bakıldığında, oransal olarak %66,4'ünün erkek doktorların hata yaptığı düşünülmektedir. Medikal hatalar incelendiğinde daha çok erkeklerin medikal hataya meydan verdikleri ve medikal hataları eğitim düzeyi yüksek erkekler tarafından şikâyet edilmesi şeklinde ortaya çıktığı görülmektedir.²

¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, 12.08.2005, S. 25904

² Ö. Yiğit - C. Oktay - G. Bacakoğlu, "Akdeniz Üniversitesi Hastanesinin Acil Servis Hizmetleri Konusundaki Memnuniyet Değerlendirilme Formlarının İncelenmesi", Türkiye Acil Tıp Dergisi, C. 10, S. 4, Ankara, 2010, ss. 181-182

Tıbbi uygulama hatası şikâyetlerinin yüksek olduğu yerlere bakıldığında, bunların genel olarak hasta yoğunluğu olan ya da doktor sayısının yetersiz olduğu yerler görülmektedir. Bunun nedeni ise, bu alanlarda doktor sayısının az olması ve müdahale yapılan hastaların çokluğu, hastaların geç müdahale edildiğini iddia etmesi, tıbbi uygulama hatası oranlarının da yüksek çıktığı görülmektedir. Tıbbi uygulama hatası iddialarının en aza indirilmesi için öncelikle sağlık hizmetinin verildiği tüm alanlarda iyileştirilme yapılması, doktor başına düşen hasta sayısının optimal seviyede olması gerekmektedir. Sağlık sisteminin genel bir sorunu olan tıbbi uygulama hataları, sağlık çalışanları ile hasta ve hasta yakınlarını karşı karşıya getirmekte, hatalı uygulamaya maruz kalan hasta ve hasta yakınları, hasta hakları çerçevesinde haklarını arama anlamında girişimlerde bulunmaktadır.¹

Tıbbi uygulama hatalarının oluşumuna bakıldığında, sağlık hizmeti verenlerin yaptığı işlemler nedeniyle, hastalık ya da yaralanmanın normal gidişatından çıkarak, sağlık hizmetinin gecikmesi, hastanın fonksiyonlarının tam olarak yerine gelmemesi ya da ölümle sonuçlanması gibi sonuçlar doğurmasına sebep olan aksaklıklar ve yanlış işlemlerdir. Tıbbi uygulama hatası genel olarak bireysel şekilde meydana gelen hatalar olup, bu hatalar doktor, hemşire ya da sağlık çalışanlarının hatalarıdır. Söz konusu hatalar, sağlık çalışanlarının uygun tedavi yöntemini uygulamaması, bilgi eksikliği veya hastayı geç tedavi etmesi sonucu ortaya çıkmaktadır.

İnsan hayatı söz konusu olduğunda tüm işlemler sağlık açısından bir risk oluşturmaktadır. Burada önemli olan meydana gelen riskin belli standartlar içinde kalmasıdır. Bazen doktor her türlü uygulamayı yerine getirse bile başarısızlık kaçınılmaz olabilmektedir. Bu durum tıbbi uygulamaların doğasında var olan risk faktörleridir. İşte bu noktada meydana gelen risk, izin verilen risk çerçevesinde ise, bu durum uygulama hatasından çok bir komplikasyondur. Bu ayrımın uygulama hatası olup olmadığı noktasında büyük önemi vardır.²

¹ Y. Oğuz, “Hasta Hakları Alanındaki Gelişmeler ve Değişen Değerler”, Türkiye Klinikleri Tıbbi Etiği, C. 5, S. 2, Ankara, 1997, s. 50

² A. Çolak, “Nöroşirürjide Malpraktis”, Türk Nöroşirürji Dergisi, S. 12, İstanbul, 2002, s. 94

Hasta ile doktor arasında bağlantı kopukluğundan meydana gelen iletişim eksiklikleri, hastaya yapılan tıbbi uygulamalar esnasında meydana gelebilecek yanlış veya eksik anlamalar, tıbbi hataların meydana gelmesine neden olabilir. Bu konuşmaların kayıt altına alınmaması sonucunda ise farklı iddiaların ortaya çıkması söz konusu olmaktadır. Bu arada doktorların yaptığı uygulamaları hukuksal anlamda uygun olabilmesi için hastanın onamına ihtiyaç duyulmaktadır. Hasta veya yakının onamı olmayan tıbbi uygulamalar yasal olmayıp, doktorun tedavi sırasında ortaya çıkabilecek sonuçları hasta veya yakınına aktarması ve onayını alması gerekmektedir.¹

Tıbbi uygulamalar esnasında meydana gelen kusurlarla ilgili yasal düzenlemelere bakıldığında ise, 1982 Anayasası'nın 17. Maddesinde; “Herkes yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz, rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz” denilmiştir. Ayrıca, Türk Borçlar Kanunu'nda da hasta ile doktor arasında bir sözleşmenin varlığından bahsedilmiş, bu çerçevede tarafların bir takım sorumlulukları bulunduğu ifade edilmiştir. Kurulan bu ilişki çerçevesinde doktorun asli borcu hastaların sağlıklarına kavuşabilmesi amacıyla gerekli tıbbi müdahaleleri yapmaktır. Doktorun söz konusu tıbbi müdahaleleri yerine getirirken ise, tanı koyma yükümlülüğü, tanıya uygun tedavi uygulama yükümlülüğü, hasta rızasını alma yükümlülüğü, sır saklama yükümlülüğü, dosya tutma yükümlülüğü bulunmaktadır. Bu yükümlülüklerin bir veya birkaçının yerine getirilmemiş olması durumunda sözleşme şartlarının yerine getirilmediği, dolayısıyla bir kusurun ortaya çıktığı kabul edilmektedir.²

Doktor ve hasta arasında meydana gelen ilişkiden kaynaklanan zararlar maddi ve manevi olarak meydana gelebilmektedir. Örneğin doktorun hastayı aydınlatma yükümlülüğü manevi tazminata konu olurken, sır saklama yükümlülüğünde hem manevi hem de maddi zarar söz konusu olabilmektedir. Bunun yanında, doktorların genel olarak maddi tazminat ödemeye mahkûm edildiği görülmekte olup, tazminat

¹ O. Polat - I. Pakiş, “Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu”, Acıbadem Üniversitesi (ACÜ), Sağlık Bilimleri Dergisi, C. 2, S. 3, İstanbul, 2011, s. 120

² Polat, s. 121

miktarı hesaplanırken ise, hastanın varlığında meydana gelen eksilmeler göz önüne alınmaktadır. Ayrıca, meydana gelen tıbbi uygulama hatalarının sonucunda hastanın ölmüş olması, maddi ve manevi tazminata konu olmaktadır. Meydana gelen kusurun türüne göre Türk Ceza Kanununda çeşitli hükümler yer almakta olup, bu tür davaların görülmesinde, parasal tutarı ne olursa olsun Sulh Ceza Mahkemeleri yetkilidir.

