

NİHAİ RAPOR

İşbu rapor, işveren T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü ile müellif sıfatıyla aramızda akdedilen 15 Mart 2004 tarihli sözleşme hükmü gereğince, sözleşmenin “Görev Tanımı ve Kapsamı” başlıklı ekinde (Ek A) belirtilen hususları içerecek şekilde ve Ek B’de öngörülen raporlardan Nihai Rapor olmak üzere hazırlanmıştır.

I- GİRİŞ

Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü ile yapılan sözleşmede işin kapsamı,

a) Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde genel sağlık sigortasını tamamlayacak yapıda tasarlanan bir aile hekimliği politikası için kurulması öngörülen sistemin yasal altyapısına yönelik gerçekçi ve uygulanabilir öneriler geliştirmek,

b) Aile hekimleri olarak çalışacak tıp doktorlarının nitelikleri, eğitimleri, çalışma statüleri, özlük hakları, finansman yöntemleri ve denetimlerinin yasal altyapısına ilişkin uygulanabilir öneriler geliştirmek,

c) Öngörülen sağlık ve sağlık-sosyal güvenlik sistemi çerçevesinde aile hekimliği uygulamaları ve sevk sisteminin geleceğine ilişkin yasal düzenlemeler hakkında mevzuat önerileri geliştirmek,

d) Aile hekimliği sisteminin ve sağlık sosyal güvenlik sisteminin tam olarak yürürlüğe girmesinden önce, geçiş döneminde ortaya çıkabilecek yasal sorunlara ilişkin çözüm önerileri geliştirmek,

e) Sağlık sektöründe ve sağlık sosyal güvenlik sisteminde planlanan aile hekimliği sisteminde hizmet sunacak olan her türlü sağlık ve sosyal güvenlik çalışanının görev ve yetkilerini net bir şekilde tanımlamaya yönelik yasal metinlerin hazırlanması ve bu amaçla hazırlanan metin ve taslakların değerlendirilmesi ve raporlanması. Hazırlanan ve hazırlanacak olan taslaklara yönelik ihtiyaç duyulan hukuki değerlendirmelerin Sağlıkta Dönüşüm Programının amaçları ile örtüşen ve/veya çelişen konular gözönüne alınarak yapılması ve gerekli raporların hazırlanması,

f) Planlanan aile hekimliği sisteminin güçlendirilmesine yönelik sağlık ve sağlık sosyal sigorta işgücü için gerekli diğer yasalar ve yasal düzenlemeler konusunda öneriler geliştirmek,

g) Mevcut mevzuatın (kararnameler, tüzükler v.s.), planlanan aile hekimliği sistemi içinde yer alacak insan gücüne dair taslak yasanın uygulanmasına yönelik olarak ortaya koyabileceği muhtemel kısıtlılıkların belirlenmesi

şeklinde belirtilmiştir.

Sözleşmede,

1. Aile hekimliği sistemi içinde yer alacak insan gücü ile ilgili mevzuatın ve taslakların değerlendirilmesini içeren bir rapor,

2. Bu sistem içinde yer alacak insan gücüne ilişkin taslağı uluslararası deneyim ve örnek uygulamalar ile uyumlu hale getirmek için öneriler içeren bir rapor,

3. Bu sistem içinde yer alacak insan gücünün yetki ve sorumluluklarını değerlendiren bir rapor,

4. İlgili mevzuatın taslaklarla uyumlu hale getirilmesine ilişkin bir rapor,

5. Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlıkta Dönüşüm Projesi ve Proje Konsept Notunun değerlendirileceği ve bu dokümanlarda hedeflenen amaçlar doğrultusunda özlük hakları, personel rejimi, yerel idareler ve sair konularda hazırlanan taslakların revize edileceği detaylı bir rapor sunulması öngörülmektedir.

İşbu rapor sözleşmenin ekinde (Ek B) “müellifin raporlama zorunlulukları” başlığı altında öngörülen raporlardan nihai rapor olup belirtilen rapor konularının tümünü kapsamaktadır

Aşağıda önce, tasarı taslaklarındaki aile hekimliği sistemiyle ilgili düzenlemeler belirtilmiş, daha sonra sırasıyla bu rapor konularında gerekli mevzuat, bildirge ve uygulamalar açıklanmış ve taslaklara ilişkin değerlendirmeler yapılmıştır. Sağlık Kanunu Tasarı Taslağı yürürlükteki sağlık kanunlarının yerini alacağından, mevzuatın taslaklarla uyumlu hale getirilmesi konusunda yalnızca geçiş dönemine ilişkin olarak Sağlıkta Dönüşüm Programıyla ilgili kısımda öneri ortaya konmuştur.

II- TASARI TASLAKLARINDA AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİYLE İLGİLİ DÜZENLEMELER

1- Sağlık Kanunu Tasarı Taslağındaki İlgili Düzenlemeler

a) Aile Hekimliği Düzenlemesi

Sağlık Kanunu Tasarı Taslağının “aile doktoru” başlıklı düzenlemesine göre, aile doktoru, kendisine kayıtlı kişilerin sağlığını korumak ve geliştirmek üzere kişiye yönelik koruyucu sağlık

hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi ve rehabilite edici hizmetleri vermekle yükümlüdür (m. 116/I).

Aile doktorları, uzman da olsalar aile hekimliğinden başka bir iş yapamazlar (m.116/III).

Aile doktoru görev yaptığı yerdeki sağlık ocağına kaydolur (m. 116/II).

Aile doktorunun görevleri,

a) Birinci basamak tanı ve tedavi hizmetleri ile kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini yürütmek,

b) Periyodik muayene ve erken tanı hizmetlerini sunmak,

c) İkinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetlerinin evde, ayakta ve gerektiğinde sağlık kurumunda takibini yapmak,

d) Kendisine kayıtlı kişilere yönelik laboratuvar hizmetlerini yürütmek,

e) Acil yardım hizmetlerini vermek,

f) Kendisine kayıtlı kişilerin kayıt ve sağlık istatistiklerini tutmak,

g) Tıbbi danışmanlık yapmak,

h) Eczane bulunmayan yerleşim yerlerinde ilgili mevzuata göre ecza dolabı açmak,

i) Mevzuatla verilen diğer iş ve yükümlülükleri yerine getirmektir (m. 116/IV).

