



**AİLE HEKİMLERİ DERNEKLERİ
FEDERASYONU
2008**

**AİLE HEKİMLERİ DERNEKLERİ
FEDERASYONU**

AHEF

01 – 03 ARALIK 2017 / ANKARA

ÇALIŞTAY RAPORU

AİEF

**AİLE HEKİMLERİ DERNEKLERİ
FEDERASYONU
2008**

İÇİNDEKİLER

- 1- ÖNSÖZ
- 2- ÖDEME VE SÖZLEŞME YÖNETMELİĞİ VE CARİ ÖDENEKLER
- 3- SAĞLIK RAPORLARI
- 4- YENİ AÇILAN AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMLERİ, ENTEGRE HİZMET BİRİMLERİ VE TEK BİRİMLİ ASM'LER
- 5- SAĞLIKTA ŞİDDET, EMEKLİĞİMİZE YANSIMAYAN ÖDEMELER VE YIPRANMA PAYI
- 6- PERFORMANS UYGULAMALARI KAPSAMINDA KRONİK HASTALIK TAKİPLERİ
- 7- SONSÖZ

EDİTÖRLER

- 1-DR.AKİF EMRE EKER
- 2-DR. SEVİLAY SEVAL
- 3-DR. KUTBETTİN BAKIR

ÖNSÖZ

Bu rapor, AHEF'e bağlı Derneklerin Başkanları, Yönetim Kurulu Üyeleri ve AHEF tarafından davet edilen Aile Hekimlerinin, 1-3 Aralık 2017 Tarihinde Ankara'da yapılan çalıştayda katkıları alınarak, AHEF tarafından hazırlanmıştır. Raporu hazırlayan ekip, çalışmanın hazırlığı ve çalıştay süresince gösterdikleri desteklerden dolayı, katkı veren il derneklerine ve meslektaşlarımıza takdir ve teşekkürlerini sunar.

Ülkemiz Aile Hekimliği uygulamasına 2005 yılında Düzce ilimizde pilot uygulama ile geçmiştir. Tüm hekimler ve sağlık çalışanları birinci basamağın yeniden yapılanması sürecinde büyük bir istek, azim ve gayretle görevlerine başladılar. Halkımızın etkili, hakkaniyetli, kolay ulaşılabilir ve kaliteli bir sağlık hizmeti alabilmesi için gerekenleri ve imzaladığımız sözleşmelerde taaddüt ettiğimiz işleri birer birer hayata geçirdik. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin bu ülkenin sağlık alanında ki en önemli gerçeği olduğunun bilinci ile bu alanda hizmetimize kesintisiz bir şekilde devam ediyoruz. Sağlık hizmetlerinin bir ülkeyi yaşanılır kılan en önemli kıstaslardan biri olduğunu bilerek, halkımıza kaliteli, kolay erişilebilir, güler yüzlü bir hizmet sunulabilmesi için bütün imkânlarımız dâhilinde çalışıyoruz.

Aile hekimliği uygulamalarını ciddiyet, kararlılık ve titizlikle uyguladığımız içindir ki, artık bütün vatandaşlarımız hiçbir ayrıma tabi tutulmadan istedikleri Aile Sağlığı Merkezinden ve tercih ettiği Aile Hekiminden hizmet ve danışmanlık alabilmekte, tedavileri için gerekli ilaçlarını temin edebilmektedir. Aile Sağlığı Merkezlerimiz kendi çabalarımızla modern hale getirilmiş, getirilmeye de hızla devam edilmektedir. Bizler Aile hekimleri olarak bunları başarırken, vatandaşlarımıza hakları olan nitelikli sağlık hizmeti sunmayı onlara karşı bir lütuf olarak değil, sorumluluğumuz ve asli görevimiz olarak kabul ettik. Annelerin güvenli gebeliklerini geçirmesi, sağlıklı bebekler doğurması, bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklardan onları korumak, hastalıklarını takip etmek sosyal yönden iyiliklerini sağlamak ve tüm bunların yanında, onların evlatlarının da anne-babalarının sağlıklarından emin olmaları için çabalıyoruz.

Görüyoruz ve biliyoruz ki işimiz gerçekten zor ve iş yükümüz gerçekten çok fazla. Ancak insan odaklı çalışan hekimler olarak sağlıklı bir toplumun inşası yolunda, tüm bu çabalarımızı sağlıklı bir topluma ulaşarak taçlandırmak en önemli hedefimizdir. Çünkü milletimizin her alanda olduğu gibi sağlık alanında da hizmetin en iyisine layık olduğunu biliyor ve "önce insan" diyerek çalışmaya devam ediyoruz.

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

Aile Hekimliği; Dünyanın çok çeşitli ülkelerinde farklı ülke modelleri ile uygulanmaktadır. Her ülke kendi sosyokültürel ve sosyoekonomik koşulları gereği kendi felsefesini kendi yaratarak uygulamaya koymuştur. Ancak tüm modeller farklılıklar içerse de hepsinde temel evrensel aile hekimliği ve koruyucu hekimlik ilkelerinden taviz verilmemiştir. Bu uygulamaların iyi örneklerinde aile hekimlerinin en önemli işlevi, iyi çalışmakta olan bir birinci basamak sağlık hizmeti bileşeni

olarak sadece Aile Hekimliği Tıp Disiplini çerçevesinde üzerine düşen koruyucu hekimlik görevlerini gerçekleştirmeleridir. İşte bizim ülke modelin de şu ana kadar Aile Hekimliği dışında yapmaya zorlandığımız hizmetler hem iş yükümüzü arttırmakta hem de Aile Hekimliğini doğru bir şekilde yapmamızı engellemektedir.

En önemli sorun ise Aile Hekimliği Kanununun da olmayan görevlerin, yönetmelikler ve yönergeler ile aile hekimlerine görev olarak verilmesidir. Bu yönetmelikler ile adeta kapatılan sağlık ocaklarınınca yürütülmekte olan neredeyse tüm birinci basamak sağlık hizmetleri, aile hekimlerine görev olarak verilmiştir.

Aile hekimliğinin ülkemizde uygulamaya konulmadan önceki temel hedefi;

Ana çocuk sağlığı hizmetlerinde istenen verimliliği yakalamak ve anne ve çocuk ölümlerini çağdaş ülkeler de olması gereken seviye çekmek.

Bağışıklama hizmet kalitesini artırarak bulaşıcı hastalıkları kontrol altına almak.

Asıl önemlisi maliyet etkin ve kaliteli bir hizmet sunumu ile tüm vatandaşlarımıza kolay, ulaşılabilir ve ücretsiz bir sağlık hizmeti vermektir.

İlk on yılda kısmen de olsa bu temel hedefler belli başlı alanlar da başarılabildi. Vatandaş memnuniyeti bu on yılda sürekli bir artış gösterdi.

Güçlü bir birinci basamak sağlık hizmet sunumuna sahip ülkelerde duruma bakacak olursak; Halkın temel sağlık ihtiyaçlarına daha iyi yanıt verildiği, sağlıkta daha eşit ve ulaşılabilir bir hizmet sunumu sağlandığı ve sağlık harcamalarının daha maliyet etkin olduğu görülmektedir.

Türkiye'de son on yılda sağlık alanında önemli değişikliklere yol açan ve Sağlıkta Dönüşüm Programı olarak adlandırılan sağlık reform programı kademeli olarak uygulanmıştır. Bu programın en önemli ögesi bölge tabanlı sistemden tamamen vazgeçilerek kişisel bir yaklaşım olan aile hekimliği uygulamasına geçilmesidir. Aile Hekimi; Bireylerin ve aile fertlerinin ikamet yerlerinin yakınlarında ya da kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, ilk başvuracakları, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın kapsamlı vermekle yükümlü tabiptir. Sağlıkta dönüşüm programı ile gerçekleştirilen bu köklü yapısal ve uygulamaya dönük yeniliklere rağmen, Türkiye modeli birinci basamak sağlık hizmet sunumu diğer Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında yapısal özellikler ve uygulama özellikleri bakımından yeterli düzeye ulaşamamıştır.

Türkiye'de birinci basamak aile hekimliği uygulamasının temel sorunlarının en başında;

- Sayıca yetersiz sağlık çalışanı ve insan gücünün olması.
- Aile hekimi başına düşen kayıtlı kişi sayısının çok fazla olması.
- Disiplinler arası ve ekip çalışmasını destekleyecek uygulamaların olmaması.
- İller arası farklı uygulamalar ve mevzuat birlikteliğinin sağlanamamış olması,
- Sivil Toplum Kuruluşları başta olmak üzere paydaşlarca dile getirilen birinci basamak politikalarının geliştirilmesine yönelik önermelerin ve çözüm önerilerinin dikkate alınmaması gelmektedir.

Aile hekimlerinin sağlık hizmetinin merkezinde olmasına yer verilecek tedbirlerin alınmaması sistemi yönlendirme işlevini gerçekleştirebileceği ortamın sağlanmaması, Sağlıkla ilk temas noktası, sağlığa açılan ilk kapı olarak alternatifsiz bir aile hekimliğinin var edilememiş olması,

İsteyen her kişinin her basamağa ve branşa herhangi bir bariyer olmadan ulaşabilmesi,

Aile Hekimliğinde verilen sağlık hizmetlerinin kapsamında iş yükünün azaltılmasına ve iş

çeşitliğinin azaltılmasına ihtiyaç duyulması,

Mesai dışında aile hekimlerine görev verilmesi ve diğer disiplinlerin işlerinin aile hekimlerine görev olarak verilmesi diğer önemli sorunlardır.

Hazırlanan bu rapor öncelikli olarak saha pratiğimizde en çok karşılaşılan ve geneli ilgilendiren genel sorunları ele almıştır. Diğer alanlarda karşılaşılan özellikli sorunlar daha sonra ikincisi yapılacak çalıştayda ele alınarak raporlanacaktır. Hazırlanan raporun öncelikli olarak sağlık camiası çalışanlarına ve profesyonellerine yararlı olmasını diliyoruz.