Aile hekimlerinin çalışma koşulları ve hasta doktor ilişkileri açısından özel bir konuma sahip olduğu görülmekte, aile hekimi ile hasta arasındaki ilişkinin hukuksal niteliği hususu tereddütlere yol açmaktadır. Esasen aile hekimleri bakımından yapılan sözleşme değil, kamu hukukunun geçerli olduğu düşünülebilir. Ayrıca, aile hekimlerinin sözleşmeli hekim statüsünde çalışıyor olması, hasta doktor ilişkisinin farklı değerlendirilmesi konusunu da gündeme getirmektedir. Ülkemizde çalışan aile hekimlerinin, Aile Hekimleri Kanunu kapsamında görev yaptığı düşünüldüğünde, sözleşme kapsamında görev yapan aile hekimlerinin kadroları ile ilişkilerinin devam ettiği, bu süre zarfında ise ücretsiz izinli sayıldıkları görülür. Bunun dışında, aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin ücretsiz olduğu görülmekle birlikte, bu kapsamda aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının görevleri ile ilgili olan ve görev başında işlenen suçlarda Devlet Memurları Kanunu kapsamında işlem yapılması gerekmektedir.¹

Aile hekimliği konusundaki bu hükümler değerlendirildiğinde hasta doktor arasındaki ilişkilerden kaynaklanan sorunların özel hukuk alanında değerlendirilmemesi gerektiği, aksine kamusal nitelik taşımasından dolayı idare hukuku kapsamında değerlendirilmesi gerektiği sonucu elde edilmektedir. Bu nedenle de her ne kadar aile hekimleri sözleşme hükümleri kapsamında görev yapıyor olsa da, hasta ile kurmuş olduğu ilişki göz önüne alındığında, kamu hukuku kapsamında değerlendirilmelidir. Bunun sonucu olarak da aile hekimlerinin yapmış olduğu her türlü işlem ve eylem idare hukuku açısından değerlendirilmelidir. Ayrıca,

¹ H. Hakeri, Tıp Hukuku El Kitabı, İstanbul, 2013, s. 239

idare hukukunun gereği olarak, aile hekimlerinin görevleri nedeniyle meydana gelen kusurlarında, davaların aile hekimine değil, idareye açılması gerekmektedir¹

2.9. Aile Hekimliğinde Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası

Mali sorumluluk sigortası, tıbbi uygulamaların kötü kullanılması amacıyla uygulamaya konulmuş olup, söz konusu mali sorumluluk sigortasının şartları 27648 sayılı Resmi Gazetede 21.07.2010 tarihinde yayınlanan tebliğ ile yürürlüğe konulmuştur. Adı geçen tebliğin, doğrudan sağlık hizmeti sunan kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşları ile sağlık birimlerinde çalışan tabipler, dış tabipleri, tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar ile ilgili kurum ve kuruluşları kapsadığı görülmektedir. Söz konusu tebliğ kapsamında zorunlu mali sorumlulukla ilgili kurum katkısının usul ve esasları belirlenmiş olup, aile hekimliği ile ilgili olarak, sözleşme kapsamında bulunan aile hekimlerinin ilgili tebliğin üçüncü maddesine göre sigorta primlerinin tamamını kendilerinin ödeyeceği beyan edilmiştir.²

Yapılan sigorta sözleşmesi 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun ek 12'nci maddesi kapsamında serbest veya kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabip, dış tabibi, tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olarak çalışan tabiplerin, mesleki faaliyeti icra ederken verdiği zararlara bağlı olarak istenilen tazminat talepleri ile oluşacak masrafların limitler dâhilinde tazmin edilmesine yönelik olarak düzenlenmektedir. Yapılacak olan sigortalar mesleki faaliyetten kaynaklanmayan tazminat talepleri, kasten sebep olunan zararları, deneylerden kaynaklanan tazminat taleplerini, madde kullanımı sonucunda oluşan zararları, gerekli tıbbi teçhizat bulunmadan meydana gelen zararlar ve kişinin kendi kusurundan meydana gelen zararları karşılamadığı görülmektedir.³

¹ Hakeri, s. 240

² Çınarlı, s. 379

³ R. Yıldırım, Tıbbi Müdahaleden Kaynaklanan Hukuki Sorumluluk Sempozyumu, Ankara, 16-17 Ocak 2009, s. 195

2.10. Aile Hekimliğinde Çalışma Saatleri ve İzin

Ülkemizde sözleşmeli olarak görev yapan aile hekimlerinin çalışma saatleri 10.05.2010 tarih ve 27591 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 10'uncu maddesinde düzenlenmiş olup, ilgili yönetmelik maddesinin birinci fıkrasında, “Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları tam gün esasına göre çalışırlar” ifadesine yer verilmiştir. Aynı maddenin ikinci fıkrasında ise, “Mesai saatleri ve günleri, çalışma yerinin şartları da dikkate alınmak suretiyle çalıştığı bölgedeki kişilerin ihtiyaçlarına uygun olarak aile hekimi tarafından belirlenir ve müdürlükçe onaylanır. Çalışma saatleri içerisinde poliklinik gün ve saatleri ayrıca belirtilir. Yapılacak ev ziyaretleri ve gezici/yerinde sağlık hizmetleri çalışma süresine dâhil edilir. Çalışılan günler ve saatler aile sağlığı merkezinin görünür bir yerine asılarak kişilerin bilgilendirilmesi sağlanır” denilerek, mesai saatleri dışında çalışma şartlarına da atıfta bulunulmuştur.¹

Ayrıca, 30.12.2010 tarih ve 27801 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemelerle Sözleşme Usul ve Esasları Hakkındaki Yönetmeliğinin dokuzuncu maddesinin birinci fıkrasında çalışma saatlerine değinilmiştir. Söz konusu yasal mevzuat hükmünde, “Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları, görevlerini haftalık çalışma süresi kırk saatten az olmamak kaydıyla, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde yerine getirir” denilerek, haftalık çalışma saatinin kırk saat olduğu belirtilmiştir.²

2.11. Aile Hekimliğinde E-Reçete ve E-İmza

Sosyal Güvenlik Kurumu, sağlıkta meydana gelen yapılanma doğrultusunda 01.07. 2012 tarihinden itibaren tüm sağlık kurum ve kuruluşlarını bilgilendirmek suretiyle 27.06.2012 tarihinde tüm sağlık kurumlarına yapmış olduğu duyuru ile E-

¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete 25 Ocak 2013, S. 28539

² T.C. Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, 12.08.2005, S. 25904

Reçete uygulamasına geçmiştir. Uygulama kapsamında uygulamanın hangi şartlarda olacağı konusunda ise, bilgisayar otomasyon sistemleri üzerinde çalışan kurumlara gerekli eğitimi vermiştir. Uygulanan sistemle sağlık hizmeti sunanların E-Reçeteyi, tanımlanan şekilde hekimler tarafından MEDULA sistemine kaydedilmesi esas alınmış ve reçetelerin elektronik bir reçete numarası alması sağlanmıştır.¹