Aile doktoru, bölgesinde bulunduğu sağlık ocağı ve hastasını sevk ettiği kurumlar ile işbirliği ve koordinasyonu sağlamakla yükümlüdür (m.116/V).

Aile doktoru, ilgili sosyal güvenlik kuruluşlarından veya diğer kamu kurum ve kuruluşlarından, bulunduğu yöreye ve kendisine kayıtlı kişilerin sayısına göre değişen bir ücret alır (m. 116/VI).

Aile doktoru, bu hizmetlerin sağlanması için, yanında ücretli olarak çalışacak yeterli sayıda ebe ve/veya hemşire istihdam eder; bu mümkün olmadığı takdirde geçici olarak o yerdeki sağlık ocağı tarafından görevlendirilecek bir elemanla işbirliği yapar. Aile doktoru gerektiğinde sağlık ocağından laboratuvar ve radyoloji hizmeti gibi destekler de alabilir. Sağlık ocağının bu desteklerine karşılık ödenecek hizmet bedelleri Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir (m.116/VII).

Aile doktoru muayenehanesinin asgari standartları Sağlık Bakanlığınca belirlenir (m.116/VIII).

Taslağın “aile doktoruna veya sağlık ocağına kayıt” başlıklı düzenlemesine göre, sağlık güvencesine sahip her kişi, bölgesindeki aile doktorlarından kendi seçeceği birine veya o yerdeki sağlık ocağına kaydolur. Kişiler, Sağlık Bakanlığı veya ilgili sosyal güvenlik kuruluşunca yönetmelikle belirlenen bir sebeple aile doktorunu değiştirebilirler (m.117).

Taslağın “aile doktorunun hizmet sunması” başlıklı düzenlemesine göre, sağlık güvencesine sahip her kişi varsa o il ve ilçedeki, acil durumlar, yolculuk ve geçici yerleşme dışında ilk başvurusunu kayıtlı olduğu aile doktoruna veya sağlık ocağına yapar. Aile doktoru veya sağlık ocağı hekimi kişiye mesleki yetkileri çerçevesinde uygun bulunduğu tıbbi işlemleri uygular; gerekli gördüğü takdirde ikinci basamak sağlık hizmeti veren bir kuruluşa, tıbbi zorunluluk hallerinde ise üçüncü basamak hizmet veren bir kuruluşa gerekli bilgi ve belgelerle birlikte sevk eder (m.118/I). Aile doktoru veya sağlık ocağı, sevk ettiği hastasına verilen hastane bakımını izler; birinci basamak hekimi ve hastane bu konuda işbirliği yapmakla yükümlüdür (m. 118/II).

Taslağa göre, dış hekimliği hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetlerinin bir parçasıdır. Aile doktoruna kayıtlı olup bu hizmetlerden yararlanmak isteyen kişiler, aile doktorundan alacakları muayene belgesi ile, Genel Sağlık Sigortası Kurumunun sözleşme yaptığı dış hekimlerine başvururlar (m.119).

b) Sağlık Kanunu Tasarı Taslağının Aile Hekimliğiyle İlgili Diğer Hükümleri

Sağlık Kanunu Tasarı Taslağının amacı, Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarının ve Türkiye’de bulunan kişilerin hayatlarını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmelerini sağlamak üzere sağlık alanındaki insan haklarını, kamu sağlığının korunması, geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinin planlanması, sunumu, geliştirilmesi, koordinasyonu ve denetimi, finansmanı ve sağlık alanındaki mesleklerle ilgili hususları düzenlemektir (m.1).

Taslağa göre, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; yeterli beslenme, kişisel hijyen ve sağlıklı davranış kurallarının öğretilmesini kapsayacak şekilde sağlık eğitimi verilmesi, bağışıklama, aile planlaması ve hastalıkların erken tanısı ve kemoproflaksisi hizmetleridir (m. 3/d). Birinci basamak sağlık hizmeti; koruyucu hizmetlerle bir arada veya ayrı olarak, aile doktorları, kurum hekimleri ve işyeri hekimleri tarafından ve diğer sağlık kuruluşlarınca genellikle evde ve ayakta verilen tedavi hizmetidir (m.3/e).

Taslağın “sağlık alanındaki insan hakları” kısmındaki düzenlemeye göre, herkes, sosyal sağlık güvencesine sahip olarak ve adalet ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde, sağlıklı yaşamının teşvik edilmesine yönelik faaliyetler ve koruyucu sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere, sağlık

hizmetlerinden, ihtiyaçlarına uygun olarak faydalanma hakkına sahiptir (m.4/II). Mevzuat ile belirlenmiş usullere uyulmak şartı ile hasta veya hizmet alıcısının, kendisine sağlık hizmeti verecek olan personeli serbestçe seçme hakkı vardır (m.7/II).

Taslağın “kamu sağlığının korunması kısmındaki düzenlemeye göre, Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak amacıyla sağlık kuruluşlarının hizmet vermesini düzenler (m. 24/III). Hastalıklara karşı koruyucu sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığının gözetimi ve denetiminde yürütülür (m.24/IV). Bütün kalıtsal hastalıklarla mücadele koruyucu sağlık hizmetleri kapsamındadır (m. 24/ V).

Hekim ve diş hekimi muayenehaneleri gibi sağlıkla ilgili kuruluşların personel, fizik yapı ve malzeme standardına ve çalışmalarına ilişkin esaslar Sağlık Bakanlığınca belirlenir (m. 36).

Taslağın “sağlık açısından özellikli grupların korunması” başlıklı bölümündeki düzenlemeye göre, gebelerin, lohusaların izlenmesi ve doğumlarının sağlıklı şartlarda yaptırılması, bebek ve çocukların düzenli aralıklarla sağlık kontrollerinin yapılması ve bir program çerçevesinde bağışıklanması sağlanır. Gebeliği nleyici uygulamalar Sağlık Bakanlığının gözetim ve denetimi altında ve belirlenen ilaç, araç ve yöntemlerle yapılabilir (m.54).