Dr. Akif Emre EKER
AHEF YÖNETİM KURULU BAŞKANI

AHEF

KATKI SUNANLAR (İLLERE GÖRE)

ADANA-KADİR CAN TUNCEL

AĞRI-CUMHUR ÖZDEMİR

ANKARA-MUSTAFA KASAP

ANTALYA-HÜSEYİN GÜNTÜRKÜN

AYDIN-ALİ DEMİR

AKSARAY-ERKAN YEŞİL

BURSA-ALPER ÖZKUTLU

BİLECİK-KERİME KIRLI

ÇORUM-VELİ NAYMAN

DÜZCE-ARZU ŞAŞOĞLU

GAZİANTEP-DOĞAN EROĞULLARI

GÜMÜŞHANE-AHMET BAHADIR UÇAR

İZMİR-MURAT ATAM

KAHRAMANMARAŞ-LÜTFİ TİYEKLİ

KAYSERİ-M.ÜMİT IŞILDAK

KÜTAHYA-A.CEM ÇERKEŞ

MERSİN-EMİN TÜZÜN

ORDU-MUSTAFA IŞIKLI

ORDU- ERDOĞAN TOP

SİİRT-ÖZGÜR AYDIN

SİVAS-İRFAN GAZİ YILMAZ

TRABZON-HAKAN UZUN

TEKİRDAĞ-EZGİ OKUR

VAN-ŞAFAK ÇELİK

ZONGULDAK-NİLÜFER AY KURT

ADANA-M.TAMER KARAARSLAN

ANKARA-AKİF EMRE EKER

ANTALYA-HASAN HÜSEYİN AVCI

AYDIN-SERKAN KALINOMUZ

AKSARAY-H.ŞENOL ATAKAN

BALIKESİR-FEVZİ TURGUT

BİLECİK-SEVİLAY SEVAL

BİTLİS-KUTBETTİN BAKIR

DENİZLİ-SÜLEYMAN UZUN

ERZURUM-ÇİĞDEM FIRAT

GÜMÜŞHANE-OSMAN KAÇIRAN

ISPARTA- M.MURATHAN ABACI

İSTANBUL-RECEP YILMAZ KOÇ

KARAMAN-SÜLEYMAN DOĞRUEK

KIRIKKALE-ÜLKER VURAL

MARDİN-YILMAZ SEKİZKARDEŞ

MUĞLA-FİKRET KURT

ORDU-YILDIRIM BEYAZIT ÇEVİKER

OSMANİYE-MEHMET YILDIRIM

SİNOP-BEYATLI ERCAN

ŞANLIURFA-HACI YUSUF ERYAZGAN

TRABZON-CANAN TANRIVER

YOZGAT-MURAT YILDIRIM

YALOVA-ERDİNÇ YILMAZ

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

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

Sağlık Bakanlığı ve Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü düzeyinde yaptığımız tüm görüşmelerde aile hekimlerinin son 5 yılında hak edişlerinde ve cari giderlerin de kayba uğradığını, yaşanan kayıpların meslektaşlarımızı kalitenin artırılması noktasında harcama yapmak için zor durumda bıraktığını, uygulamada özellikle yeni açılan birimlerin doldurulamadığını, aile hekimlerinin ve aile sağlığı çalışanlarının moral ve motivasyonlarının kesinlikle yeni bir ücret kaybına tahammül edemeyeceklerini açık ve net olarak bildirdik.

Genel Müdürlük yetkililerimiz hem basına hem de il müdürlüklerine verdikleri beyanatlarda;

Aile hekimi başına düşen nüfus azaltılırken, hekimlerin eline geçecek net ücretler korunmakta ve hatta hesaplamalarımıza göre yaklaşık 17.000 aile hekimimizin şu anda aldığı ücretler artacaktır. Aynı zamanda hekimler vatandaşa daha fazla zaman ayırabilecek ve vatandaşa koruyucu hizmetleri daha iyi verebileceklerdir. Yine aile sağlığı elemanlarımız da aynı ücretlendirmeden yararlanacaklardır.

Yeni açılan aile hekimliği birimlerindeki temel ücretlendirme skalası değiştirilerek aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarımıza yaklaşık iki katı ücret verilmesi planlanmaktadır. Yeni düzenleme ile yaklaşık aile hekimlerinin 2600 TL ücreti 4600 TL ye aile sağlığı elemanlarının 1950 TL den 3000 TL ye 12 aylık süre ise 18 aya çıkartılmaktadır. Bu düzenleme ile aile hekimi ve aile sağlığı elemanları için önemli bir artış ve iyileştirme yapılmış olacaktır.

Aile sağlığı merkezlerini İl sağlık müdürlükleri doğrudan kiralayabilecek ve aile hekimine tahsis edecektir. Aile sağlığı merkezleri daha kaliteli, daha ferah mekânlar olacaktır. Üstelik bu daha iyi mekânlar için aile hekimi daha fazla ücret ödemeyecek, ortalama 750-800 TL üzerine çıkacak kiralari İl Sağlık müdürlükleri *tarafından karşılanacaktır.*

Yeni mezun hekimler aile sağlığı merkezi kiralama ve tefriş etmek için maddi sıkıntı yaşayabiliyor iken şimdi yeni aile sağlığı merkezi kiralanması ve tefriş edilmesi işlemlerini il sağlık müdürlükleri hazırlayıp aile hekimlerinin kullanımına tahsis edecektir. Yüksekökol mezunu olan aile sağlığı elemanlarının aylık eline geçen ücretlerin şimdiki rakamlara göre 400 TL daha artırılması teklif edilecektir.

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

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

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

ÖDEME SÖZLEŞME YÖNETMELİĞİ

Sorun:

1. Nüfus düşüőüne bağlı zaman içerisinde ücretlerde gerileme
2. 2010 Aralık ödeme ve sözleşme yönetmeliği hesaplama yönteminde yapılan değişiklik nedeniyle oluşan % 6'lık (Bakanlığımızın kabul ettiği oran) kaybımız (6 yıllık Ort. Kişi başi kayıp: yaklaşık 25 bin TL)
3. Sıfır nüfuslu yeni açılan AHB'lerde taban ücretin TSM hekim gelirlerinin altında kalması
4. Gezici sağlık hizmeti veren hekimlerin kullandıkları kişisel araçların yıpranma payı bedellerinin ve akaryakıt fiyatlarındaki artışların karşılanmaması

Amaç:

Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliğinde yapılacak değişikliklerle mevcut sorunların giderilmesi

Taleplerimiz:

A) Gelir hesaplama yöntem değişikliği önerileri

1.öneri: 1000 puana kadar kısım için ücret artışı:

Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği "Madde 16: Kayıtlı kişiler, katsayısı yüksek olan gruptan başlanarak sıralanır ve puan hesaplaması yapılır.

Kayıtlı ilk 4.000 kişiye kadar, her gruptaki kişi sayısı o grubun katsayısıyla çarpılır ve bulunan puanlar toplanarak maaşa esas puan hesaplanır.

Hesaplanan maaşa esas puanın, kayıtlı kişi sayısına bakılmaksızın, ilk 1.000 puana kadarki kısmı için (1.000 puan dâhil);

1) Uzman tabip veya tabip için tavan ücretin %78,5'i, **%120'si**

2) Aile hekimliği uzmanları için tavan ücretin %113,5'i, **%155'i**

Tutarında ödeme yapılır. 1.000 puanın üzerinde kalan puanların tavan **ücretin on binde 5,22'si** ile çarpılması sonucu bulunan tutar ayrıca ödenir." Şeklinde düzenlenmesi.

Değişiklik Önerisinin Gerekçesi:

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

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

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

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

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

B) Birim Açılma Kriteri Belirlenmesi:

İllerde mağduriyetin yaşanmaması için aile hekimliği birim sayısına sınırlama getirilmelidir.

Önerdiğimiz formül: Maksimum AHB sayısı = ilçenin TÜİK nüfusu / bakanlıkça belirlenen tavan nüfus *1.1

C) Nüfusla İlgili Tavan Ücret Değişikliği Durumunda Hak Kaybının Önlenmesi:

Önümüzdeki süreçte Bakanlıkça aile hekimliği birim başına kayıt yapılabilecek tavan nüfusta değişiklik olması ihtimaline karşı aile hekimlerinin ücretlerinin düşmemesi için aşağıdaki iki aşamalı bir formül önerilmektedir.

Bu formülün ilk aşaması; Güncelleme Katsayısıdır.

Güncelleme katsayısı = (4000-1000) / (AHÖSY deki Tavan Nüfus -1000)

*AHÖSY; Aile Hekimi Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliğindeki ücret ödeme ile ilgili üst tavan nüfus.

Bulunan Güncelleme Katsayısı aşağıdaki formüle uygulanır.

Formül; **Aile Hekimine Belirlenen Tavan Nüfus İçin Ödenecek Ücret = 1000 puan için verilen ücret + ((toplam puan-1000) * tavan ücret * (5,22 / 10000) *güncelleme katsayısı)**

*5,22/10000 Katsayısı; Aile Hekimi Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliğinde belirtilen katsayı.

Bu formülle elde edilecek değer yönetmelikteki ücretlere çarpan olarak yansıtılacaktır.

Ç) Performans Konusu:

Tarama ve tespit programları ile ilgili olarak;

1. Kardiyovasküler Risk Grubu, Diyabet, Hipertansiyon, Obezite gibi tarama ve takibinin aile hekimin asıl görevi olduğu kabul edilmektedir. Fakat iş yükü her gün artmakta ve en son olarak da kanser taramaları, okul çağı taramaları, yaş gruplarına göre taramalar ve birçok alanda istenen ilme ve fenne dayanmayan rapor istemleri ile birlikte artık hekimleri ve aile sağlığı çalışanları görevleriyle baş edemez hale gelmiştir. Bu konularda eğitim noksanlığı da ayrıca değerlendirilmek zorundadır.
2. Tarama ve tespit programlarının nasıl ve ne şekilde uygulanacağını detayı tam belirlenmemiştir.
3. Ücret yönetmeliğine bu konuda sadece bir hüküm konulması ile uygulanmaya geçilmesi planlanması doğru olmayacaktır.
4. Bağımsız olarak bu ücretin verilmesi gereklidir.
5. Kesinlikle ek eleman verilmeden bu programlar başlatılmamalıdır.
6. Bu programlar uygulanmaya başladığında aile hekimliği uzmanı tarafından düzenlenen ilaç raporları düzenleme yetkisi ve ilaçları yazma hakkı diğer aile hekimlerine de verilmelidir.
7. Ücret kaybı olmadan, pozitif performans getirilmesi, gereksiz iş yüklerinin kaldırılması ve kayıtlı nüfusun 2.500' e düşürülmesi sonrasında Kronik Hastalık tespit ve takibi uygulaması başlatılmalıdır.

Pozitif performans ücreti: Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimlerine kronik hastalık takiplerine ilişkin aşağıdaki usul ve esaslar çerçevesinde ödeme yapılması teklifimizdir.

Kronik hastalık takipleri:

- 1)Diyabet: Birime kayıtlı DM tanılı hasta grubunda aylık değerlendirme de hedef kitlenin;
% 10 ile %30 arasında tarama (obezite izlem, lipid paneli, hbA1c ölçümü) yapılması durumunda tavan ücretin % 6 'sı,
% 30 üzeri tarama yapılması durumunda tavan ücretin % 10 'u ,
Kişi bazında, HbA1c düzeyinde her bir birim düşüş için tavan ücretin binde 22 'si,
- 2)Hipertansiyon: Birime kayıtlı HT tanılı hasta grubunda aylık değerlendirme de hedef kitlenin;
% 10 ile %30 arasında taramanın(obezite izlem, lipid paneli) yapılması durumunda tavan ücretin % 6
% 30 üzeri tarama yapılması durumunda tavan ücretin % 10 'u,
- 3)Obezite: Birime kayıtlı tüm hasta gruplarında her ay hedef kitlenin;
% 5- 10 ' u arasında BMI ve bel kalça ölçümü için tavan ücretin % 3'ü,
% 10 üzeri ölçüm yapılması durumunda tavan ücretin % 5'i,
% 50 üzeri ölçüm yapılması durumunda tavan ücretin % 15 'i olmak üzere her bir tespit ve takibi için ayrı ayrı ödeme yapılır.