Söz konusu uygulama kapsamında, birinci basamak kuruluşlarında görev yapan hekimler de bu uygulamaya dâhil edilmiş olup, Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından reçetelerde yer almayacak olan ilaç grupları, reçetelerin kimlere yazılmayacağı ve E-Reçetede hangi bilgilerin bulunması ve hangi alanların doldurulması gerektiği konusunda duyurular yapılmıştır. Aynı zamanda elektronik ortamdaki reçete içeriğinde reçetelerin alt türleri, reçete türleri, reçetenin tarihi, ilaç isimlerinin yazıldığı bölümle birlikte kutu adedi, kaç doz kullanılacağı gibi bilgilere yer verilmiştir. Bunun yanı sıra E-Reçetede ilaçların kullanım şekli, ilaçla ilgili açıklamalar, teşhis, tanı, izlem formu, tedavi süresi gibi hastanın tedavi uygulamasına yönelik bilgiler de bulunmaktadır.²

Aile hekimleri reçete oluşturması gerektiği durumlarda aile hekimliği bilgi sistemine entegre edilmiş olan medula sistemine girerek, reçete bilgilerini oluşturabilmektedir. Aile hekimleri sistem üzerinde bulunan E-Reçete menüsündeki ilgili alanları doldurduktan sonra bilgileri kaydetmekte, sistem otomatik olarak doldurulan bilgileri medula sistemine kaydetmektedir. Söz konusu kayıt esnasında aile hekimine bir adet elektronik reçete numarası ya da medula takip numarası verilmekte olup, aynı reçete numarası ya da medula takip numarası ile ilgili ilaçların eczanelerden alınması mümkün olmaktadır. Meydana getirilen uygulama ile birlikte, aile hekimlerine birer tane SGK kurum şifresi verilmiş olup, E-Reçetelerin sisteme kayıt edilmesinde ıslak imza yerine bu şifreler kullanılmıştır. SGK kurumsal hekim şifresi adı verilen bu şifreler, SGK tarafından verilmiş olup, ancak bu şifrelerin

¹ T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu, 27.12.2012 Tarihli E-Reçete Uygulama Duyurusu; http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/94e7056e-815c-43ec-a752-d8d4f6514194/duyuru_28062012_02.pdf?MOD=AJPERES, (25.10.2014)

² T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu, 27.12.2012 Tarihli E-Reçete Uygulama Duyurusu; http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/94e7056e-815c-43ec-a752-d8d4f6514194/duyuru_28062012_02.pdf?MOD=AJPERES, (25.10.2014)

varlığı halinde işlemler yapılabilir. Ayrıca, sistemde meydana gelebilecek olan bir tıkanmanın önüne geçebilmek amacı ile SGK tarafından verilen şifrelerin yanında ıslak imzalı reçetelerin kabulü de yapılabilir.¹

2.12. Aile Hekimliğinde Eğitim ve Sertifikasyon

Sağlık hizmeti sunumlarının yerine getirilmesi aşamasında etkinlik, kalite, maliyet ve hakkaniyet açısından birinci basamak sağlık kuruluşlarının önemi Dünya Sağlık Örgütü tarafından da vurgulanmış, birinci basamaktaki söz konusu sağlık hizmetlerinin burada görev yapacak hekimler tarafından uygulanmasının gerektiği yönünde karar alınmıştır. Bunun yanında Dünya Aile Hekimliği Birliği, aile hekimliğini bir uzmanlık alanı olarak tanımış olup, tüm ülkelerde tıp eğitimi sonrasında aile hekimliği eğitimi verilmesi kararlaştırılmıştır.² Bununla birlikte ülkemizde 1983 yılından itibaren uzmanlık eğitimlerine başlanmış olup, eğitimlere ilk olarak eğitim ve araştırma hastanelerinde başlanmış, ilk anabilim dalı ise Trakya Üniversitesinde oluşturulmuştur.

Aile hekimleri yaş, cinsiyet ve hastalık gibi ayrımları gözetmeden sağlığın korunması ve geliştirilmesi amacıyla sağlık hizmeti sunan, bu sunum esnasında karşılaşılan problemleri gerekli bilgi, beceri ve edinmiş olduğu tutumlar çerçevesinde sağlık kademelerinin ilk basamağında çözen uzmanlardır. Aile hekimlerinin söz konusu bilgi ve becerileri edinmesinde bir takım uygulama ve eğitimlerden geçmesi gerektiği de kaçınılmazdır. Söz konusu eğitimin oluşmasına yönelik olarak aile hekimi uzmanı olabilmek adına eğitimin başlangıcında fiziksel ortam ve diğer sağlık çalışanlarının tanıtılması, sağlık uygulama şekillerinin bilinmesi gerekmektedir. Bu amaçla aile hekimliği eğitimine tabi tutulan öğrencilerin aile hekimliği birimlerindeki asistanlık eğitimlerine dâhil edildiği görülür. Bu eğitimlerin günlük olarak belli saatlerde verilmesinin yanında, eğitim

¹ T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu, 27.12.2012 Tarihli E-Reçete Uygulama Duyurusu; http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/94e7056e-815c-43ec-a752-d8d4f6514194/duyuru_28062012_02.pdf?MOD=AJPERES, (25.10.2014)

² H. Pekcan, 12. Dünya Halk Sağlığı Kongresi Bildirisi; <http://www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=813>, (25.10.2014)

hizmeti yerine getirilirken, uygulanan meslek dalı ile ilgili seminer, sunum ve ilgi alanına göre makale yayınlamaları da eğitim sürecinin bir parçasıdır.¹

Aile hekimliği uzmanlığının elde edilebilmesine yönelik olarak, asistan öğrencilerin bir takım bilgi ve becerileri ile değerlere sahip olması gerekmekte olup, bunlar genel olarak mesleki ve etik değerlerin bilinmesi ve uygulanmasını gerektirmektedir. Ayrıca, aile hekimliği ile ilgili klinik uygulamalar, mesleki alan ile ilgili eğitim alma ve eğiticilik, iletişim kurabilme, araştırma ve kanıta dayalı tıp ve yönetsel beceriler şeklinde sıralanabilir. Uzmanlık eğitimi alan tıp öğrencilerinin mesleki ve etik değer açısından yasal olarak sorumluluk, görev alanının bilinmesi, bakım planlamasının yapılabilmesi, sağlık açısından olumsuz durumların fark edilerek önleminin alınması gibi etmenleri göstermektedir.