Öğrencilerin kişisel sağlık kontrollerinin belirli aralıklarla yapılması sağlanır (m.55).

Doğurgan ağdaki bütün kadın çalışanlar, üreme sistemi üzerinde etkili olabilecek faktörler bakımından sağlık personelinin gözetiminde bulundurulurlar (m. 56/IV).

Yaşlıların ve zrllerin toplum içinde kendi kendilerine yeterli olabilmeleri için gerekli sağlık tedbirleri Sağlık Bakanlığının gözetiminde yerine getirilir (m. 57).

Tutuklu ve hükümlülerin kişisel sağlık kontrollerinin belirli aralıklarla yapılmasına ilişkin esaslar Sağlık Bakanlığınca Adalet Bakanlığıyla birlikte belirlenir (m. 58).

Taslağın “halkın eğitimi ve aydınlatılması” başlıklı bölümündeki düzenlemeye göre, spor ve rekreasyon uygulamalarına ilişkin olarak, bu uygulamaların öncesinde ve sırasında sağlık muayenelerinin ve tıbbi değerlendirme ve önerilerin yapılması, yaş sınırlamaları ve sağlık yönünden engellemeler gibi konular Sağlık Bakanlığınca düzenlenir (m. 64).

Evlenmeye aday kişilere, Sağlık Bakanlığınca belirlenen esaslar çerçevesinde, yapılması gereken sağlık kontrolleri ve sağlık açısından istenmeyen sonuçlar doğurabilecek durumlar gibi konularda danışmanlık hizmeti verilir (m. 67).

Taslağın “nüfus planlaması” başlıklı bölümündeki düzenlemeye göre, nüfus planlaması ile ilgili eğitim ve uygulama hizmetleri Sağlık Bakanlığınca kamu kurum ve kuruluşları ve gönüllü

kuruluşlarla işbirliği yapılarak yerine getirilir. Gebeliğin önlenmesine ilişkin yöntemler ve uygulama açısından hekim, hemşire ve ebelerin görevlendirilme esas ve usulleri ile uygulamadaki yetkilerini belirleyen hususlar Sağlık Bakanlığınca yönetmelikle düzenlenir (m.70).

Taslağın sağlık mesleklerinin uygulanmaları” başlıklı kısmındaki düzenlemeye göre, tıbbi hizmet vermeyi üstlenen müdavi hekim, herhangi bir sebeple geçici olarak tıbbi hizmetini sürdüremeyecek durumda olursa, hastasının tıbbi hizmetini, öngörülen veya varılan teşhis ve verilen tedaviye uygun bir vekil hekime devreder (m.95).

Mesleğini icra eden her hekim ve diş hekimi ile mesleğini serbest olarak icra eden diğer sağlık meslekleri mensupları, hizmet sundukları kişilerin kimliklerini ve yapılan uygulamalar ile tedavileri kayıt etmek üzere bir protokol defterini ve gerekli diğer tıbbi kayıtları tutmakla; ayrıca, hasta, hastalık ve diğer sağlık konularında bildirim sistemi dahilinde kullanılması gerekli formları bulundurmak ve gerekli olduğunda doldurarak yetkili mercilere zamanında göndermekle yükümlüdür. Protokol defterine kayıt edilecek bilgiler elektronik ortamda tutulabilir (m. 98).

Sağlık meslekleri mensubu ile hasta ilişkisi, tıbbi hizmetin tamamlanması, hasta tarafından sağlık meslekleri mensubunun azledilmesi veya tıbbi etik açısından uygun kabul edilen bir zamanda sağlık meslekleri mensubunun hastasını bırakması ile sona erer. Müdavi hekimin, tıbbi hizmeti sürmekte olan hastası ile ilgili sorumluluğu ancak bu hastayı devralacak bir başka hekim bulunarak, bu hasta ile ilgili bütün bilgilerle birlikte hastanın teşhis ve tedavisinin kendisine devredilmesi halinde sona erer (m.99).

Taslağın “sağlık hizmetlerinin sunumu” kısmındaki “hizmet sunumunun ilkeleri” başlıklı düzenlemeye göre, sağlık kurum ve kuruluşları, yurt genelinde işbirliği halinde, eşit ve ulaşılabilir hizmet sunulacak şekilde Sağlık Bakanlığınca planlanır, koordine edilir ve denetlenir (m. 112/I).

Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmek suretiyle kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletilmesinde, kaynak israfına ve atıl kapasiteye yol açılmaksızın, gerektiğinde hizmet satın alınarak, kaliteli hizmet arzı ve verimliliği esas alınır. Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığına bağlı olanlar dışında, kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarına koruyucu sağlık hizmeti görevinin verilmesini planlar ve hizmetlerin bu plan çerçevesinde yürütülmesini denetler (m. 112/II).

Sağlık kurum ve kuruluşları, kişilerin hekim ve sağlık kuruluşunu seçme hakkı kısıtlanmaksızın sağlık hizmetleri basamaklar oluşturulacak şekilde düzenlenir. Acil vakalar dışında sevk sistemine uymayan sosyal sağlık güvenceli kişiler aradaki hizmet bedeli farkını öderler (m. 112/III).

Sağlık hizmetlerinin yurt çapında kaliteli olarak sunulması amacıyla tüm kamu ve özel sağlık kuruluşları ile kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları arasında koordinasyon ve işbirliği yapılır (m.112/IV).

Sağlık kurum ve kuruluşlarının norm ve standartları, madde ve insan gücünden tasarrufla işbirliği halinde, kaliteli ve verimli hizmet sunulacak şekilde Sağlık Bakanlığınca düzenlenir (m. 112/VI).

Birinci ve ikinci basamak hizmet kuruluşları birbirleri ile işbirliği yaparlar. Genel Sağlık Sigortası Kurumu, yapacağı hizmet alımı sözleşmelerine gerekli hükümleri koyarak bu işbirliğini sağlayacak tedbirleri alır (m. 112/VIII).

Aile doktorları, verdikleri sağlık hizmetleri ile ilgili bilgileri mevzuatta öngörülen esaslar çerçevesinde düzenli olarak kaydetmek, saklamak ve Genel Sağlık Sigortası Kurumuna ve sigortalıların ikamet yerleri sağlık ocaklarına göndermekle yükümlüdürler (m.112/X).