" BU ŞEKİLDE TESPİT VE TARAMALARIN 1. BASAMAKTA ETKİN YÖNETİMİNİN; MORTALİTE– MORBİDİTE ORANLARINDA AZALMAYA VE ORTA VE KISA VADEDE ÜLKE EKONOMİSİNE KATKISI (MALİYET-ETKİNLİK VE İLAÇ HARCAMALARININ AZALTILMASI) BÜYÜK OLACAKTIR. SAĞLIK AÇISINDAN VATANDAŞIN MEMNUNİYETİNİ DE EN ÜST DÜZEYE ÇIKARACAKTIR "

Performans uygulanan kriterlerde aile hekimliği birimine bağlı kişilerin aile sağlığı merkezlerine başvurusunu sağlanması konusudur. Kaymakamlıklardan yardım alacak aileler AHB'lere başvurusu konusunda zorunluluk olması nedeni ile gelmeleri bir ölçüde sağlanmıştır.

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

D) Ücret yönetmeliğinde değişmesi talep edilen diğer maddeler

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

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

3) Disiplin uygulamaları için aşağıdaki kırmızı renkte belirtilen eklemeler önerilmiştir

'Eczane veya medikal firmaları, beşerî ilaç firmaları veya özel sağlık kuruluşları gibi mesleği ile ilgili alanlarda faaliyet gösteren gerçek kişiler veya özel hukuk tüzel kişilerinin temsilcileri ile etik dışı haksız çıkar ilişkisinde bulunduğu yargı kararı ile tespit edilmesi.

Menfaat karşılığında gerçeğe aykırı rapor ve belge düzenlendiğinin yargı kararı ile tespit edilmesi.

657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 125 inci maddesinin birinci fıkrasının (E) bendinde yer alan fiil ve hâllerin işlendiğinin yargı kararı ile tespit edilmesi'

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

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

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

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

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

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

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

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

Denetim raporunun müdürlükçe onaylanmasını müteakiben, ödeme yeni duruma göre yapılır ve şartların kaybedildiği tarihe göre yapılan fazla ödemeler geri alınır. Etkin savunma yapılabilmesi ve savunma hakkının korunması için Denetim raporunda, sınıflandırma düşürülmesine gerekçe olan tüm kanıt, bilgi ve dokümanların detaylı olarak yer alması ve belgelerin sınıflandırması düşürülen birime ibraz edilmesi gerekmektedir.

Denetim ekibi tarafından oluşturulan denetim raporuna karşı yedi gün içinde itiraz edilebilir. Müdürlüğe yapılan bu itiraz, oluşturulan bir komisyon marifetiyle on beş gün içinde değerlendirilir. İtiraz komisyonunun teşekkülü ile çalışma usul ve esasları Bakanlıkça belirlenir.

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

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

9) Madde 16 ç fıkrası “ç) Gezici Sağlık Hizmeti Giderleri: Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine, gezici sağlık hizmeti giderleri için; asgari kat edilmesi gereken kat edilen her bir kilometre için tavan ücretin binde 1’i ve gezici hizmet bölgesindeki kendisine kayıtlı her kişi için tavan ücretin on binde 1’i kadar ödeme yapılır. Kat edilecek mesafenin hesabına yönelik usul ve esaslar Bakanlıkça belirlenir. Gezici hizmet verilen yerlerde hizmet alanı ve genel ve tıbbi teşrifi sağlık müdürlüğü tarafından sağlanır. Mobil hizmet verilen bölgelerde ki sağlık evlerinde görev yapan personelin izinleri konusunda Aile hekimleri bilgilendirmelidir.” şeklinde düzenlenmelidir.

Gerekçe; Tavan ücret artış oranları ile verilen ödenek miktarı, artan yakıt maliyetlerini ve artan araç amortisman ile genel giderlerini karşılamadan uzak kalmıştır.

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

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

a) 16 cı maddenin birinci fıkrasının (a) bendine göre kayıtlı kişiler için yapılacak brüt ödeme miktarının %50’si yasal kesintiler yapıldıktan sonra asıl aile hekimine, %50’si ise, geçici aile hekimine ödenmek üzere kadrosunun bulunduğu kurum döner sermaye emanet hesabına, tek birimli aile sağlığı merkezinde görev yapan ve yıllık izin sebebiyle görevi başında bulunamayan asıl aile hekimine, toplam yıllık izin süresinin ilk yirmi günlük kısmı için ise %100’ü, birden fazla birimli aile sağlığı merkezinde görev yapan ve yıllık izin sebebi ile görev başında bulunamayan asıl aile hekimine ilk on günlük kısım için 100’ü,

b) 16’cı maddenin birinci fıkrasının (b) bendine göre ödenecek sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi ücretinin tamamı asıl aile hekimine,” şeklinde değiştirilmesi

Dayanak: 3. Dönem toplu sözleşmede tüm kamu çalışanlarına benzer hak verilmesi.

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

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

Gerekçe:

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

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

Cari Gider Ödeneği:

Sorun: Bakanlığın cari gider ödeneğinde azaltma yapılması yönündeki planlaması. Tüm Türkiye'de 2010 Aralık / 2011 Ocak Ayı yönetmelikteki katsayılar değişikliği nedeni ile 18.500 aile hekiminin reel kayıp yaşadığını, sadece 1.000 aile hekimin reel artış yaşadığını ve bu kaybın yaklaşık %6 olması

Amaç: Aile Hekiminin cari gider ödeneğinin artırılması.

Mevcut saha durumumuz (Uygulama):

1-Aile Hekimliği uygulamasında aile hekimliği birimine verilen cari gider ödeneğinin; hizmetin sunulması, sağlık hizmetinin kalitesi, önemi ve verimi açısından tartışılması söz konusu değildir.

2-Aile Hekimliği uygulaması başladığı tarihten itibaren yapılan cari gider ödeme artışları, harcama kalemlerindeki artışların gerisinde kaldığından yetersiz hale gelmiştir. (Ör: ASM' de çalıştırılan personel giderleri son 6 yılda %122,88 artarken cari gider ödemeleri %62,52 artmıştır.)

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

4-Bu konuyla ilgili anlaşılammaktan kaynaklı sorunlar ve olumsuz algılar

5-Harcama standardizasyonumuzun tam olarak oluşmamış olması

Cari Ödenekle İlgili Dışsal Tehditler:

1-Aile Hekimliği dışındaki tüm kamu çalışanlarının farklı bakış açısı

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

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

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

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

Taleplerimiz;

Gerekçeler:

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

Şöyle ki;

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

b) Yıllara göre elektrik birim fiyatlarındaki artış aşağıda örneklendirilmiştir.

Son 3 yılda elektrik birim fiyatındaki artış oranı % 95 olarak tespit edilmiştir.

2014 yılı

Ekim 2014 Birim Elektrik Fiyatları - Ulusal Tarife

Tarife Adı	1 kWh Enerji Bedeli - vergi hariç
Tek Zamanlı Mesken Tarife	0,2181 TL

2017 yılı

Ticarethane Elektrik Tarifesi

İşyeri vasfındaki lokanta, banka, büro vb. tüm ticarethaneler için geçerli olan "tek terimli tek zamanlı alçak gerilim ticarethane" tarifesidir.

Ticarethane Aboneleri Elektrik Tarifesi				
Tüketim Miktarı		1 kWh	200 kWh	
Elektrik Ücreti	(a)	0,216167 TL	43,23 TL	
Dağıtım Bedeli	(b)	0,118594 TL	23,72 TL	
Enerji Fonu (a,%1)	(c)	0,002162 TL	0,43 TL	
TRT Payı (a,%2)	(d)	0,004323 TL	0,86 TL	
BTV * (a,%5)	(e)	0,010808 TL	2,16 TL	
KDV Matrahı	(f)	0,352054 TL	70,41 TL	
KDV (f,%18)	(g)	0,063370 TL	12,67 TL	
Elektrik Fiyatı (f+g)		0,415424 TL	83,08 TL	

ÖDEME SÖZLEŞME YÖNETMELİĞİ İLE ALAKALI GENEL ÖNERİLER;

1. Nüfusu azalan aile hekimi ve aile sağlığı elamanına tıbbi takip ve tarama kıstasları getirilerek yani ek görevler yaparak mevcuttan daha yüksek ücreti alabilmesi

AHEF olarak, bu hali ile yeni getirilecek bu sistemin aslında bir negatif performans olduğu düşünülmektedir. Hak ediş ücretlerin önce kesintiye uğratılması ve daha sonra iş yükü artırılarak, azalan ücretin tekrar geri kazanılması uygulamasını uygun bulmuyoruz. Bunun yerine mevcut sistem içerisinde ödendiği şekli ile ücretlere dokunulmayıp onun yerine az miktarda da olsa pozitif performans verilerek işlem yapılması hem çalışanları motive edeceğini hem de işin kalitesini artıracığını inanıyoruz. Ayrıca kanser taramaları ve kronik hasta tarama ve takiplerinin mevcut hali ile vatandaşta herhangi bir sorumluluk verilmeden uygulamaya konulmasının mevcut iş yükünü daha da artıracığını ve bu sebeple ASÇ açığının daha da artacağını düşünüyoruz. Bu iş ve işlemlerin yapılabilmesi için 2. bir ASÇ görevlendirmesini talep ediyoruz.

4000 kayıtlı kişi sayılarına ulaşan aile hekimlerinin söz konusu hedeflere ulaşmasının zor olduğunu tavan ödemenin 3500 üzerinden yapıldığı takdirde yaklaşık 1500 den fazla kayıtlı kişiye tarama hizmeti sunması beklenen aile hekimlerinin hedeflere ulaşmasının mümkün olmadığını düşünüyoruz. Bu tür yoğunlukların yaşandığı yerlerde açılan sanal birimlerin iş yükü ve bu mali kayıplar nedeni ile doldurulamadığını tespit etmiş bulunuyoruz. Bu şekilde yapılacak ücret kesintisi ve kesintinin geri alınması için yapılacak tarama ve takip programı sisteminin AHEF tarafından kabul edilmesi söz konusu olamaz.

AHEF olarak bu şekilde bir uygulamanın kabul edilmesi için nüfusların düşürülmesine paralel gelirlerin düşürerek veya ek iş yükü vererek yapılması değil, pozitif performans kapsamın da ödüllendirme ve iş yükü azalmasının sağlanarak uygulanabileceği teklif edilmektedir.

2. Yeni açılan veya henüz 1000 nüfusa ulaşmamış birimlerdeki Aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarının aldıkları ücretlerin toplum sağlığı merkezlerinde görev yapmaları halinde alabilecekleri taban ücrete eşitlenmesi gerekmektedir. Yeni açılan birimlerdeki çalışan hekim ve ASÇ'nin bu ücreti alabilmeleri için ilk 6 ayda 500 nüfusa ulaşmaları ve sonrasında bir yılda 1000 nüfusu ulaşma kriteri getirilmelidir. Bu ödeme en az 18 ay süre ile olmalıdır.