Klinik uygulamaların içeriğine bakıldığında ise bu uygulamalar genel olarak problem çözme yeteneğine bağlı biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarla bireysel odaklı çalışma gerekmektedir. Bunun yanında birey sağlığı ön planda tutularak, sağlığı koruyucu, tedavi ve rehabilite edici önlemler olarak, hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirme ve danışmanlık hizmeti verilmesi bu uygulamalar içerisinde yer almaktadır. Aile hekimliği uzmanlık alanında iletişim sağlamanın da önemi yüksek olmakla birlikte, tedavi edici hizmetlerin yerine getirilmesinde iletişimin etkinlik açısından önemi büyüktür. Bunun yanında aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin bireye ve topluma yönelik vermiş olduğu hizmetten dolayı, her türlü eğitim, değerlendirme etkinliğini bilmesi gerekmekte, sağlık danışmanlığı verebilecek durumda olması gerekmektedir. Aile hekimliği uygulamaları açısından bir diğer yaklaşım ise, araştırma ile birlikte klinik ve sosyal bilimlerin bilinmesidir. Aile hekimleri yapmış oldukları araştırmaları bu kapsamda değerlendirirler. Son olarak aile hekimlerinin sağlık hizmetlerine erişim sağlamada bireyler arasındaki eşitsizlik ve kriz söz konusu olduğunda organizasyonun sağlanmasında bir takım önlemlerin alınması, politikaların izlenmesine ihtiyaç duyabilecektir. Bu anlamda da aile

¹ Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (Tahud), Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminin Tanımı ve Hedefleri, Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çerçeve Programı, s. 13; http://www.tahud.org.tr/uploads/content/AHU_egitimi_mufredat.pdf

hekimliği uzmanlık öğrencilerinin bir takım yönetim becerilerine sahip olması gerekmektedir.¹

Görülen eğitimler sonrasında uzmanlık hakkının elde edilebilmesi için otuz altı ay eğitim görme gerekliliği bulunmakla birlikte, söz konusu süre, Tıpta Uzmanlık Kurulunun 23.06.2010 tarih ve 80 sayılı kararı ile uygulamaya konulmuştur. Toplam otuz altı aylık bu sürenin on sekiz aylık dönemi aile hekimliği biriminde, dört ayı İç Hastalıklarında, dört ayı Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinde, beş ayı Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarında, iki ayı Psikiyatri Servisinde, birer ayı ise Kardiyoloji, Göğüs Hastalıkları ve Genel Cerrahide geçirilmek suretiyle eğitim tamamlanmaktadır. Aile Hekimliği uygulama eğitimleri üniversite hastaneleri, Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin Aile Hekimliği Polikliniklerinde uygulanmakta olup, uygulamalar 18.07.2009 tarihli Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğine göre yapılmaktadır. Yapılan eğitim sonrasında Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği mevzuatlarında belirtilen yeterliliğe sahip olan uzman hekimlerin istihdamı ile eğitici olarak görev almaları gerekmektedir. Bunun yanında Aile Sağlığı merkezlerinin müfredat uygulaması ile beş yıl içerisinde akreditasyon kriterlerinin yerine getirilmesi ile sertifikaya sahip oldukları görülebilmektedir.²

2.13. Aile Hekimliği Kuruluşları

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan aile hekimlerinin desteklenmesi, aile hekimlerinin aynı çatı altında toplanması, ulusal ve uluslar arası alanlarda aile hekimliği uygulamalarının ifade edilmesi amacına dönük olarak bir takım dernek ve federasyonlar kurulmuş olup, söz konusu derneklerin aile hekimliği konusunda faaliyetleri devam etmektedir.

¹ Tahud, s. 14

², <http://www.tahud.org.tr/hakkimizda/aile-hekimligi-nedir>, (25.10.2014)

2.13.1. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği

Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği, ülkemizde uluslararası alanda aile hekimliğinin temsilcilik faaliyetlerini yürütmek amacıyla 1990 yılında kurulmuş olup, ülkemizde aile hekimliği öğrencisi ve uzmanlarından oluşan birçok dernek üyesi bulunmaktadır. TAHUD'un birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan aile hekimlerinin bilgi kaynaklarına ulaşmasında yardımcı olduğu görülmekle birlikte, derneğin merkezi Ankara'da olup, çeşitli illerde temsilcileri bulunmaktadır. Derneğin amaçlarına bakıldığında ise, bu amaçların aile hekimliği mesleğinin yeri, önemi ve rolünü belirlemek, aile hekimleri arasında dayanışmayı sağlamak, mesleki sorunların çözülmesine yardımcı olmak, uzmanlık alanlarında meydana gelen sorunları gündeme taşımak ile dernek üyelerinin mesleki, sanatsal, kültürel ve bilimsel alanlarda daha katılımcı olmalarını sağlamaktır. Bunun yanında dernek amaçları arasında uzmanlık standartlarının belirlenmesi, uygulama ve izlenimlerin değerlendirilmesi, mesleki kuralların uygulanmasının izlenmesi, gelişen teknolojilerden üyelerin haberdar edilmesi, eğitim programlarının düzenlenmesi ile yasa, tüzük ve yönetmelik gibi yasal mevzuatların aksayan yönlerinin dile getirilmesi olarak ifade edilmektedir.¹

Açıklanan bu amaçlar doğrultusunda derneğin faaliyetlerine bakıldığında ise bu faaliyetlerin aile hekimliği ile ilgili konularda araştırma yapılması, ilgi alanına dönük olarak yapılan çalışmaların desteklemesi, aile hekimliği ile ilgili üyelerin kongre ve toplantılarda temsil edilmesi, kongre ve konferans düzenlenmesi, sürekli ve süreksiz yayınlar yapılması gibi faaliyetler yürüttüğü görülmektedir. Bunların yanında derneğin uzmanlık öncesi ve uzmanlık sonrası standartların belirlenmesi, değerlendirilmesi ve gerekli düzenlemeleri yaptığı görülmektedir. Bu faaliyetler arasında derneğin üyeleri ile ilgili sosyal, ekonomik ve kültürel seviyelerini yükseltmek, dayanışma sağlamak ve uygun koşullarda çalışmasına yönelik olarak etkinliklerde bulunduğu gözlenmektedir. Ayrıca, aile hekimliği konusunda yurt içi ve yurt dışı gelişmelerin incelenmesi, sağlıkla ilgili bilinçli bir toplum oluşturulması,

¹, <http://www.tahud.org.tr/hakkimizda/tahud>, (25.10.2014)

dernek faaliyetlerinin yurt içinde yaygınlaştırılması şeklinde çeşitli faaliyetleri yürüttüğü görülmektedir.¹