Sağlık ocağı hekimi, görevini yürütürken kişiye yönelik sağlık bakımı verilmesini gerektiren bir durum tespit ettiği takdirde ilgili aile doktorunu bilgilendirmekle yükümlüdür (m.112/XI).

Özel ve resmi kurum ve kişiler, topluma yönelik sağlık hizmetlerini yürütmekte olan sağlık ocakları ile ilgili sağlık kuruluşlarına ve koruyucu sağlık hizmetlerini yürütmekte olan aile doktorlarına yardımcı olmakla yükümlüdürler (m.112 /XII).

Usulüne uygun biçimde bir başka sağlık kuruluşuna gönderilmiş olan kişi ile ilgili sonuç ve öneriler, bu kuruluşa sevki yapan aile doktoru veya kuruluşa geri bildirim olarak gönderilir (m. 112/ XIII).

Taslağın “kayıt ve bildirim sistemi” başlıklı düzenlemesine göre, Sağlık Bakanlığı, herkesin sağlık durumunu takip edebilmek için gerekli kayıt ve bildirim sistemi kurulmasını sağlar. Sağlık hizmeti sunan, kamu veya özel tüm kişi, kurum ve kuruluşlar, bu sistemin öngördüğü yükümlülüklerle uymak zorundadır (m.113).

Taslağın “birinci basamak sağlık kuruluşları ve görevleri” başlıklı bölümündeki sağlık ocaklarına ilişkin düzenlemeye göre, sağlık ocağında en az bir hekim, bir dişhekimisi ve bulunduğu yerin özellikleri ve şartları gözönünde tutularak Sağlık Bakanlığınca belirlenecek nitelikte ve sayıda personel bulunur. Sağlık ocaklarının görevleri, topluma ve çevreye yönelik, sağlığı koruyucu ve geliştirici bütün temel sağlık hizmetlerinin planlanması, koordinasyonu, yürütülmesi, izlenmesi ve değerlendirilmesi, aile doktorlarıyla işbirliği yapılarak destek sağlanması, epidemiyolojik ve demografik özellikleri doğrultusunda toplumu tanıma çalışmaları yapılması, halkın sağlık eğitiminin yürütülmesi, okul sağlığı hizmetlerinin sunulması, iş sağlığı hizmetlerinin verilmesi, bulaşıcı

hastalıklarla mücadele edilmesi, veri toplama, kayıt ve istatistik işlerinin yürütülmesi, ilk ve acil yardım hizmetlerinin yürütülmesi, toplum kalkınmasına katkı hizmetlerinin sürdürülmesi ve yetkili kurum ve kuruluşlarca verilecek diğer benzeri görevlerin yürütülmesidir. Sağlık ocağı, kendi bölgesindeki hizmetleri halk sağlığı anlayışı ile bir bütün olarak planlar ve topluma yönelik hizmetleri kendi elemanları eliyle yürütür (m.114).

Her ilde en az bir sağlık ocağı “eğitim sağlık ocağı” olarak belirlenir ve bu ocaklarda halk sağlığı hemşiresi, sağlık eğitimcisi ve diyetisyen gibi eğitici statüsünde elemanlar da bulunur. Eğitim sağlık ocağı, sağlık ocağı görevlerinin yanısıra, birinci basamak sağlık hizmetlerinde görevli olanların veya görev alacakların mezuniyet öncesi ve sonrası, adaptasyon, hizmetiçi ve sürekli eğitimleriyle de görevlidir (m.115).

2- Diğer Tasarı ve Taslakların Aile Hekimliği Sistemiyle İlgili Hükümleri

a) Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısının İlgili Hükümleri

Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısının amacı, insan hak ve özgürlüklerini esas alan bir kamu yönetiminin oluşturulması ve kamu hizmetlerinin adil, süratli, kaliteli, etkili ve verimli bir şekilde yerine getirilmesidir (m.1).

Kamu yönetiminin temel amaç ve görevi, halkın hayatını kolaylaştırmak, huzur, güvenlik ve refahını sağlamak, hayat kalitesini geliştirmektir (m.4).

Kamu yönetiminin kuruluş ve işleyişinde esas alınacak temel ilkeler arasında şunlar da bulunmaktadır:

Kamu hizmetlerinin yerine getirilmesinde, hizmetten yararlananların ihtiyacına ve hizmetlerin sonucuna odaklılık esas alınır (m.5/b). Kamu hizmetlerinin yerine getirilmesinde ve bu hizmetlerden yararlandırmada ayırimcılık yapılamaz (m.5/d). Görev, yetki ve sorumluluklar, hizmetten yararlananlara en uygun ve en yakın birime verilir (m.5 /e). Kamu hizmetlerinde bilgi teknolojilerinden etkili ve yaygın şekilde yararlanılır (m.5/h). Kamu kurum ve kuruluşları, insan gücü ve maddi kaynaklarını etkili ve verimli şekilde kullanır, bu amaçla kendi aralarında işbirliği yapar (m5/i).

Tasarıya göre, kamu hizmetlerinin daha etkili ve verimli olarak yerine getirilebilmesi amacıyla, merkezi idare ile mahalli idareler, kendilerine ait hizmetlerden kanunlarda öngörülenleri özel sektöre gördürebilir (m. 11)

b) Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Tasarısı Taslağının İlgili Hükümleri

Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Tasarısı Taslağına göre, Sağlık Bakanlığının görevleri arasında, bireye, topluma ve çevreye yönelik her türlü koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerine ilişkin programları hazırlamak, programların uygulanması ile ilgili standartları belirlemek ve bunları uygulamak ve uygulatmak (m. 3/d) ve ana ve çocuk sağlığının korunması ve aile planlaması hizmetlerinin yürütülmesini sağlamak (m. 3/f) da bulunmaktadır.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Proje ve Programları Genel Müdürlüğünün görevleri arasında, aile doktorluğu ile ilgili hedef ve esasları belirlemek, programlar hazırlamak ve bu esas ve programların uygulanmasını sağlamak, izlemek, denetlemek ve değerlendirmek (m. 9/d) de yer almaktadır.

III – AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİNDEKİ İNSAN GÜCÜNE İLİŞKİN MEVZUAT VE TASLAKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

1- Uluslararası Sözleşme ve Bildirgeler Yönünden

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesine göre, her şahsın, cemiyetin bir üyesi olmak itibariyle, sosyal güvenliğe hakkı ve zaruri olan haklarının Devletin teşkilatı ve kaynaklarıyla mütenasip olarak gerçekleştirilmesine hakkı vardır (m.22). Her şahsın, hastalık ve sakatlık hallerinde güvenliğe ve analık halinde ve çocuklukta özel ihtimam ve yardıma hakkı vardır (m.25). Herkes, herhangi bir fark gözetilmeksizin işbu beyannamede ilan olunan tekmil haklardan ve bütün hürriyetlerden istifade edebilir (m. 2/I).

Avrupa Sosyal Şartına göre, akit taraflar, yeterli olanağı bulunmayan herkese yeterli yardımı sağlamayı ve hastalık halinde bunun gerektirdiği bakımı sunmayı taahhüt ederler.

1994 yılında Amsterdam'da yayımlanan Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesine göre, herkes hastalıkların önlenmesi ve sağlık bakımı için yeterli ölçüde çaba gösterilerek sağlığının korunması ve kendisi için edinilebilir en yüksek sağlık seviyesine kavuşma hakkına sahiptir (m.1.6). Herkes, koruyucu bakım ve sağlığının geliştirilmesi çalışmalarını içeren, sağlık ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik yeterli bakımı alma hakkına sahiptir. Sağlık hizmetleri, herkes için eşit ulaşılabilirlikte, sürekli, finansman kaynaklarından bağımsız, ayırimsız olarak verilen ve toplumsal nitelikte olmalıdır (m. 5.1). Hastalar hem yüksek teknik standartlar, hem de sağlık personeli ile hastalar arasındaki insani ilişkiler bakımından kaliteli sağlık hizmeti hakkına sahiptir (m. 5.3). Hastalar, tanı, bakım ve tedavi yönünden, tüm sağlık personeli ve/veya sağlık kurumları arasında işbirliğini kapsayacak şekilde hizmetin sürekliliği hakkına sahiptir (m. 5.4). Hastalar, sağlık sisteminin işleyişi ile uyumlu olarak hekimlerini veya diğer sağlık personelini ve sağlık kurumlarını seçme ve değiştirme hakkına sahiptir (m.5.6).

Dünya Aile Hekimleri Birliği Avrupa Bölge Teşkilatı (WONCA EUROPE) tarafından 2002 yılında yayınlanan Aile Hekimliğinin Avrupa Tanımı Bildirgesine göre, aile hekimliği, kendi eğitim içeriği, araştırma, kanıta dayalı ve klinik aktiviteler ve birinci basamağa intibaklı klinik uzmanlık ile birlikte akademik ve bilimsel bir disiplindir. Aile hekiminin özellikleri şunlardır:

1- Aile hekimini, normal olarak sağlık sistemi içinde ilk başvurulacak tıbbi görevlidir. Kişilere sınırsız bir erişim sağlar ve yaş, cinsiyet ya da kişiyle ilgili herhangi bir özelliğe bağlı olmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.

2- Aile hekimini, birinci basamak çerçevesinde diğer sağlık meslek mensuplarıyla koordineli çalışmayı ve

kişilerin ihtiyacı olduğunda diğer uzmanlar arasında arabirim olarak görev yapıp hastaları gereksiz görüntüleme, test ve tedavilerin zararlarından korumak ve sağlık sisteminin karmaşık yapısı içinde onlara rehberlik etmek şeklinde savunuculuk rolü üstlenerek sağlık hizmeti kaynaklarının kullanımında verimliliği sağlar.

3- Aile hekimini, kişiye odaklı, kişinin ailesine ve yaşadığı topluma intibaklı bir yaklaşım geliştirir.

4- Aile hekimini, listesindeki kişilerle arasında zaman içinde oluşan etkili bir ilişki sayesinde benzersiz bir danışmanlık prosesine sahip olur.

5- Aile hekimini, hasta ihtiyaçlarına göre belirlenmiş, süreklilik arz eden bir hasta bakımı sağlar.

6- Aile hekimini, hastalıkların toplumdaki insidans ve prevalansına göre belirlenmiş spesifik karar verme sürecine sahiptir.

7- Aile hekimini, her hastanın akut ve kronik sağlık sorunlarıyla eş zamanlı olarak uğraşır.

8- Aile hekimini, acil müdahaleyi gerektirebilen, gelişiminde erken bir evrede henüz tanımlanmamış hastalıklarla uğraşır.

9- Aile hekimini, uygun ve efektif müdahalelerle sağlığı ve iyi olma halini teşvik eder.

10- Aile hekimini, toplum sağlığında spesifik sorumluluğa sahiptir.

11- Aile hekimini, sağlık sorunlarının fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel ve varoluşsal boyutlarıyla ilgilenir.

Sağlık Kanunu Tasarı Taslağının aile hekimliği sistemiyle ilgili düzenlemeleri, belirtilen uluslararası sözleşme ve bildirgelere uygun olarak, Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarına ve Türkiye’de bulunanlara, hastalık ve sakatlık hallerine karşı, sosyal güvenlik hakkı çerçevesinde, koruyucu bakım ve sağlığının geliştirilmesi çalışmalarını ve çocuklukta ve analık halinde özel ihtimamı da içerecek şekilde, finans kaynaklarından bağımsız ve ayırimsız olarak, eşit ulaşılabilirlikte ve sürekli sağlık sosyal güvencesi tanımaktadır.