3. Yeni açılan ve bina, mekân vb yer gösterilmeyen ASM'lerin ilk yerleştirme sonucunda doldurulamaması durumunda veya hiç yerleştirmeye açılmadan direk olarak il sağlık müdürlüklerince oluşturulması gerekmektedir. Hekimlerin bina, tefrişat, abonelikler, kira, mefruşat ve donanım ile uğraşmalarının önüne geçilmelidir.

4. Müdürlükçe kiralanan ASM de kira bedelinin o ildeki ortalama kamu kira bedeli kısmının aile hekimince karşılanması ve ortalama üzerinde kalan tutar olması halinde kalan miktarın ise il sağlık müdürlüklerince karşılanması gerekmektedir. Aynı şekilde bu kira sözleşmelerinin aile hekimlerine devredilmeyerek buraların kullanım hakkının müdürlük üzerinde kalması sağlanmalıdır.

5. Cari giderlerin harcanması ile ilgili sadece fiziki kriterler değil aynı zamanda bu kriterlerin yanına tıbbi kriterler ve memnuniyet anketleri gibi soyut kriterlerinde getirilmesi uygulamasından vaz geçilmelidir.

6. İhtar ve ceza puanları güncellenmesi yerine bu uygulamadan vaz geçilmelidir.

(THS Genel Müdürlüğü tarafından ceza puan çeşitleri artırılmış ve özellikle aynı filin işlenmesi durumunda ihtar puanının iki katı, ikinci tekrarda ise üç katı şeklinde uygulanması teklifi AHEF tarafından kabul edilmemiştir.)

7. Aile hekimlerinin ve ASÇ sözleşmelerinin imzalanması ile fesih il sağlığı müdürlerine bırakılması kabul edilemez olarak değerlendirilmiştir. Özellikle soruşturmayı yapan birim ile cezayı veren birimin aynı olmasının hukuksal birçok soruna ve keyfi uygulamaya sebep olabileceği saha da yaşanan ve iller arasında farklı uygulanan mevzuat uygulamaları düşünüldüğünde kabul edilemez bulunmuştur. Fesih yetkisinin yine Vali 'de kalması gerekmektedir.

8. ASÇ ihtiyacının giderilmesi ile ilgili olarak;

a. Bilindiği üzere özellikle kırsal bölgelerde ASÇ olmayan AHB'ler için Bakanlıkça kadro açılmakta ve AH'lerin de istediği, onay verdiği sağlık personeli ile sözleşme imzalanmaktadır. Bu şekilde kırsalda boş kalan AHB'ler çoğunlukla doldurulmuştur. Bu yöntemin kırsal ve merkez ayırımı yapmadan belli süre boş kalan tüm AHB'ler için direkt uygulanmasının sağlanması yolunun açılması da ASÇ eksikliğini giderecektir.

b. Bilindiği üzere Yataklı Tedavi Kurumlarında görev yapan sağlık personelinin AHB'lere geçmek isteyenler olmaktadır. Fakat ihtiyaç gösterilerek Yataklı Tedavi Kurumları tarafından bu geçişlere muvafakat verilmemektedir. Buna izin verilmesi ve gerektiğinde bu sağlık personeli karşılığında TSM personelinin Yataklı Tedavi Kurumlarına geçmek isteyenlerin verilmesi sağlanabilir.

c. Bakanlığımız tarafından AHB'lere görevlendirilmek üzere kadro açılabilir ve böylece direkt sözleşmeli ASÇ alınması yolu ile de ihtiyacın bir kısmı giderilebilecektir.

2-SAĞLIK RAPORLARI KAYNAKLI SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Ülkemizde, çok çeşitli kurum ve kuruluşlar tarafından yine çok çeşitli nedenlerle, kişilerden "sağlık raporu" adı altında belge istenilebilmektedir. Bu raporlar, çoğu zaman kişinin "sağlıklı" olduğunu belirten bir rapor olmakla birlikte, bazı durumlarda da kişinin rahatsızlığını belirleyen raporlar olabilmektedir. Sağlığın evrensel tanımı göz önüne alındığında bir kişinin tam bir sağlamlık halinin tespiti bu noktada çok zordur. Çok çeşitli testler yanında sosyal durumlarıyla ilgili tespitlerinde ortaya konulması gerekmektedir.

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

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

- 1- İstenilen sağlık raporu ne için ve hangi amaç için istenmiştir? (Amacı nedir?)
- 2- İstenilen sağlık raporu düzenlenirken hangi kriterleri bakılacaktır? (Hukuki yapı içerisinde istenilen kriterlerin ilgili kurumlar tarafından açıkça belirlenmiş olması gerekmektedir.)
- 3- Düzenlenecek sağlık raporunu hangi hekimlerin, hatta hangi kurumların verebileceği açıkça belirtilmiş mi?

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

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

SORUNLAR

- 1.Vatandaş ne raporu istediğini bilmemesi
- 2.Hekimler ne raporu vereceğini, hangi kritere göre vereceğini bilmemesi
- 3.Bize (AHB'ye) kayıtlı olan hastaların bizim (bağlı AHB) dışımızda bulunan sağlık bilgilerine ulaşamaması
- 4.İstenen çok çeşitli raporlar için sağlık bakanlığı tarafından yayınlanmış bir mevzuatın olmaması
- 5.İstenen her türlü rapor verilmeli mi?
- 6.Sağlık raporlarıyla ilgili standart uygulanabilir algoritmalarının olmaması

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

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

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

10.Hekimlerin sağlık raporları için ortak hareket edememesi

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

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

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

14.Verilen hiçbir sağlık raporunun denetlenmemesi

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

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

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

Olarak özetlenebilecektir.

*****Yapılan çalışmalara göre aile hekimleri tarafından 129 çeşit rapor düzenlendiği, diğer ifade ile 129 çeşit rapor için aile hekimliği birimlerine başvurulduğu tespit edilmiştir.**

ÇÖZÜM ÖNERİLERİMİZ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

hale getirilmesi, bu yaşın üzerindeki kişilere yönelik haysiyet kırıcı, ayrımcı bir uygulama olarak görülmektedir. Buna istinaden;

- a) 65 yaşın üzerindeki herkesten bila istisna rapor istenmesinin doğru olmadığına,
- b) Hukuki işlemlerle ilgili olarak işlemin yapıldığı anda kişinin işlem yapma ehliyeti veya akli melekelerinin yerinde olmadığından ciddi şüphe duyulması ve/veya bu yolda bir iddia ve şikâyetin bulunması halinde rapor istenilmesine,
- c) 1219 sayılı Kanun uyarınca mesleğini icraya yetkili olan tabiplerin, akli meleke (hukuki işlem yapma ehliyeti) raporlarını düzenleme yetkilerinin kabulüne,
- d) Bu tavsiye kararının ilgili mercilere bildirilmesi hususunun uygun olacağına, şuramızca oybirliği ile karar verildi. " denilmektedir.

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

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

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

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

GENEL DÜŞÜNCELERİMİZ

Sağlık raporu konusundaki bilgilerimizi ve durumumuzu şu şekilde toparlayabiliriz.

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

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

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

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

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

6-Rapor düzenlenirken kişinin bizzat kendisinin bulunması şarttır.

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

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

3-YENİ AÇILAN AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMLERİ, TEK BİRİMLİ ASMLER VE ENTEGRE SAĞLIK HİZMET SUNUMU SORUNLARI VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

1-Şu ana kadar açılmış olan yeni AHB / ASM'de çalışan Aile Hekimi arkadaşlarımız kaliteli bir birinci basamak hizmet sunumunu sağlamak için çok ciddi harcamalar yaparak, Bakanlığımızın belirlediği şartlara uygun ASM'ler oluşturmak zorunda kalmıştır. Bina bulunması, tıbbi ve genel donanımının yapılması konusunda ciddi anlamda stres yaşamaktadır ve maddi külfetin altına girerek bu anlamda ciddi kayba uğramaktadırlar.

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

2-Yönetmelikte, yeni açılan (sanal) ASM'ler için, ASM giderleri 10 ay boyunca tavan ücretin %100'ü olarak ödenir, denmektedir. Bu süre 18 aya çıkarılmalıdır. Yeni açılan bu birimlerde çalışan Aile

Hekiminin aylık hak edişi de en az TSM'de çalışan bir hekimin maaşına denk olmalıdır. Aile sağlığı çalışanları da en az 18 ay boyunca TSM'deki meslektaşları ile aynı maaşı almaları gerekir.

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

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

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

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

TEK HEKİMLİK BİRİMLER

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

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

3-Tek hekimlik ASM'de çalışan hekimler, ASM'deki tüm masrafları kendileri karşılamakta, birden fazla aile hekiminin çalıştığı ASM'de bu masraflar ortak ödendiği için tek çalışan hekimler için adaletsiz bir

uygulama olmaktadır. Bakanlık pozitif ayrımcılıkla tek hekimlerin cari gider ödemesinde düzenleme yapmalıdır.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ENTEĞRE HİZMET SUNULAN BİRİMLER VE SORUNLARI

1-Nöbet Problemi:

Aile hekimleri için nöbet, 2012 yılında 5258 Sayılı AİLE HEKİMLİĞİ KANUNU'nda; Personelin statüsü ve malî haklar bölümü Madde 3'te; yapılan değişiklikle

(Ek cümle: 4/7/2012-6354/ 12 Md.) Entegre sağlık hizmeti sunulan merkezlerde artırımlı ücretten yararlananlar hariç olmak üzere, aile hekimlerine ve aile sağlığı elemanlarına ihtiyaç ve zaruret hâsıl olduğunda haftalık çalışma süresi ve mesai saatleri dışında 657 sayılı Kanunun ek 33 üncü maddesinde belirtilen yerlerde nöbet görevi verilebilir ve bunlara aynı maddede belirtilen usul ve esaslar çerçevesinde nöbet ücreti ödenir.” Denilerek bu uygulama hayata geçmiştir.

02.01.2014 tarihinde düzenleme yapılana kadar, Entegre hastaneler nöbetten hariç tutulmuştur.

03.10.2013 tarih ve 2012/103 esas ve 2013/105 karar sayılı ana muhalefet partisi tarafından açılmış dava ile Anayasa Mahkemesi kararı 58.sayfada ” Kural ile nöbet uygulamasına üç ayrı ölçüt getirilmiştir.

İlk ölçüt, kimin nöbet tutamayacağına ilişkindir. Entegre sağlık hizmeti sunulan merkezlerde artırımlı ücretten yararlananlar nöbet tutmayacaklardır.

İkinci ölçüt, nöbetin ancak ihtiyaç ve zaruret hâlinde tutulmasıdır.