2.13.2. Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu

Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu birinci basamak sağlık hizmetlerinde uğraş veren dernek ve vakıfları tek çatı altında toplamayı amaç edinmiş olmakla birlikte, bu amaç doğrultusunda aile hekimlerini uluslararası alanda temsil etme, aile hekimlerinin haklarının korunmasını sağlama amacı gütmektedir. Ayrıca, aile hekimliği mesleğini geliştirmeye yönelik faaliyetler yapma ve hukuksal olarak aile hekimlerinin iyi koşullarda çalışmasına katkı sağlama amacıyla olan bir kuruluş olarak faaliyetlerini yürütmektedir. Bunun yanında federasyon, uluslararası alanda edinilmiş olan norm ve etik kurallar çerçevesinde yasal sorumlulukların yerine getirilmesini, aile hekimliği uygulamalarını yönlendirmeyi, meydana gelebilecek olan sorunların çözülmesi amacıyla çalışmaktadır.²

Aile hekimliği uygulamaları diğer tıp alanları ile karşılaştırıldığında henüz ülkemizde çok yeni bir çalışma alanı olmakla birlikte, aile hekimliği uygulamalarında bir takım noksanlıkların meydana gelmesi de olası bir durumdur. Bu anlamda aile hekimliği sisteminin gelişmesine ihtiyaç olmakla birlikte, tüm koruyucu ve tedavi edici sağlık uygulamalarının aile hekimlikleri üzerinden yürütülmesi, aile hekimlikleri açısından bir iş yükü oluşturacaktır. Tüm bu olumsuz durumlar göz önüne alınarak, söz konusu uzmanlık alanında bir araya gelme ihtiyacı doğmuş, buradan yola çıkılarak dernekleşme faaliyetleri ortaya çıkmıştır. Bu amaç çerçevesinde ise oluşturulan dernekler, bir araya gelerek aile hekimliği konusunda derneklerin temsil edileceği Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu meydana gelmiştir. AHEF, 2008 yılında kurulmuş olup, federasyona bağlı bazı dernekler; Adıyaman Aile Hekimliği Derneği, Bolu Aile Hekimliği Derneği, Düzce Aile Hekimliği Derneği, Denizli Aile Hekimliği Derneği, Edirne Aile Hekimliği Derneği,

¹, <http://www.tahud.org.tr/hakkimizda/dernek-tuzuk>, (25.10.2014)

², <http://www.ahef.org.tr/Icerik/1/vizyonumuz-misyonumuz-degerlerimiz.aspx>, (25.10.2014)

Elazığ Aile Hekimliği Derneği, İzmir Aile Hekimliği Derneği, Samsun Aile Hekimliği Derneği olarak yer almaktadır.¹

Federasyonun kuruluş amaçlarına bakıldığında üye derneklerin uluslar arası alanda temsil edilmesi, üye dernekler arasında dayanışmanın sağlanması, ulusal sağlık politikaları oluşturulmasında katkıda bulunulması, birinci basamak sağlık hizmetlerinde koordinasyonun sağlanması gibi amaçları bulunmaktadır. Ayrıca, aile hekimliği konusunda oluşacak sorunlara çözüm aranması, aile hekimlerinin rolü ve yerinin belirlenmesi, aile hekimliği konusunda belli standartların yakalanması gibi birçok faaliyet ve hizmetlerinin bulunduğu görülmektedir.²

¹, <http://www.ahf.org.tr/Icerik/1/vizyonumuz-misyonumuz-degerlerimiz.aspx>, (25.10.2014)

², <http://www.ahf.org.tr/icerik/9/tuzugumuz.aspx>, (25.10.2014)

SONUÇ

Günümüzde sağlık hizmetlerine olan ihtiyaç daha da artmış, tıp alanında meydana gelen gelişmelerin yanında kentsel yaşamın meydana getirdiği problemler, hastalık çeşitlerinin artmış olması, kronik hastalıkların çeşitlerinde meydana gelen artışlar ve insanların sağlık hizmetlerinde kalite anlayışında meydana gelen değişiklikler, sağlık hizmet sunumunda meydana gelen değişimlere de neden olmuştur. Bunun yanında kaliteli sağlık hizmeti elde edilmesine yönelik düşüncelerde de farklılıklar meydana gelmiş, tıp bilimindeki uzmanlık alanlarının çeşitlenmesi uzmanlık alanlarında farklılıklar meydana gelmesine sebep olmuştur. Gelişen uzmanlık alanlarından birisi de aile hekimliği olarak ortaya çıkmıştır.

Sağlık hizmetlerine olan yoğun talep, sağlık kaynaklarını ekonomik kullanma ihtiyacı ile sağlık hizmetlerinin verimli kullanılması isteği, birinci basamak sağlık hizmetlerine olan ihtiyacın doğmasına da sebep olmuş, sağlığa ihtiyacı olanlara yaş, cinsiyet ve hastalık türüne bakılmaksızın, sağlık hizmeti sunan bir sağlık alanı gerekliliği doğmuştur. Bu ihtiyacın giderilmesine yönelik olarak, özellikle dünyada olduğu gibi ülkemizde de birinci basamak sağlık hizmetleri bünyesinde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Aile hekimleri, bütüncül sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinin yanında, sağlık hizmeti ihtiyacı bulunanlarla ilk teması kuran, sağlık alanında imkânların el verdiği ölçüde ilk yardım hizmeti ve meydana gelen hastalığı ailevi, toplumsal ve sosyal yönlerden bir bütünlük içerisinde ele alan ilk basamak uzmanları olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca aile hekimleri, listesinde bulunan bireylerin kayıtlarının oluşturulması ile ilk basamak sağlık hizmeti vermenin getirdiği özelliğe bağlı olarak hastaların bireysel özelliğini bilen ve koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici hizmetlerini bir arada sunan sağlık uygulayıcısı konumundadır.

Aynı zamanda aile hekimliği birimlerinde gerek bireysel, gerekse toplumsal olarak uygulanan periyodik taramaların yapılmaktadır. Sağlık açısından meydana gelebilecek olan risk faktörlerinin belirlenmesi, hastalıkların erken evrelerde tespit edilmesi, elde edilen bilgiler doğrultusunda hastalıkların önlenmesine yönelik faaliyetlerin yürütüldüğü yerler olarak karşımıza aile sağlığı merkezleri çıkmaktadır.

Ülkemizde uygulanan aile hekimliği uygulamalarına bakıldığında, söz konusu uygulamanın henüz çok yeni olduğu görülmekle birlikte, son on yıl içerisinde sağlık uygulamalarındaki dönüşüm projeleri ile bağlantılı olarak aile hekimliği uygulamalarında önemli gelişmeler olduğu da görülmektedir. Bu süreç içerisinde yasal mevzuatlarda çeşitli uygulamalar gündeme konulmuş olup, uygulamaya yönelik değişimler halen sürmektedir. Tüm bu gelişmelerin yanı sıra, günümüze kadar gelen süreçte uygulama açısından sistem de tam olarak işlevsellik kazanılmadığı görülmektedir. Özellikle sağlık ihtiyacı olan bireylerin zaman zaman doğrudan hastanelerin acil servislerine başvurduğu görülmektedir. Acil servislerin de bu nedenle birinci basamak sağlık merkezi gibi kullanıldığı görülmektedir.