Gerçekten Sağlık Kanunu Tasarı Taslağı, vatandaşlara ve her ne sebeple ve ne kadar süre için olursa olsun Türkiye’de bulunan kişilerin hayatlarını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmelerini sağlamak üzere sağlık alanındaki insan haklarını, sağlık hizmetlerinin sunumunu ve finansmanını düzenlemek amacıyla gütmemektedir (m. 1). Taslağa göre, herkes, sosyal sağlık güvencesine sahip olarak ve adalet ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde, sağlıklı yaşamının teşvik edilmesine yönelik faaliyetler ve koruyucu sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere, sağlık hizmetlerinden, ihtiyaçlarına uygun olarak faydalanma hakkına sahiptir (m.4/II). Gebelerin, lohusaların izlenmesi ve doğumlarının sağlıklı şartlarda yaptırılması, bebek ve çocukların düzenli aralıklarla sağlık kontrollerinin yapılması ve bir program çerçevesinde bağışıklanması sağlanır (m. 54). Aile doktoru, kendisine kayıtlı kişilerin sağlığını korumak ve geliştirmek üzere kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi ve rehabilite edici hizmetleri vermekle görevlidir (m. 116/I). Aile doktoru, bölgesinde bulunduğu sağlık ocağı ve hastasını sevk ettiği kurumlar ile işbirliği ve koordinasyonu sağlamakla yükümlüdür (m. 116/V). Aile doktoru, ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetlerinin evde, ayakta ve gerektiğinde sağlık kurumunda takibini yapar (m. 116/IV,c). Dış hekimliği hizmetlerinden yararlanmak isteyen aile doktoruna kayıtlı kişiler, aile doktorundan alacakları muayene belgesiyle Genel Sağlık Sigortası Kurumunun sözleşme yaptığı dış hekimlerine başvururlar (m. 119).

Hekim seçme konusunda ise Sağlık Kanunu Tasarı Taslağının genel hükmü uluslar arası bildirgelere uygun görünmekte, ancak aile hekimliği düzenlemesindeki özel hüküm bir kayıtlama içermektedir. Bu konudaki genel hükme göre, herkes, mevzuatla belirlenmiş usullere uyulmak şartıyla kendisine sağlık hizmeti verecek olan personeli serbestçe seçme ve tedavisi ile ilgilenen hekimi değiştirme hakkına sahiptir (m. 7/II). Özel hükme göre, sağlık güvencesine sahip her kişi, bölgesindeki aile doktorlarından kendi seçeceği birine veya o yerdeki sağlık ocağına kaydolur. Kişiler, Sağlık Bakanlığı veya ilgili sosyal güvenlik kuruluşunca yönetmelikle belirlenen bir sebeple aile doktorunu değiştirebilirler (m. 117). Uluslararası bildirgelere uygunluk açısından, bu özel hükümdeki hekim değiştirme hakkıyla ilgili kayıtlama kaldırılarak genel hükümde öngörüldüğü üzere mevzuatla belirlenmiş usullere uyma şartı konulmalıdır.

Taslak, genel olarak sağlık kurum ve kuruluşlarının norm ve standartlarının madde ve insan gücünden tasarrufla işbirliği halinde, kaliteli ve verimli hizmet sunulacak şekilde Sağlık

Bakanlığınca düzenlenmesini (m. 112/VI), sağlık ocakları, poliklinikler, hekim ve dişhekim muayenehaneleri gibi sağlıkla ilgili kuruluşların personel, fizik yapı ve malzeme standartlarına ve çalışmalarına ilişkin esasların Sağlık Bakanlığınca veya yetkili kamu kurum ve kuruluşlarınca belirlenmesini (m. 36) ve özel olarak da aile hekiminin yeterli sayıda ebe ve/veya hemşire çalıştırmasını, sağlık ocağından laboratuvar ve radyoloji hizmeti gibi destekler alabilmesini (m.116/VII) ve muayenehanesinin asgari standartlarının Sağlık Bakanlığınca belirlenmesini (m. 116/VIII) öngörmektedir. Bu hükümler gereğince çıkarılacak yönetmelikler aile hekiminin sunacağı hizmetleri ve çalışma esaslarını uluslararası sözleşme ve bildirgelere tamamen uygun şekilde düzenleyebilecektir.

2- Anayasanın İlgili Hükümleri Yönünden

Anayasaya göre, kişilerin ve toplumun huzur ve mutluluğunu sağlamak, kişinin temel hak ve hürriyetlerini, sosyal hukuk devleti ve adalet ilkeleriyle bağdaşmayacak surette sınırlayan ekonomik ve sosyal engelleri kaldırmaya, insanın maddi ve manevi varlığının gelişmesi için gerekli şartları hazırlamaya çalışmak devletin temel amaç ve görevlerindendir (m.5). Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir (m.17/I). Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık kurumlarından yararlanarak ve onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir (m.56). Devlet, gençleri alkol düşkünlüğünden, uyuşturucu maddelerden ve benzeri kötü alışkanlıklardan korumak için gerekli tedbirleri alır (m. 58/II). Devlet, her yaştaki Türk vatandaşlarının beden ve ruh sağlığını geliştirecek tedbirleri alır (m. 59/I). Herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet, bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar (m.60). Devlet, sosyal ve ekonomik alanlarda Anayasa ile belirlenen görevlerini, bu görevlerin amaçlarına uygun öncelikleri gözeterek mali kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde yerine getirir (m. 65).

Anayasanın sağlık ve sosyal güvenlik konularındaki belirtilen genel ve özel düzenlemelerinden çıkan sonuçlar, sağlık hizmetlerinde özel kesimden de yararlanılması, sağlık ile ilgili sosyal güvenlik hakkının herkese prim karşılığında veya primsiz olarak sağlanması,Devletin mali kaynaklarının yeterli olup olmamasının bu hakkın sınırlanamaz, vazgeçilemez ve ertelenemez oluşu dolayısıyla sadece vatandaşların bir kısmından harç veya prim alınmasına yolaçabilmesi, böylece, Devletin yoksul ve dar gelirlilere ya harçsız ve primsiz olarak sağlık hizmeti sunması ya da primli sistemde bu kişilerin primlerini karşılamaıdır (H. Fehim Üçışık, Ülke Sorunları ve Çözüm Önerileri, 2. bası, İstanbul 2000, s. 258).