Kuralla getirilen üçüncü ölçüt ise nöbet görevinin gerçekleştirileceği yerlere yöneliktir. Buna göre 657 sayılı Kanun'un 33. ek maddesinde sayılan yerlerin dışında nöbet tutulamayacaktır.

Bu ölçütler ile nöbet uygulamasının genel çerçevesi belirlenmiştir.”

Bu karardan iki ay sonra ” Entegre hastanelerde artırımlı ücretlerden yararlananlar hariç” ibaresi kaldırılarak ve Kanun'la Entegre ASM'de çalışanları ilk defa nöbete dâhil etmişlerdir. Bu tarihe kadar Entegre hastanelerde aile hekimlerine tutturulan nöbetler hukuki dayanaktan yoksundur.

(Ek cümle: 4/7/2012-6354/ 12 md, Değişik ikinci cümle: 2/1/2014-6514/52 Md.) Aile hekimlerine ve aile sağlığı elemanlarına 657 sayılı Kanunun ek 33 üncü maddesinde belirtilen yerlerde haftalık çalışma süresi ve mesai saatleri dışında ayda asgari sekiz saat; ihtiyaç hâlinde ise bu sürenin üzerinde nöbet görevi verilir. (Ek cümle: 2/1/2014-6514/52 Md.) Bunlara Entegre sağlık hizmeti sunulan merkezlerde artırımlı ücretten yararlananlar hariç olmak üzere, 657 sayılı Kanunun ek 33 üncü maddesi çerçevesinde nöbet ücreti ödenir.

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde çalışma saatleri başlıklı Madde 10 da;

"(6) İhtiyaç olması halinde beşinci fıkrada aile hekimleri için öngörülen çalışma şekil ve koşulları aile sağlığı elemanları için de uygulanır. Entegre sağlık hizmeti sunulan merkezlerde tutulan nöbetler için aile hekimlerine ve aile sağlığı elemanlarına nöbet ücreti ödenmez veya nöbet izni verilmez. Bu çalışmaların karşılığı olarak farklı katsayı ile kayıtlı kişi sayısı ödemesi yapılabilir."

Kanunun nöbetle ilgili olarak son halinde Entegre ASM'de çalışanlara nöbet ücreti verilmez demektir, fakat nöbet izni ile ilgili bir düzenleme yoktur, yani nöbet izni verilmez de denmemiştir.

Yönetmelikte ise yukarıda görüleceği gibi seçimli bir durum tanımlamış "ya nöbet ücreti vermezsin ya da nöbet izni vermezsin" denmiştir. Kanunen nöbet ücreti verilemeyeceğine göre nöbet izni verilmek zorundadır ki Bursa ili İdari Mahkemesinin aleyhte kararı sonrası Danıştay'a götürülen davada, 10.08.2015 tarihli 2012/10765 esas, 2015/3733 karar numaralı Danıştay karar metninde "nöbet izni verilmelidir" denmektedir.

Yine; üstte belirtilen yönetmelik maddesinde "Bu çalışmaların (nöbet) karşılığı olarak farklı katsayı ile kayıtlı kişi sayısı ödemesi yapılabilir." diye hüküm belirtilmiş olsa da, aşağıda yazılı Kanun maddesinde, yapılacak olan ödemelerin nöbet hizmeti karşılığı değil belirtilen kriterler doğrultusunda olacağı açıktır. Sonuç olarak farklı katsayı ödemesi nöbet karşılığı olan bir ödeme değildir.

2-Aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarının durumları ve aile hekimliği uzmanlık eğitimi almış olup olmadıkları da dikkate alınmak suretiyle yapılacak ödeme tutarlarının tespitinde; çalıştığı bölgenin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi, aile sağlığı merkezi giderleri, kayıtlı kişi sayısı ve bunların risk grupları, gezici sağlık hizmetleri ile aile hekimi tarafından karşılanmayan gider unsurları, belirlenen standartlar çerçevesinde sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, takibi ve kontrolündeki başarı oranı gibi kriterler esas alınmalıdır.

3-Bir diğer hukuki sıkıntı ise Yönetmelikte geçen mesai saatleri içindeki nöbet görevidir. Kanun nöbet görevini sadece "haftalık çalışma süreleri ve mesai saatleri dışında" ve "ihtiyaç halinde sekiz saat üzerinde" tanımladığı halde, Yönetmelik mesai saati içinde de nöbet tanımladığı gibi, ihtiyaç halini ise hiç dikkate almadan sekiz saatin çok üstünde nöbetler düzenlemektedir.

Entegre ASM'de yapılan çalışma nöbet değildir. Esnek mesaidir.

Kanun gereği aile hekimlerine 16 saatten fazla ve haftada 30 saatten fazla nöbet tutturulamaz. Bugün kanuna aykırı olarak Entegre ASM'de 24 saat nöbet tuttuktan sonra 8 saat de normal mesai yapılmaktadır. Hatta bu 8 saatlik mesai saatinde mobil hizmeti yapılmaktadır. Bu durumdaki hekimler

uykusuz, dikkati dağınık olmakta, mobil hizmete kendi araçlarıyla giden hekimler için de tehlike arz etmektedir. Yönetmeliklerde buna göre düzenlenmelidir.

4-Mobil hizmet çalışması yıl başlamadan düzenlenmekte, gelişen olağan dışı durumlarda değişiklik yapılarak, İl Sağlık Müdürlüklerine bildirilmektedir. Buna rağmen mobil hizmeti saatlerinde aile hekimlerine acil nöbeti yazılmaktadır. Böyle bir uygulama yapılmamalıdır. Yapılırsa da böyle durumlarda öncelik mobil hizmettedir. Mobil zamanıyla çakışan tüm görevlendirmelerde, şerh düşülerek mobile gidilmelidir.

5-Entegrede çalışan aile hekimlerin çalışma saatlerinin tanımı ucu açık olmamalı, çalışma koşullarının ve saatlerinin net bir şekilde belirlenmesi gerekmektedir. Yasaya aykırı, Yönetmelik düzenlenmelerinin iptal edilmesi gerekmektedir. Hekimlere Entegre Hastane Yönergesinde belirtildiği üzere, esnek mesai uygulaması kapsamında nöbet tutturulacaksa ya izni verilmelidir ya da ücreti ödenmelidir.

Adli Nöbet ve Defin (ÖBS) Nöbetleri:

1-Defin nöbetleri İç İşleri Bakanlığının sorumluluğundadır ve Belediyeler tarafından verilmelidir.

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde çalışma saatleri başlıklı Madde 10'da; (5) " Adli tıp kurumunun doğrudan hizmet vermediği ve hastane bulunan yerlerde yerinde otopsi dışındaki adli tıp hizmetleri hastaneler tarafından verilir. Yerinde otopsi mesai saatleri içerisinde toplum sağlığı merkezi hekimlerince yapılır." denilmektedir.

Hastane bulunmayan ilçe merkezleri ve Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde acil sağlık hizmetleri ile yerinde otopsi hizmeti dışındaki adli tabiplik hizmetleri ; mesai saatleri içinde aile hekimleri, mesai saatleri dışında ve resmi tatil günlerinde ise ilçe merkezindeki, toplum sağlığı merkezi hekimleri, Entegre sağlık hizmeti sunulan merkezlerde çalışan hekimler ve aile hekimlerinin toplamı dikkate alınarak aşağıdaki gibi icap veya aktif nöbet uygulamaları şeklinde yürütülür." Denilmektedir.

a) Hastane bulunmayan ilçe merkezlerindeki adli tıbbi hizmetler ile acil sağlık hizmetleri mesai saatleri dışında ilçedeki toplum sağlığı merkezi hekimleri ve aile hekimlerince icap veya aktif nöbet şeklinde yürütülür. İlçe merkezindeki toplam hekim sayısı beş veya daha az ise icap, beşten fazla ise aktif nöbet şeklinde yürütülür." denilmektedir.

Adli nöbetler ve otopsi nöbetleri Adalet Bakanlığının sorumluluğundadır. İdarenin yayınladığı gibi, hastanesi olan yerlerde adli nöbet hizmeti aile hekimleri tarafından verilemez.

2-Entegre ASM'de aile hekimlerine, Yönetmelik gereğince 5 kişiden fazla olan yerlerde aktif nöbet, 5 ve 5 kişiden az ise icap nöbeti şeklinde tutulmalıdır denilmektedir. Ancak 5 kişiden fazla olan yerlerde hem adli nöbet hem de ÖBS nöbeti yazılmaktadır. Bir kişiye iki görev verilemeyeceği gibi, bu nöbetlerin aile hekimlerine verilmesi de hukuksuzdur.

3-Entegre ASM'de çalışma saatleri planlanırken iller arasında ve hatta il içerisinde uygulama farklılıkları mevcut olup hakkaniyetli davranılmamaktadır. Bazı Entegre ASM'de uzman hekimlere görev yazılmamakta, bazı entegrelerde de tatil günlerinde aile hekimlerine hakkaniyetsiz görevlendirilmeler yapılmaktadır. ÖBS nöbetleri ücretli olduğu için bu nöbetler TSM hekimlerine, ücretsiz olarak değerlendirilen adli nöbetler aile hekimlerine yazılmaktadır.

4-Aile hekimlerinin görevlendirildiği adli ve defin nöbeti hizmetleri Aile Hekimliği Kanunu'nda ; Kişiyeye yönelik birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmeti kapsamında olmadığından; Aile Hekimliği Kanunun'nda geçen " bunlara Entegre sağlık hizmeti sunulan merkezlerde artırımlı ücretten yararlananlar hariç olmak üzere, 657 sayılı Kanunun ek 33 üncü maddesi çerçevesinde nöbet ücreti ödenir." hükmü uygulanamaz. Yine de adli ve defin nöbetine çağrılması durumunda bu görevler için Entegre ASM'de çalışan hekimlere ücret ödenmelidir.

5-Acil nöbet görevi, sadece il geneli PDC oranı % 80, ilçe geneli PDC %60'ın altına düştüğünde hizmetin sürdürülebilmesi için, ücretinin verilmesi ve kanuna uygun olması koşuluyla yazılabilir. Eğer ücret verilmeyecekse, nöbet izni kullanımına imkân sağlanmalı ve izinli olduğu zaman diliminde, izin kullanan hekim ücret kaybına uğramadan, aynı ASM'den yerine bakan hekime görevlendirme ücreti ödenmelidir.

AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNİN ORTAK SORUNLARI

Aile hekiminin kesin kayıtlı hastası, hekime şiddet uygulaması durumunda kişi, aynı ASM'deki diğer bir hekime kaydedilmektedir. Oysa ki bu kişinin kaydının, başka bir ASM'deki birime aktarılması gerekmektedir.

Esnek mesai uygulamasında, yerinde bulunamayan hekimin grubu düşürülmektedir. Ancak o ay içerisindeki tüm esnek mesai saatlerine uymuş olması değerlendirmeye alınmamaktadır. Bu durumda hekimin grubunun düşürülmesi değil, olmadığı zaman için kesinti yapılması yoluna gidilmelidir.

Suçla ceza orantılı olmak zorundadır.