Ayrıca hastanelerde sunulan acil sağlık hizmetlerinin tanımının iyi yapılması, hastanelerdeki bu birimlere olan taleplerin ayrımının iyi yapılması birinci basamak sağlık hizmetlerinde görülebilecek sağlık hizmetlerinde hastanelerin acil servislerinin meşgul edilmemesi gerekmektedir. Bu amaca yönelik olarak, tam gün mesai yaparak çalışan aile hekimliği birimlerinin mesai saatlerinde düzenleme yapılabileceği gibi, evde sağlık hizmet sunumlarına ağırlık verilmesi gerektiği düşünülmektedir. Ayrıca, uluslararası alanda örnekleriyle karşılaştığımız şekilde aile hekimliği uygulamalarının diğer dal uzmanları ile birlikte küçük sağlık birimleri meydana getirilerek yürütülmesi, böylece de birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha etkin olmasının yanında, sağlık hizmetine ulaşılabilirlik açısından aile hekimliği birimlerinin daha etkin çalışabileceği kanaatini oluşturmaktadır.

Hasta-hekim iletişimi yönünden değerlendirildiğinde aile hekimlerinin aile hekimliği listesinde bulunan ve sağlık ihtiyacı bulunanlara karşı iyi ilişkiler geliştirme yeteneğinin olması gerekmektedir. Aile hekimlerinin bireysel yaklaşımı iyi kurabilmesi, yine bazı uluslar arası aile hekimliği uygulamalarında görüldüğü gibi hastalıkların koordinasyonunun sağlanması ile hizmetin tam olarak yerine getirilmesi anlamında, sağlık hizmetlerinin takipçisi olunması da önem arz etmektedir. Yapılan araştırmalarda birinci basamak sağlık hizmetlerinde sunulan ve gereği gibi yerine getirilen sağlık uygulamalarının maliyet açısından önemli bir faydasının olmasının yanında tıbbi uygulamalar açısından da daha verimli sonuçlar elde edildiği

görülmüştür. Bu nedenle aile hekimliği eğitimlerine kapsamlı olarak ağırlık verilmesi, aile hekimliği uygulamalarının işlevselliğinin arttırılmasına yönelik faaliyetlerin arttırılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Bunun yanında varsayımların değerlendirilmesine bakıldığında ise aşağıda yer alan sonuçlar ortaya çıkmıştır.

- “i. Aile hekimliği hizmetleri, aile hekimliği personelinin görev bölgesinde bulunan vatandaşların her türlü sağlık hizmetinden sorumludur.”:

Bu varsayımın tam anlamı ile tutarlı olduğu söylenememektedir. Çünkü, her ne kadar aile hekimleri kendi birimlerine bağlı ve o bölgede yaşayan belli sayıda bireyin ilk basamak sağlık hizmetinden sorumlu ise de, aile hekimliği hizmetlerinin tam anlamıyla uygulamaya konulmadığı, vatandaşların sağlık hizmetine başvuru da halen hastaneleri yoğun olarak tercih ettiği görülmektedir. Özellikle hastanelerin acil servislerine, sağlık sorunları birinci basamak sağlık kuruluşlarında çözümlenebilecek olan hastaların yoğun bir şekilde başvurusunun olduğu görülmektedir. Bu anlamda aile hekimliği sisteminin temel görevlerinden biri olan ilk basamak sağlık hizmeti sunum yeri olma özelliğinin de tam anlamıyla uygulandığı söylenemez.

- “ii. Birinci basamak sağlık kuruluşları olan sağlık merkezleri aşılama, gebe ve bebek takiplerini yerine getirmektedir.”:

Bu varsayım tutarlı çıkmıştır. Çünkü, bu alanda elde edilen takip oranlarının yüksekliği, aşılama oranlarının neredeyse tama yaklaşması, aile sağlığı merkezlerinde bu çalışmaların tam olarak yapıldığını göstermektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşları öncesinde sağlık ocakları tarafından uygulanan aşılama hizmetleri ile anne ve bebek takipleri, aile sağlığı merkezlerinin açılması sonrasında bu kurumlara devredilmiş, aile sağlığı merkezleri bu görevleri yerine getirmeye başlamıştır. Aile sağlığı merkezlerinin bu konudaki uygulamalarına bakıldığında, gebe, bebek ve çocuk izlemlerinin tam olarak yapıldığı ve bu görevin birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından tam anlamı ile yerine getirildiği görülebilmektedir.

- **“iii. Ülkemizde Birinci Basamak Sağlık Hizmeti sunumunda görev yapan aile hekimlikleri, uzmanlık seviyesinde sağlık hizmetinin sunulduğu birimlerdir.”**: Bu varsayım tutarlı çıkmamıştır. Çünkü, aile hekimliği hizmetleri, dünyada bir çok ülkede uzmanlık seviyesinde hizmet sunumu yapan sağlık birimleri olmasına rağmen, bunun ülkemizde tam olarak uygulamaya konulduğu söylenemez. Her ne kadar aile hekimliği, bir uzmanlık alanı olarak kabul edilmiş, uzman hekimler yetiştirilmeye başlanmış olsa da, bu hizmetin verilebilmesi için öncelikle hizmet içi eğitimlere ağırlık verilerek, aile hekimi ihtiyacı bu şekilde giderilmeye çalışılmıştır. Fakat günümüzde sunulan aile hekimliği hizmetlerine bakıldığında, bu hizmetlerin yoğun olarak pratisyen hekimler tarafından sunulduğu görülmektedir. Bu nedenle de öncelikle aile hekimliği hizmeti sunan pratisyen hekimlere öncelikle hizmet içi eğitimlerin verilmesiyle birlikte, aile hekimliği uzmanlık statüsünün de kazandırılması gerekmektedir.

- **“iv. Birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda aile hekimlikleri, sağlıkta dönüşüm programının önemli bileşenleri arasında yer almaktadır.”**: Birinci basamakta sağlık kuruluşlarında verilen sağlık hizmetlerinin önemi ve sağlık hizmetlerine erişebilirlik açısından değerlendirildiğinde, bu varsayımın tutarlı olduğu görülmektedir. Sosyal devlet anlayışının en önemli kriterlerinden bir tanesi tüm vatandaşlara hiçbir ayırım gözetilmeden sağlık hizmetlerinin kaliteli ve kolay erişilebilir olarak sunulmasıdır. Bu hizmetin sağlanmasında birinci basamak sağlık kuruluşları önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir. Ülkemizde uygulanan sağlıkta dönüşüm programının temel nedenleri arasında vatandaşlarımızın tümünün genel sağlık sigortası kapsamına alınması, sağlık hizmetleri mali yapısının denetim altına alınması, dağınık bir yapılanma içerisinde bulunan sağlık hizmet sunumunun tek çatı altında toplanması, ülke genelinde bulunan sağlık personeli dengesizliğinin giderilmesinin yanında, aile hekimliği adı altında sağlık hizmetinin adil ve kolay erişilebilir olarak sunulmasıdır. Her ne kadar sağlıkta dönüşüm kapsamında aile hekimliği konusunda, sistem tam olarak işlevsellik kazanmamış olsa da, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulmasında aile hekimliği sağlıkta dönüşüm programının önemli bir bileşenini oluşturmaktadır.