Sağlık Kanunu Tasarı Taslağının aile hekimliği sistemi ile ilgili düzenlemeleri Anayasanın belirtilen hükümlerine tamamen uygundur. Gerçekten, Taslak, vatandaşların ve Türkiye’de bulunan kişilerin hayatlarını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmelerini sağlamak üzere sağlık alanındaki insan haklarını, kamu sağlığının korunması, geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerinin sunumu, geliştirilmesi, koordinasyonu, denetimi ve finansmanını düzenlemek amacını gütmektedir (m. 1). Taslağa göre, aile doktorları, kendilerine kayıtlı kişilerin sağlığını korumak ve geliştirmek üzere hizmet vermekle yükümlüdürler (m. 116/I). Aile doktorlarının görevleri arasında, periyodik muayene ve erken tanı hizmetlerini sunmak (m. 116/IV,a) ve tıbbi danışmanlık yapmak (m. 116/IV,g) da bulunmaktadır. Aile doktorları, ücretlerini, kendilerine kayıtlı kişilerin sayısına ve buldukları yöreye göre değişen miktarlarda olmak üzere ilgili sosyal güvenlik kuruluşlarından veya diğer kamu kurum ve kuruluşlarından alırlar (m.116/VI). Acil vakalar dışında, sevk sistemine uymayan sosyal sağlık güvenceli kişiler aradaki hizmet bedeli farkını öderler (m. 112/III).

Taslak, aile hekimliği sisteminin mali kaynağı konusunda ilgili olarak bazı düzenlemelerinde, Anayasada belirtildiği üzere, genel sağlık sigortası sisteminin Taslağın yürürlüğe girdiği tarihte uygulanacağını varsaymış görünen, bazı düzenlemelerinde ise birden çok sosyal güvenlik kuruluşunun bulunduğunu ve bir kısım vatandaşların sosyal sağlık güvencesinin de kamu kurum ve kuruluşları tarafından sağlandığını gözönünde bulunduran hükümler içermektedir. Taslakta bu konuda yeknesaklık sağlanmalıdır. Şu var ki halen Anayasa ve ilgili mevzuata, özellikle 3816 sayılı Yeşil Kart Kanununa göre herkesin sosyal sağlık güvencesi bulunması dolayısıyla genel sağlık sigortasının kurulup kurulmaması aile hekimliği ve sağlam sevk zinciri uygulamasına geçiş yönünden önem taşımadığından, Sağlık Kanunu Tasarı Taslağındaki bu düzenlemeler, aile hekimliğinin bir süre genel sağlık sigortası olmaksızın uygulanması ihtimali gözönünde tutularak uyumlu hale getirilmelidir.

3- Beş Yıllık Kalkınma Planı Yönünden

Yürürlükteki Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planına göre, sağlık hizmetleri, eşitlik ve hakkaniyet içinde, halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, kaliteli, ulaşılabilir, verimli bir şekilde, bölgeler ve sosyoekonomik gruplar arası sağlık düzeyi farklılıklarını azaltıcı ve hasta haklarına uygun bir şekilde sunulacaktır. Koruyucu sağlık hizmetleri sunumu, birinci basamak sağlık hizmet birimleriyle entegre edilerek etkinleştirilecektir. Sağlık hizmeti basamakları arasında etkin işleyen bir hasta sevk sistemi geliştirilecektir. Aile hekimliği uygulamasına geçilecektir. Ana ve çocuk, üreme, ağız ve diş, beslenme, çevre, iş, sporcu sağlığı ve yaşlı sağlığı gibi halk sağlığı hizmetleri ile halkın sağlık eğitimine yönelik çalışmalara ağırlık verilecektir. Birinci basamak sağlık hizmet birimleriyle entegre aile hekimliği uygulaması için gerekli düzenlemeler gerçekleştirilecektir.

Taslaktaki aile hekimliği sistemine ilişkin düzenlemeler Beş Yıllık Kalkınma Planında öngörülen bu hedefleri tamamen gerçekleştirebilecek niteliktedir. Sağlık Kanunu Tasarı Taslağı,

sağlık alanındaki insan haklarını düzenleme amacını gütmektedir (m.1) ve herkesin sosyal sağlık güvencesine sahip olarak adalet ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde ve ihtiyaçlarına uygun olarak yararlanmasını öngörmektedir (m. 4/II). Taslak, aile hekimliği yönünden bölgeler ve sosyoekonomik gruplar arasında ayırım yapan her hangi bir hüküm içermemektedir.

Taslağa göre, sosyal sağlık güvencesine sahip herkes bölgesindeki aile hekimlerinden birine veya o yerdeki sağlık ocağına kaydolar (m.117). Taslak, aile hekimlerinin görevlendirilebileceği yerleşim merkezleri yönünden hiçbir ayırım yapmadığından ancak aile hekimine kayıt konusunda fiili bir imkansızlık olması halinde sağlık ocağına kaydolmak zorunlu hale gelebilecektir.

Aile hekimi, hem kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, hem de birinci basamak tanı, tedavi ve rehabilite edici hizmetleri vermekle yükümlüdür (m. 116/I). Kişiler kural olarak ilk başvuruyu aile hekimine yapacaklar, ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına aile hekimi tarafından sevk edileceklerdir (m.118/I). Sevk sistemine uymayan sosyal sağlık güvenceli kişiler aradaki hizmet bedeli farkını kendileri karşılayacaklardır (m.112/III).

Doğurgan çağıdaki çalışan kadınlar üreme sistemi üzerinde etkili olabilecek faktörler bakımından gözetimde bulundurulacak (m.56/IV), evlenmeye aday kişilere sağlık açısından danışmanlık hizmeti verilecek (m.67), nüfus planlaması hizmetleri sunulacak (m.70/I), gebe ve lohusalar izlenecek, bebek ve çocukların düzenli kontrolleri ve bağışıklanmaları sağlanacak (m.54) ve yaşlıların ve özürlülerin toplum içinde kendi kendilerine yeterli olabilmeleri için gerekli sağlık tedbirleri yerine getirilecektir (m. 57). Aile hekimleri periyodik muayene hizmetleri sunacak (m.116/IV,b) ve tıbbi danışmanlık yapacaklardır (m.116/IV,g).

Taslak, dış hekimliği hizmetlerinin de birinci basamak hizmetlerinin bir parçası olarak sunulmasını öngörmektedir (m. 119).