Maaş zamları enflasyon kayıplarını karşılamamaktadır. Geçen yıl ki reel kaybımızın %6.3 olduğu Bakanlık tarafından bilinmesine rağmen iyileştirme çalışması yapılmamıştır.

ASM'nin sınıflamasının kaldırılması, yerine kalite standartlarına göre puantaj sistemini getirilmesi gerekir. Bu durum çalışanların motivasyonunu arttıracaktır.

İlçelerde devlet hastanesi varsa, adli nöbetler aile hekimleri tarafından tutulamaz. Ancak bazı illerde ve hastanesi olan ilçelerde aile hekimlerine yazıldığı görülmektedir.

Eğer cenaze hastaneye götürülmüşse, defin raporu hastanede görev yapan hekimler tarafından verilmelidir. Ancak bazı aile hekimi arkadaşlarımızın hastanelere çağrılarak rapor düzenlenmesi istendiği görülmektedir.

Entegre ASM de müdahale sırasında vefat eden hastalar için, son muayene eden aile hekimi olduğundan, adli tabiplik görevi yapamaz.

Bazı mevsimlerde nüfusu, kayıtlı hasta sayının kat kat üzerinde artan yayla ve sahiller gibi yerlerde çalışan aile hekimlerine bu dönemlerde çok fazla başvuru olmaktadır. Bu durumda ASM'de kullanılan sarf malzeme ve iklimlendirme maliyeti yükselmekte, kullanılan tıbbi malzeme miktarı artmaktadır. Aile

hekimi ve ASÇ aşırı, iş yükü nedeniyle asli görevi olan koruyucu sağlık hizmeti görevini yerine getirmekte zorlanmaktadır. Ayrıca söz konusu alanlarda çalışan aile hekimlerinin ücretlerinde artırımlar yapılmalıdır. Bu bölgelerde TSM hekimlerinin hasta muayene etmelerinin önü açılmalı, turizm hekimliği poliklinikleri kurulmalı, acil servisler güçlendirilmelidir.

Aile hekimlerinden her ay aylık çalışma adı altında belgeler istenmektedir. Bu bilgiler aile hekimlerinden istenmemelidir. Müdürlükler sistemden bu bilgileri kendileri almalıdır.

Bugün bilhassa sanal birimlerin açılması ve güney ve güneydoğu illerimizde mültecilerin yoğun olarak bulunmaları, kayıtlı nüfus sayısını azaltmakta ve bu da ASÇ ücretlerinde azalmalara sebep olmaktadır. Ücretleri azalan ASÇ eski görev yerlerine veya TSM'ye dönmekte ve aile hekimleri birinci basamak hizmetlerini tek başlarına yapmak zorunda kalmaktadır. Bu nedenle ASÇ'lerin ücretlerinde iyileştirme yapılmalıdır.

ASM'deki iş yükünü hafifletmek ve koruyucu sağlık hizmetlerinin daha düzenli olarak yapılmasını sağlamak amacıyla, Bakanlık yetkilileri tarafından ASM'lere her 3 hekim için bir ASÇ daha verilmesi hakkındaki verilen sözler ve mevzuat düzenlemelerindeki vaatler tutulmalıdır.

4-AİLE HEKİMLİĞİ ÇALIŞANLARININ YIPRANMA PAYI, EMEKLİLİĞE YANSIMAYAN ÜCRETLERİ VE SAĞLIKTA ŞİDDET SORUNU VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

YIPRANMA PAYI

Yıpranma payı diğer ismi ile fiili hizmet süresi zammı 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile düzenlenmiştir. Yıpranma payına tabi çalışan sigortalılar kanunda belirtilen süre kadar çalışması halinde hizmetlerine ek süre eklenir. Eklenen bu süre emeklilik yaşından da düşülür. İşte eklenen bu süre fiili hizmet zammı ya da yıpranma hakkı olarak değerlendirilir.

Örneğin Yer altı ve maden işlerinde çalışan sigortalılar çalıştıkları her 360 gün için 180 gün ek hizmet kazanırlar. Eklenen bu hizmetler aynı zamanda yer altı ve maden işlerinde çalışan sigortalının emeklilik yaşından da düşülür. Kanunla yapılacak düzenleme ile Sağlıkta çalışan herkes herhangi bir ayırım gözetilmeksizin yıpranma payı hakkından yararlanmalıdır. Sağlık çalışanları çalıştıkları her 5 yılda 1 yıl ek hizmet alacakları düzenleme bir an önce TBMM den çıkarılmalıdır.

SORUNLARIMIZ

1.Yıpranma payı veya diğer bir ifade ile fiili hizmet süresi zammı ne anlama geliyor?

Devlet memurunun yapmış olduğu görevi, şayet tehlikeli, ruhsal ve bedenen memuru olumsuz etkileyecek bir meslek grubu içerisinde ise o memurun daha erken emekli olmasını gerekir.

Emeklilik için gerekli olan hizmet yılımız belli bir oranda daha erken bir sürede olacaktır.

Örnek olarak 20 yıl bir fiil çalışan bir memur 25 yıl çalışmış gibi hak kazanıp emekli olabilecek.(4 yılda 1 yıl yıpranma payı alan memurlar için).Buna bağlı olarak alacağı emekli tazminatı ve aylığı da süre

artışına bağlı olarak artacaktır. Memuriyetten istifa edip SSK veya BAĞ-KUR'lu olarak görev yapsa dahi hizmet yılı olarak yine faydalanabilecek.

ÇÖZÜM ÖNERİLERİMİZ

1.Bu hak sadece hizmet yılı açısından değil yaş sınırı açısından da avantaj sağlamaktadır. Bu hakkı alabilmenin yolu; ya TBMM'ye kanun teklifi olarak sunulması veyahut bakanlar kurulunun kanun hükmünde kararname çıkarma yetkisi ile olmaktadır.

Ülkemizde olağanüstü hal devam ettiğinden bakanlar kurulunun çıkaracağı kanun hükmünde kararnamenin daha hızlı bir şekilde uygulamaya gireceği göz önüne alındığında, bu konu üzerinde durulmasının daha uygun olacağı görüşünderiz.

2. Sayın Cumhurbaşkanımız Recep Tayyip Erdoğan'ın 14 Mart 2017 tarihinde tıp bayramı etkinliğinde yapmış olduğu konuşmasında "yıpranma payının sağlık çalışanlarına verileceğini ve bizzat takipçisi olacağını" ifade etmiş olmasına rağmen uygulamaya geçilemediği görülmektedir. Bu düzenlemenin bir an önce hakkaniyetli ve eşit şekilde torba kanuna eklenmesi talebimizdir.

EMEKLİLİK MAAŞLARI VE EMEKLİLİĞE YANSIMAYAN ÜCRETLERİMİZ

Aile hekimleri olarak ve diğer sağlık çalışanları gibi her geçen gün ücretlerimiz enflasyon karşısında gerilemektedir. 2006 yılında eşit işe eşit ücret uygulaması başladıktan sonra, asıl mağdur sağlık çalışanları olmuş ve bu nedenle de emekli maaşlarımızda ciddi sıkıntılar mevcuttur. Hekimlerin emekli olduktan sonra aldıkları maaşlar asgari geçim sınırının altında kalmaktadır. Aile hekimlerinin tüm ödemelerinin emekliliğe yansıtılmaması nedeniyle bir doktor 2800 TL, bir hemşire 2200 TL emekli maaşına mahkûm edilmiştir. Bunların düzeltilmesi için faal olarak çalışırken almış olduğumuz ücretler emekliliğe yansıtılmalıdır.

SORUNLARIMIZ

1.Böyle bir meslekte çalışmanın, içinde bulunduğumuz topluma karşı getirdiği bazı sorumluluklar vardır. Bunlardan birisi de doktorların yaşam kalitesidir. Oturduğu mekânından giydiği kıyafete kadar her şeyiyle topluma örnek olmalıdır. Bu nedenle hem çalışırken hem de emekli olduktan sonra hayatını belli bir standartların üzerinde idame edebileceği bir ekonomik gelirinin olması kaçınılmazdır.

2.Maalesef bugün emekli olan bir hekim arkadaşımızın eline ortalama 2800 TL gibi bir ücret geçmektedir. Oysa 2017 ağustos ayında TUİK verilerine göre yoksulluk sınırı 5300 TL civarında tespit edilmiş.

3.Bu gerçekliği gören hekim zorunlu kalmadıkça emekliliği düşünmemektedir.

ÇÖZÜM ÖNERİLERİMİZ

1.Bugün çalışırken yarın ne olacağımız endişesini yaşamamak için, 2500TL ücretin emeklilik aylık ücretlerine seyyanen eklenmesini talep ediyoruz.

2- 25 yıl fiili çalışan özellikli meslek grupları baz alınarak emeklilik ücretlerinin düzenlenmesini ve yoksulluk sınırının üzerinde bir emekli maaşının hekimlere verilmesini bekliyoruz.

SAĞLIKTA ŞİDDET

Sağlıkta dönüşüm programının ülkemizde uygulanılmaya başlaması ile beraber vatandaşlarımızın sağlık hizmetine ulaşması kolaylaşıp aynı zaman da sağlık hizmetlerine ulaşma oranları her geçen gün artarken, özellikle sağlık okuryazarlığının istenilen düzeyde olmaması sonucu " Vatandaşın Her İşini Yapılacak" gibi bir algı kamuoyunda oluşmuştur. Ancak, gelmiş olduğumuz nokta da artık kantarın topuzu iyiden iyiye kaçırılmıştır. Özellikle sağlık hizmeti alanın da bu hizmetten yararlanmak isteyen vatandaşlarımız, her türlü usulsüz isteklerini, hekimlere yaptırma hakkı olduğuna inanır hale gelmiştir. Ayrıca yazılı ve görsel medyada, bazı dizilerde verilen mesajlarda, hekimlere silah çekilmesi ve şiddet uygulanması normalleştirilmiş, vatandaşın usulsüz istemleri yapılmazsa veya vatandaş kendisine iyi hizmet verilmediğini düşünürse, sağlık çalışanlarına hakaret etme, saldırma ve hatta öldürme hakkı olduğuna inanır hale gelmiştir.

Günlük pratiğimiz de fiziksel şiddet yanında bir başka büyük sorun yapılan sözel şiddetin çok artmasıdır. ASM'ye gelen hasta aile hekimine nasıl küfür ettiğini! Nasıl saldırdığını! Sosyal medya başta olmak üzere paylaşırken, kahvede veya dost sohbetlerinde anlatırken, bu kişinin yaptığı bu suç karşısında bir ceza almaması, gözaltına alınmaması, tutuksuz yargılanması o toplumda ki, o mahalledeki diğer vatandaşlar arasında demek ki bir şey olmuyor! Bende rahatça sağlık personeline saldırabilirim ön görüsünü bilinçaltında oluşmasına sebebiyet vermektedir. Oysa ki kişi yaptığı eylem nedeniyle tutuklu yargılanmış olsa ve karşılığında bir ceza almış olsa bu mahalleli üzerinde bir baskı oluşturarak "baksanıza bizim için özveri içinde çalışan, koruyuculuk yapan bizi tedavi eden sağlık personeline saldırmış adamı içeri atmışlar, ceza almış " denebilse, bu şiddet hızlı bir biçimde kesilebilecektir.