- “v. Aile hekimlikleri, sağlıkta sevk zinciri oluşturulması açısından ilk basamak sağlık hizmeti sunmakla görevlidirler.”:Bu varsayım tutarlı çıkmamıştır. Çünkü, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulması açısından aile hekimlikleri, yaklaşık olarak on yıllık bir geçmişe sahiptir. Aradan geçen süre göz önüne alındığında bu varsayımın da tam olarak yerine getirildiğinden söz edilemez. Bu anlamda sevk zincirinin tam olarak uygulanabildiği söylenememekle birlikte, bunun temel nedenleri arasında aile hekimi başına düşen hasta sayısının çok olması gelmektedir. Sağlık hizmetlerinin ilk giriş yeri olarak aile hekimliklerinin istenmesindeki amaç, etkili ve verimli bir sevk zincirinin uygulanması ve hastaların yükünün hafifletilmesidir. Aile hekimi başına düşen nüfus hedeflenen sayıya inmeden sevk zincirinin oluşturulması mümkün olmayacaktır. Bu nedenle de birinci basamakta çözülebilecek sağlık sorunları, hem aile sağlığı merkezlerinde, hem de hastanelerde birlikte değerlendirilmeye devam edecektir.

KAYNAKÇA

- Ak, M., “Akademik Bir Disiplin Olarak Aile Hekimliği” İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, C. 17, S. 4, Malatya, 2010
- Akdağ, R., Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri, Ankara, 2008
- Akdağ, R., Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı. (Değerlendirme Raporu: 2003-2010). Ankara, 2011
- Akdur, R., Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyum, Ankara, 2006
- Akman, M., “Türkiye’de Aile Hekimliğinin Gücü” Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, C. 18, S. 2, , Ankara, 2014
- Aksakoğlu, G., “İngiltere Sağlık Sistemi”. Toplum ve Hekim, C. 64, S. 5, Ankara, 1994
- Azap, A., “İspanya Sağlık Sistemi: Yerinden Yönetmek Merkezden Yönetime Göre Daha mı İyi?” Toplum ve Hekim, C. 22, S. 4, Ankara, 2007
- Barışkan, E. - Ersoy, G. - Görpelioğlu, S. - Karaoğlu, L. - Kılıç, BG. - Köksal, G. - Pekcan, G. - Yalçın, S. - Yetkin, İ. - Zergeroğlu, AM., Birinci Basamak Hekimler İçin Obezite ile Mücadelede El Kitabı, Ankara, 2013
- Başak, O. - Süleyman Görpeloğlu, S., “Tıp Fakültesi Öğretim Elemanlarının Aile Hekimliğine Yaklaşımları” Aile Hekimliği Dergisi, C. 2, S. 1, Ankara, 1998
- Belek, İ., Küba’da Sağlık, Sosyalizmin Başarısı, İstanbul, 2009

- Berman, P. - Tatar, M., Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000, Ankara, T.C Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, C. 1, Ankara, 2004
- Bostan, S. - Havvatoğlu. K., “Aile İçi Memnuniyet Ölçeğine Göre Gümüşhane Aile Hekimliği Memnuniyet Ölçeği” GÜÜ, Sağlık Bilimleri Dergisi, C. 3, S. 4, Gümüşhane, 2014
- Busse, R., “The Health System in Germany”, Eurohealth, C. 14, S. 1, Berlin, 2008
- Çağlayaner, H., Aile Hekimliği-I, İstanbul, 1995
- Çağlayaner, H., Aile Hekimliği-II, İstanbul, 1996
- Çınarlı, S., İdarenin Sağlık Hizmetinin Sunumundan Kaynaklanan Hukuki Sorumluluğu, Ankara, 2013
- Çolak, A., “Nöroşirürjide Malpraktis”, Türk Nöroşirürji Dergisi, S. 12, İstanbul, 2002
- Dikici, MF. - Kartal, M. - Alptekin, S. - Çubukçu, M. - Ayanoğlu, A.S. - Yarış, F., “Aile Hekimliğinde Kavramlar” Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi, Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences C. 27, S. 3, Ankara, 2007
- Dünya Bankası, Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Reformu. Dünya Bankası Dokümanı, Rapor no: 24358-TU. C. 1, Ana Rapor, İstanbul, Mart 2003
- Ekuklu, G., “Norveç Sağlık Sistemi” Toplum ve Hekim, C. 21, S. 5-6, Ankara, 2006
- Güler, B., Kamu Yönetimi Çalışmaları, (Vols. 9), Ankara, 2010

Hakeri, H., Tıp Hukuku El Kitabı, İstanbul, 2013

Kıvanç, A. - Şahinöz, T., “Gümüşhane Üniversitesi Öğrencilerinin Aile Hekimliği Konusunda Bilgi Durumlarının Saptanması”, GÜÜ, Sağlık Bilimleri Dergisi C. 1, S.1 Gümüşhane, 2012

Korukluoğlu, S., “Aile Hekimliğinde Sevk Zinciri”, Sağlıkta Dönüşüm Programı Çerçevesinde Aile Hekimliği Uygulaması Toplantısı, Afyon, 2004

Korukluoğlu, S., – Üstü, Y., – Kasım, İ., – Doğusan, R., – Hacımamağaoğlu, A., Aile Hekimliği Türkiye Modeli, (Ed. S. Aydın), Ankara, 2004

Külbey, H. “İspanya Aile Hekimliği İzlenimleri”, Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, C. 18, S. 4, Ankara, 2014

Oğuz, Y., Hasta Hakları Alanındaki Gelişmeler ve Değişen Değerler, Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik, Ankara, 1997

Okay, B. - Saatçi, E. - Ceyhun, G., “Akademik Aile Hekimliği ve Gelişme Özellikleri: Türkiye Deneyimi”, Aile Hekimliği Dergisi, C. 9, S. 4, Ankara, 2005

Övretveit, J., “İskandinav Ülkelerinde Özelleştirme ve Özel Sağlık Hizmetleri”, (Çev: N. Etiler), Toplum ve Hekim, C. 20, S. 5, Ankara, 2005

Pankorur, A., Adana İl Merkezinde Yaşayan Farklı Sosyokültürel Gurupların Sağlık Hizmetlerini Kullanma Davranışlarının Değerlendirilmesi, ÇÜ, Tıp Fakültesi, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Adana, 2010

Polat, O. – Pakiş., I. “Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu”, ACÜ, Sağlık Bilimleri Dergisi, C. 2, S. 3, İstanbul, 2011