Son yıllarda hekime ve sağlık çalışanlarına şiddet katlanarak artmaktadır. Bunun örneklerini her geçen gün artan bir şekilde görmekteyiz. Sağlık çalışanları için, özellikle mobil hizmetlerde, esnek mesaide veya tek birimli ASM'de veyahut da entegre bir hastanede tek başına görev yapan aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları için bu ortamda görevini yapmak gittikçe zorlaşmakta, motivasyon düşüklüğü ve tükenmişlik sendromuna yol açmaktadır. Bu da aslında sağlıkta kaliteyi düşüren önemli bir etkidir. Değişen sağlık sisteminin aksayan yönlerinin hekimlere fatura edilmesi anlayışının ve sadece vatandaş memnuniyetini gözetilmesinin kurbanı hekimler olmaktadır.

SORUNLARIMIZ

- 1.Sürekli yapılan mevzuat değişiklikleri ve uygulamaların standart bir hale getirilememesi, sağlık sisteminin aksayan yanlarının hekimlere yansımaları,
2. Bir an önce aile hekimliği uygulamalarında birliğin ve mevzuat birlikteliğinin sağlanması.

3.Sağlık bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşlar ile aile hekimleri arasında mevzuatla belirlenmiş ortak bir hiyerarşinin uygulamasının sağlanmaması.

4.Diğer bakanlıkların sağlık ile ilgili yönetmenlik veya genelgelerinin sağlık bakanlığı tarafından değerlendirilmesi ve yayınlanması.

5.SABİM hattının amacının dışında kullanılmasının önüne geçilmesi. Sağlık bakanlığının; daha kaliteli sağlık hizmetinin verilmesini, verimliliğin artırılmasını ve sağlıkta oluşabilecek hataların “sıfır” düzeyine getirilmesini amaçlayarak hayata geçirdiği bir iletişim hattıdır SABİM. Ama maalesef bugün bu amaçlarının dışında kullanılmakta, sadece hastaların hekimlere karşı olan öfkelerini kustukları bir şikâyet hattı haline gelmiş bulunmaktadır.

6. Bakanlığımız, bu hatta çalışanları özel bir eğitim ile bilinçlendirmeli veya görevlendirilecek kişileri eğitim almış profesyonellerden oluşturmalıdır.

7.Toplum önünde sağlık uygulamaları hakkında yapılan konuşmalarda ortak dilin kullanılmaması.

Maalesef geçmiş yıllarda yaşadığımız ve halen dönem dönem şahit olduğumuz sağlık uygulamaları hakkında, farklı kurum ve kuruluşların farklı yorumlarda bulunmaları halkın kafasında soru işaretlerine yol açmasına neden olmaktadır. Bunun sonucunda vatandaş ile doktor karşı karşıya gelmektedir. Bu tip sorunlara sebep olmamak için tüm yetkililerin ortak ve anlaşılır açıklamalarda bulunması gerekmektedir.

8.Doğum kontrol hapı, demir preparatı veya aşı için gelen hastalara “elimizde kalmadı”, “bakanlıkta yokmuş”, “müdürlükte yok” gibi cümleler kurmak zorunda kalınmamalıdır.

9.Görsel ve yazılı medyada sağlık çalışanlarına karşı yapılan küçük düşürücü şiddet ve hakaretlere yönelik haberlerin sık yer alması

10.Özellikle dizilerde sağlık çalışanlarına karşı şiddetin normalmiş gibi işlenmesi.

11.Maalesef vatandaşlarımız “hasta hakları” başlığını görünce sağlık tesislerindeki her türlü isteğinin yerine getirileceğini sanmakta ve olmayacak istekler ile doktorlar ile tartışma yaşamaları

12.Toplumca ve sağlık çalışanları arasında unutulmuş mesleki değerlerimiz ve etik kurallar

13.Çalışma şartlarının yoğunluğu dikkate alındığında bir de yeni düzenleme ile getirilmek istenen kronik hasta takipleri ile iş yükünün daha da artacağı gerçeği.

14.İş yükünün artması, personelin sabit kalması sonuçta hasta birikimlerine neden olması, Fazla iş yükü. Kapasitenin üstünde hizmet talebinin olması. Hastaların aile hekimliğini tam anlayamamış olması ve sadece ilaç yazıcısı olarak görme eğilimi.

15.Bekleme sürelerinin uzamasının, memnuniyetsizlik ve gereksiz bir gerginlik yaratması.

16.Mekânın saygınlığı ve ciddiyeti hakkında kişilerde ki tutum ve davranışlar üzerine olumlu veya olumsuz bir etki bırakır. Eski yıpranmış resmi binaların hizmeti olumsuz etkilemesi.

ÇÖZÜM ÖNERİLERİMİZ

1. Birinci basamak sağlık kuruluşlarından istenen raporlar kısıtlanmalı, istenecek kriteri belirlenmiş raporlar için algoritmalar yapılmalıdır. Böylelikle her hekim nasıl davranacağını bilmeli.
2. Uygulma farklılığının bitmesi halk tarafından güveni artıracaktır
3. Diğer kurumların bizi kendi personeli görmesinin önüne geçilmeli.
4. SABİM hattı şikâyet etme, yıpratma hattı olmadığı halka anlatılmalıdır. Vatandaşa hasta hakları ve içeriği doğru bir şekilde anlatılmalı, haklarının yanında sorumlulukları da yüklenmeleri sağlanmalıdır. Yine kendi haklarının olduğu kadar hekimin de mesleki haklara sahip olduğu bilinci oluşturulmalıdır. 184 danışma hattında ve diğer hasta hakları birimlerinde şikâyetleri karşılayan kişilerin kanun ve yönetmeliklere hâkim olması sağlanmalı ve gelen şikâyetleri ona göre değerlendirip, gereksiz ve usulsüz şikâyetlerin hekime yansması engellenmelidir. Yine usulsüz istemde ve şikâyette bulunan kişiye de gerekli caydırıcı yaptırımlar uygulanmalı, telefon ile danışma mercilerinin gereksiz işgali önlenmelidir. Yine sağlık çalışanlarının da şiddete uğradığında ya da usulsüz istekle karşılaştığında hızlıca ve sorunsuz ulaşabileceği bir birim olmalı.
5. SABİM'i arayanlara yalan beyanda bulunulduğunda haklarında yasal işlem başlatılacağı sözlü olarak hatırlatılmalıdır.
6. Hekimlik mesleğinin değerini gösteren yayınlar yapılmalı.
7. İdareciler, özel kurumlarda çalışan tüm sağlık çalışanlarına deontoloji konusunda hizmet içi eğitimler düzenlenmeli.
8. Poliklinik sayılarının, gereksiz ve sık başvuruların ve uygunsuz istemlerin azaltmasına yönelik çalışmalar yapılmalı.
9. Hasta hakları olduğu gibi sağlık çalışanlarının haklarının da olduğu bakanlığın hazırlayacağı görsellerde yer almalı
10. Etkin bir sağlıkta şiddet yasası acilen çıkarılmalı. Kendini güvende hissedenden sağlık çalışanı daha verimli çalışacak hizmet kalitesi artacak ve sonuç olarak hasta memnuniyeti artacaktır.
- 11- Sistem ve mevzuat değişiklikleri yapılırken altyapının iyi hazırlanması sağlanmalı, gerekli personel bilgilendirmeleri ve halk eğitimleri yapılmalı. Geçiş aşamasında yaşanabilecek aksaklıklar iyi tespit edilmeli ve uygun bir şekilde kamuoyu ile paylaşılmalı.
- 12- Hekimin de diğer tüm mesleki bölümler gibi kendi emeği ve çabası ile okuduğu ve çok daha fazla emek harcadığı, fedakârlık yaptığı göz önünde bulundurulmalı, hekim maaşlarının ve kazançlarının medyada ve diğer platformlarda haksız kazançmışçasına dillendirilmesi önlenmeli. Hekimin de vatandaş olduğu ve birçok meslek grubundan çok daha fazla emek harcadığı ve vergi ödediği gerçeği göz ardı edilmemeli, diğer mesleklere gösterilen saygı ve mahremiyetin hekimlik mesleği için de gösterilmesi sağlanmalı.
- 13- Vatandaşa en azından kendi sağlıkları ile alakalı sorumluluk verilmeli. Vatandaşın kendi sağlığı ile ilgili ihmalinin cezası hekime çektilmemeli. Yine sahte istirahat raporu istemi, usulsüz ilaç yazımı

istemi, hastanın kendisi gelmeden reçete tekrarı ve uygun olmayan sağlık raporları gibi taleplerin suç olduğu konusunda vatandaş eğitilmeli, bu tür istemlerle gelen kişiler için bir bildiri merci olmalı ve gerekli yaptırımlar uygulanmalı. Vatandaş, bunların doğal istekler olmadığı ve suç olduğu bilincine kavuşturulmalı ve cezasının olduğunu bilmeli. Tüm kurumların kendilerine ait sorumluluklarının açık kapatıcısı olarak hekimin görülmesine son verilmeli, herkes kendi hatasının cezasını çekmeli.

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

15-Okul yıllarında hekimlere ve vatandaşlara gerekli iletişim eğitimi verilmemektedir. Hekim mezun olurken sadece hekimlik yapacağını sanmakta ama her türlü usulsüz istekle karşılaşacağını ön görememektedir. Sahadan örneklerle, hekimlere gerekli iletişim eğitimi verilmeli, zor durumlarla nasıl başa çıkabileceği, şiddete eğilimli vatandaşları nasıl idare edebileceği öğretilmeli.

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

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

18-Geri ödeme kurumunun tebliğlerinde daha tutarlı olması sağlanmalıdır. Yine yapılan değişiklikler ve gerekçeleri halka doğru şekilde anlatılmalı, vatandaşla hekimin karşı karşıya gelmesi önlenmelidir. Geri ödeme kurumunun aile hekimlerini hedef alan, bilimsel verilere dayanmayan, ilaç firmaları ile ilişkiler vs. gibi suçlayıcı beyanları ve hekimleri hedef gösteren, sağlık sitesindeki harcamaları ve aksaklıkları hekimlere mal eden beyanlarının önüne geçilmeli. Sağlık konusunda, hekimlik konusunda bilgisi olmayan kurumların bu tür açıklamalarına izin verilmemeli.

Gelecek sağlıklı nesillerin teminatı Aile Hekimlerimize; Kendisi ve çevresiyle barışık bir birey olması noktasında, onlara uygun sağlıklı çalışma ortamları hazırlanmalıdır.

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

5-NEGATİF VE POZİTİF PERFORMANS UYGULAMALARI KAPSAMINDA KRONİK HASTALIK TAKİPLERİ

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

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kronik hastalığı “uzun süren ve yavaş ilerleme gösteren hastalıklar” olarak ve kronik durumu ise “birkaç yıl veya on yıl boyunca sürekli bakıma ihtiyaç duyulan sağlık sorunları” olarak tanımlar. Bulaşıcı olmayan hastalıklar bir bulaşma ajanından kaynaklanmayan genetik yatkınlık, yaşam tarzı veya çevresel temastan kaynaklanan hastalıklar olarak da tanımlanır. Kronik hastalıklar, normal fizyolojik fonksiyonlarda yavaş ve ilerleyici bir sapmaya, geri dönüşümsüz değişikliklere neden olan, yaşamın uzun bir dönemini kapsayan, sürekli tıbbi bakım ve tedavi gerektiren hastalıklardır.

Kronik hastalıklar, sıklıkla yaşlı erişkinlerde sıklıkla görülmekle birlikte, bu yaş gruplarına özgü değildir. Kronik hastalıklar 35 yaş ve üstü 64 yaş arasındaki yaş grubunda, 65 yaş ve üstü insanlara kıyasla daha hızlı bir şekilde artmaktadır. Çocuklar ve genç yetişkinlerin giderek artan sayıda kronik hastalıkları sonucu, kronik bakım yönetimi son derece önemli hale gelmektedir. Tüm hayat boyu kronik hastalıkların takibi, hele ki genç yaşta başladığı takdirde, aile hekiminin kronik hastalıklardaki önemi net bir şekilde anlaşılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2008 yılında yayımladığı “Küresel Hastalık Yüğü” raporuna göre, kronik hastalıkların dünyada önde gelen ölüm nedenleri arasında olduğu vurgulanmaktadır. 2020 ve 2030 yılları tahminlerinde, iskemik kalp hastalıkları ve serebrovasküler gibi kronik hastalıklar açısından bu oranların daha da yükseleceği öngörülmektedir. Ülkemizde de nüfusun yaşlanmasına paralel olarak, hastalık yükü giderek artmakta ve bu hastalıkların büyük bir bölümünü kronik hastalıklar oluşturmaktadır

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

Kronik Hastalıkların Maddi Boyutu : Yaşam beklentisinin küresel düzeyde artması, sigara, sağlıksız diyet, fiziksel aktivite eksikliği ve hava kirliliği gibi kültürel ve çevresel risklerin artması, kronik hastalıkların dünya çapında yaygınlığının epidemik düzeye erişmesine sebep olmuştur. Gelişmiş bir ülkede yapılan bir araştırmada, yaklaşık 120 milyon kişinin bir veya birden fazla kronik hastalığı olduğu ve bu kişilerin tıbbi harcamalarının, tüm ülkenin sağlık bütçesinin %70 ile 80'ini bulduğu ortaya konulmuştur. Sağlık sigortasına sahip tüm hastaların %25'inin dört veya daha fazla kronik hastalığı olduğu ve ülkenin tüm sağlık harcamalarının 2/3'ünü oluşturduğu görülmüştür. Görüldüğü gibi, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülke ekonomilerinde bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar büyük finansal ve ekonomik risk oluşturmakta; sağlık hizmeti sunum sistemlerinin sürdürülebilirliğini tehdit etmekte ve üretim kaybı meydana getirmektedir. Bu kayıp doğrudan sağlık maliyetinden dört kat daha yüksektir. Ülkemizde de çok kapsamlı finans analizleri yapılmamış olmakla beraber durum benzerlik göstermektedir. Finansal boyutunu azaltmak için de; kronik hastalıkların, hastane yatışı, hastane başvurusu gibi durumlardan kaçınılabilmesi için de hastalığın kontrol altında ve takipli olması gerekmektedir. Bunun için de aile hekimi tarafından yapılan kontrollerin ve kayıtların önemi, hastaların hastanede aldığı hizmetten daha fazla önem taşımaktadır. Amaç, geç olmadan önlem almaktır; bunun da yolu birinci basamakta aile hekimi takipleri sayesinde gerçekleşebilir.

(Smyrna Tıp Dergisi Derleme Kronik Hastalıklar ve Aile Hekimliği Chronical Diseases and Family Medicine denalıtlı bölümler vardır.)

SORUNLARIMIZ

- 1-Kronik hastalıklar yönünden hastanın bize başvurusunun az olması ve kişinin sorumluluğun olmaması.
- 2-Kronik hastalık takibinde sadece aile hekimlerine görev verilmeye çalışıldığı, 2. Ve 3. Basamakta bu hastaların takibinin nasıl devam edeceği ve bizlerle diğer sağlık birimleri arasındaki bağlantının belirsiz olması.
- 3-Aile hekimliği Bilgi Sistemi ile diğer sağlık hizmet sunucularının sistemleri arasında efektif bir bağlantının olmaması.
- 4-Kayıtlı nüfus sayısının fazla olması.
- 5) İş yükünün fazlalığı.
- 6-Tarama ve takibi yapılan / yapılacak olan hastanın sevk edilmesi durumunda 2. ve 3. Basamakta takibinin nasıl yapılacağı konusundaki belirsizlik. Bakanlığın bu konudaki yürüteceği çalışmanın / algoritmanın nasıl olacağı bilinmemesi.
- 7-Bu sistemin negatif performans ile getirilmesi dahilinde Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Çalışanlarının motivasyon ve çalışma azminin bozulması.
- 8-ASÇ sayısının yetersizliği.

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

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

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

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

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

ÇÖZÜM ÖNERİLERİMİZ

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

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

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

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

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

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

7-Sağlık Bakanlığı'nın başta AHEF olmak üzere uzman dernekleri, kamu hastaneleri temsilcileri, üniversite hastaneleri temsilcileri, özel hastane temsilcileri ile bu takibin 2. ve 3.basamakta nasıl yapılacağına belirlenmesi.

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

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

10-Hastanın 2. ve 3. Basamağa başvuru sonrası geri bildirimlerinin yapılması.

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

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

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

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

15-Dumansız hava sahası projesi gibi kronik hastalık takibine tüm ülkeye ve kamuoyuna mal edilmesi.

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

17-Negatif performans durumunda AHEF tarafından sendikalar ve STK'larla bir platform oluşturulmalı. Gelecek negatif performans sistemiyle ilgili nasıl bir yol izleneceği belirlenmeli, stratejiler geliştirilmeli ve takvim oluşturulup düzenli aralıklarla toplantılar yapılmalı.

18-Negatif performans durumunda sahadan geri bildirim alınması, 3-4 soruluk anketle negatif performans gelirse izlenecek yolun nasıl olması konusunun danışılması. Derneklerin kendi bünyesinde çalışmalar yapması.

19- Kronik hastalıklarla alakalı süreç öncelikle bir tarama programı ile başlamalıdır, devam eden süreç de takip ve izlemeler gündeme gelmelidir. Tarama ve Takip süreçlerinde yapılacak işlemlerin kılavuzları ve algoritmaları net, basit, anlaşılabilir ve uygulanabilir olmalıdır. Ek iş yükü getirmemelidir.

20-Bu süreç de yapılacaklarla ilgili tüm sağlık çalışanlarına gerekli bilgilendirme yapılmalı ve gerekli hizmet içi eğitimler tamamlanarak standart bir uygulama sağlanmalıdır. TSM ve sağlıklı hayat merkezlerinin topluma sunulacak sağlık eğitimi, bireyin öz sorumluluğunun geliştirilmesi, toplumun sağlık okuryazarlığının artırılması konusunda dolayısıyla kronik hastalık yönetiminde destekleri aktif olarak işin içinde bulunmaları hastalık takibi açısından önemlidir.

21-Saha eğitimde olan aile hekimleri yerine bu süreç de protokol çerçevesinde AHU eğitimi alan hekimler de görevlendirilebilmelidir. Kronik hastalıklar takibi sırasında yeterli zaman açısından takibi yapılan hastalıklarla ilgili iş yükünün önemli bir kısmını oluşturan ve 2. ve 3. basamakta yazılan RPT ilaçlarının yazılmasının önüne geçecek tedbirler alınmalıdır.

22 -İzleme ve değerlendirme kriterlerinden biri olan 18 yaş üstü her bireye tansiyon ölçümü hedefinin ve benzer tarama ve izlem hedeflerin hiç bir zaman %100 olmaması gerekmektedir. Çünkü mevcutta halen hiç bir sağlık hizmetini almayan %20-25 arasında bir nüfus mevcuttur. Ulaşılabilir hedef maksimum. %70 ile sınırlandırılmalıdır.

23-Hiç bir şekilde ulaşılamayan hedef nüfustaki bireylerin, güncel iletişim bilgilerinin bildirilmesi için bir sistem veya bu kişilerin belli bir süre sonra taramadan çıkarılması için gerekli tedbirler alınmalıdır. Aynı şekilde belli bir defa taramaya davet edilen ama gelmeyen kişiler taramadan çıkarılmalıdır.

24-ASM ve AHB dışında yapılan tetkiklerin ve ölçümlerinde sisteme yapılmış işlem olarak kayıt edilmesi için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

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

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

“ İyi kurgulanmış kronik hastalık takibinin aile hekimliğinin geleceği, aile hekimliğinin kamuoyundaki algısı yanında, aslolarak ülkenin sağlık geleceğine maddi ve manevi olarak pozitif etki edeceğini düşünmekteyiz. Bu kurgu yapılırken Sağlık Bakanlığı ve AHEF'in iş birliği içerisinde hareket etmesinin sürecin daha hızlı ilerlemesini sağlayacağına ve etkinliğinin arttırılacağını düşünmekteyiz.”

SONSÖZ

Sonuç olarak; Geldiğimiz nokta da bahsi geçen yapılan ve yapılması planlanan sağlık reformları birinci basamak ve koruyucu hekimlik odaklı değil, tedavi edici hastane sistemi odaklı, uzmanlaşma ve teknolojiyi destekler görünmektedir. Bu durum, birinci basamağı sağlık sisteminin adeta “sosu” haline dönüştürerek işlevsizleşmesi, değersizleşmesi ve sağlık maliyetlerinin çok daha fazla artması riskini içinde taşımaktadır.

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

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

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

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

Eğer samimi olarak maliyet etkin ve kaliteli bir birinci basamak sağlık hizmet sunumu isteniyorsa, bunun yolu birinci basamak çalışanlarının haklarının tırpanlanması değil, bilakis maddi ve manevi anlamda özlük haklarının geliştirilmesi ile desteklenmesidir.

On yılda kaybedilen reel baz da %34'e yaklaşan kayıpların bir an önce karşılanması, üzerine kaliteyi arttırabilecekleri tedbirlerin alınması ve vatandaşlarımıza hak ettikleri fiziki imkânlar da hizmet vermek için yeni ASM binalarının devlet eliyle açılması, donanımın sağlanması zamanı gelmiş de geçmektedir.

Haklarımız, görevlerimizi yerine getirdikçe artar. Biz görevlerimizi yerine getirdik. Şimdi sıra haklarımızın artırılmasın da.

AHEF YÖNETİM KURULU