Şencan, İ. – Koç, O. – Bayraktar, O.G., Hastane Rollerini Gruplandırmaya Yönelik Kriterler, Ankara, 2009

Sülkü, S.N., Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Finansmanı ve Sağlık Harcamaları, Ankara, 2011

T.C. Anayasası, Resmi Gazete Sayı ve Numarası: 17863, (09.11.1982)

T.C. Resmi Gazete, Aile Hekimliği Kanunu, Resmi Gazete Yürürlük Tarihi: 09.12.2004

T.C. Resmi Gazete, Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, Kanun Numarası: 1593, Resmi Gazete Sayısı: 1489, Tarihi: 06.05.1930

T.C. Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. T.C. Resmi Gazete, 25 Ocak 2013, 28539

T.C. Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler, Karar No: 2010/1237

T.C. Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkındaki Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, 06.07.2005, 25867

T.C. Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği Türkiye Modeli, (Ed. Sebahattin Aydın), Ankara, 2004

T.C. Sağlık Bakanlığı, Kişisel Sağlık Kayıtlarının Güvenliği Politikası, 07.10.2005

T.C. Sağlık Bakanlığı, Genişletilmiş Bağışıklama Program Genelgesi, 2009/17, 13.03.2009

T.C. Sağlık Bakanlığı, Kişisel Sağlık Kayıtlarının Güvenliği Politikası Genelgesi, Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, 07.10.2005, 2005/153

T.C. Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği Birimleri Gruplarının Belirlenmesi, 19.01.2011 Tarih ve 2011/3 Sayılı Genelgesi

Tahud, Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminin Tanımı ve Hedefleri, Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çerçeve Programı

Terzi, C., “Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi” Toplum ve Hekim, C. 22, S. 1-2, Ankara, 2007

Türk Tabipler Birliği, Nusret Fişek ve Hekimlik. Ankara, 1991

Yıldırım, R., Tıbbi Müdahaleden Kaynaklanan Hukuki Sorumluluk Sempozyumu, Ankara, 16-17 Ocak 2009

Yiğit, Ö. - Oktay, C. - Bacakoğlu, G., “Akdeniz Üniversitesi Hastanesinin Acil Servis Hizmetleri Konusundaki Memnuniyet Değerlendirilme Formlarının İncelenmesi”, Türkiye Acil Tıp Dergisi, C. 10, S. 4, Ankara, 2010

Ahesley, J.W. - Gjerde, C - Yaman, H., “ABD’de Aile Hekimliği;
<http://www.ailehekimleri.net /index.php/abd-uygulamasi>, (25.11.2014)

Aile Hekimliğinin Kilometre Taşları: Millis ve Willard Raporları, (Ed.Z.Aktürk-N.Dağdeviren), İstanbul, 2004, s.115; http://www.aile.net/sunum/makaleler/millis_willard_zekeriya.pdf (25.10.2014)

Başak, O., “ Aile Hekimliği Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı”, Ankara, 2003;
<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20Turkish%20version.pdf>, (09.03.2015)

Pekcan, H., 12. Dünya Halk Sağlığı Kongresi Bildirisi, Türk Halk Sağlığı Derneği;
<http://www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=813>, (25.10.2014)

T.C. Resmi Gazete, Türkiye Cumhuriyeti ve Uluslar arası İmar ve Kalkınma Bankası
Arasında İkraz Anlaşması (Temel Sağlık Hizmetleri Projesi), Sayı: 23203,
Ankara, RG Tarihi: 17.12.1997;
<http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/23203.pdf&main=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/23203.pdf>,
(20.10.2014)

T.C. Sağlık Bakanlığı, Evde Sağlık Hizmetleri Yönergesi;
<http://ailehekimligi.gov.tr/genel-mevzuat/yoenergeler.html>, (25.10.2014)

T.C. Sağlık Bakanlığı, IV. Uluslar arası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi:
Konuşma Metinleri, Ankara, 2013;
<http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=399>, (20.10.2014)

T.C. Sağlık Bakanlığı; <http://ailehekimligi.gov.tr/ana-cocuk-sal/281-aile-planlamas.html>, (25.10.2014)

T.C. Sağlık Bakanlığı; <http://ailehekimligi.gov.tr/ana-cocuk-sal/gebelik/297-gebe-izlemleri.html>, (25.10.2014)

T.C. Sağlık Bakanlığı; <http://ailehekimligi.gov.tr/toplum-sal-merkezi.html>,
(25.10.2014)

T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu, 27.12.2012 Tarihli E-Reçete Uygulama Duyurusu;
http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/94e7056e-815c-43ec-a752-d8d4f6514194/duyuru_28062012_02.pdf?MOD=AJPERES, (25.10.2014)

....., <http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/duenyada-aile-hekimlii.html>,
(25.11.2014)

....., <http://ailehekimligi.gov.tr/makaleler/346-2010-06-11-12-15-49.html>,
(25.11.2014)

....., <http://www.ailehekimleri.net/index.php/ailehekimligi/dunyada>, (25.11.2014)

....., <http://www.ailehekimleri.net/index.php/cek-cumhuriyeti>, (25.11.2014)

....., <http://www.kliniktipdergisi.com/dunyada-aile-hekimligi-h51.aspx>, (25.11.2014)

....., <http://www.tahev.org/pages.asp?L=3>, (25.10.2014)

....., <http://www.ahef.org.tr/Icerik/1/vizyonumuz-misyonumuz-degerlerimiz.aspx>,
(25.10.2014)

....., <http://www.ahef.org.tr/icerik/9/tuzugumuz.aspx>, (25.10.2014)

....., <http://www.aile.hekimligi.gov.tr/toplum-sal-merkezi.html>, (25.10.2014)

....., <http://www.tahud.org.tr/hakkimizda/aile-hekimligi-nedir>, (25.10.2014)

....., <http://www.tahud.org.tr/hakkimizda/dernek-tuzuk>, (25.10.2014)

....., <http://www.tahud.org.tr/hakkimizda/tahud>, (25.10.2014)

ÖZGEÇMİŞ

16.12.1976 doğumluyum. Yozgat Atatürk Sağlık Meslek Lisesini 1996 yılında tamamladım. 2000 yılında Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Halkla İlişkiler ve Tanıtım Bölümünden mezun oldum. 2012-2013 Eğitim-Öğretim yılında, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalında yüksek lisans eğitimine başladım.

04.02.1997 yılında Konya 03 Nolu Sağlık Ocağında hemşire kadrosunda göreve başladım.1998-2012 yılları arasında Konya 112 Acil Yardım İstasyonlarında görev yaptım. 01.06.2012 tarihinde Konya Beyhekim Devlet Hastanesi Çalışan Hakları ve Güvenliği Biriminde göreve başladım. Halen bu birimde görevime devam ediyorum.

Evli ve iki çocuk annesiyim.

Aday: Rufen ORAL