4 – Hükümet Programı ve Acil Eylem Planı Yönünden

Görevdeki Ellidokuzuncu Hükümetin Programına göre, herkesin ulaşabileceği nitelikli ve etkin çalışan bir sağlık sistemi oluşturulacaktır.Devlet, herkesin temel sağlık hizmetlerini, gerekirse özel sektörle işbirliği yaparak yerine getirecektir.

Acil Eylem Planına göre, sağlık hizmetlerinin yurt düzeyinde dağılımını dengeli hale getirme hedefleri çerçevesinde, genel sağlık sigortası sistemi kurulacak, aile hekimliği uygulamasına geçilecek ve sağlam bir sevk zinciri oluşturulacak, koruyucu hekimlik yaygınlaştırılacaktır.

Aile hekimliği sistemi ile ilgili taslak düzenleme, Hükümet Programında öngörülen herkesin ulaşabileceği nitelikli ve etkin çalışan bir sağlık sistemi oluşturma hedefine uygun olarak, Acil Eylem Planında belirtildiği üzere, sağlık hizmetlerinin yurt düzeyinde dağılımını dengeli hale

getirmeye yönelik genel sağlık sigortası sistemi veya genel sağlık güvencesi ile bir bütün teşkil etmek üzere hazırlanmış bulunmakta ve kişiye yönelik koruyucu hekimliği de kapsamına almakta (m. 116/I, m. 116/IV,a) ve sağlam bir sevk zinciri kurmakta (m. 118, m. 112/III) ve hatta aile doktorunun hastasını sevk ettiği sağlık kuruluşunda da izlemesine m. 116/IV,c, m.118) ve bu kuruluştan aile doktoruna bilgi gönderilmesine (m.116/V, m. 118/II) ilişkin hükümler de içermektedir.

5- Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükümünde Kararname Yönünden

Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükümünde Kararnamede belirtilen, Sağlık Bakanlığının görevleri arasında, herkesin hayatını beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam iyilik hali içinde sürdürmesini sağlamak için fert ve toplum sağlığını korumak ve bu amaçla gerekli teşkilatı kurmak ve kurdurmak (m.2/a), bulaşıcı, salgın ve sosyal hastalıklarla savaşarak koruyucu, tedavi edici hekimlik ve rehabilitasyon hizmetlerini yapmak (m.2/b), ana ve çocuk sağlığının korunması ve aile planlaması hizmetlerini yapmak (m. 2/c), ilaç, uyuşturucu ve psikotrop maddelerin tüketimini denetlemek (m.2/d), kanser, verem ve sıtma ile savaş hizmetlerini yürütmek (m.2/j) de bulunmaktadır.

Taslakların yürürlük hükümleri Sağlıkta Dönüşüm Projesi çerçevesindeki mevzuatın bir bütün olarak aynı tarihte yürürlüğe girmesini sağlamak üzere her hangi bir tarih içermemektedir. Bu durumda aile hekimliği düzenlemesinin yeraldığı Sağlık Kanunu Tasarı Taslağı, Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Tasarısı Taslağı ile aynı tarihte yürürlüğe girecek, dolayısıyla bu Kanun Hükümünde Kararname yürürlükten kalkmış olacaktır. Ancak taslakların birlikte yürürlüğe girmemesi ihtimali de göz önünde tutularak aile hekimliği sistemi ile ilgili taslak düzenleme yürürlükteki Kanun Hükümünde Kararname açısından da değerlendirilmiş ve uyumlu bulunmuştur. Gerçekten, Sağlık Kanunu Tasarı Taslağı amacını, herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak üzere sağlık alanındaki insan haklarını ve kamu sağlığının korunması ve geliştirilmesiyle ilgili hususları düzenlemek şeklinde belirtmekte (m.1) ve herkesin, koruyucu sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere sağlık hizmetlerinden yararlanmasını öngörmektedir (m.4). Taslağın aile hekimliği düzenlemesine göre, aile hekimleri kendilerine kayıtlı kişilerin sağlığını korumak ve geliştirmek üzere koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi ve rehabilite edici hizmetleri vermekle yükümlüdür (m.116/I).

6- Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ve Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun Yönünden

Aile hekimliği sisteminin uygulanmasını öngören Sağlık Kanunu Tasarı Taslağı, özel olarak sağlık hizmetlerinin sunulmasına ilişkin düzenlemeler içeren Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanunun da yerini almak üzere hazırlanmış bulunmaktadır. Buna rağmen, aile hekimliği sistemine ilişkin taslak düzenleme bu kanunlar karşısında da değerlendirilmiştir.

Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa göre, sağlık kuruluşları kişilerin hekim ve sağlık kuruluşunu seçme hakları kısıtlanmaksızın sağlık hizmet zinciri oluşturulacak şekilde düzenlenir. Acil vakalar hariç olmak üzere sevk sistemine uymayanlar hizmet karşılığı fazla ücret öderler. Sosyal güvenlik kuruluşlarına bağlı olanlar bu farkı kendileri karşılarlar (m.3/d). Herkesin sağlık durumunu takip edebilmek için gerekli kayıt ve bildirim sistemi kurulur (m. 3/f). Vatandaşların hastalıklardan korunma, sağlıklı çevre, beslenme, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması ve benzeri konularda eğitilmeleri ve takipleri gerçekleştirilir (m.3/j). Özürlü çocuk doğumlarının önlenmesi için gebelik öncesi ve gebelik döneminde tıbbi ve eğitsel çalışmalar yapılır. Yeni doğan bebeklerin metabolizma hastalıkları için gerekli olan testlerden geçirilerek risk taşıyanların belirlenmesine ilişkin tedbirler alınır (m.3/l).

Sağlık Kanunu Tasarı Taslağındaki düzenlemeler, Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun ilgili hükümleri ile uyumlu bulunmaktadır. Taslağa göre, kişiler aile hekimi seçme hakkına sahiptirler (m. 117). Kişiler ilk olarak, kayıtlı buldukları aile hekimine başvururlar ve gerektiğinde aile hekimi tarafından ikinci veya üçüncü basamak kuruluşlarına sevk edilirler (m.118/I). Sağlık Bakanlığı, herkesin sağlık durumunu takip edebilmek için gerekli kayıt ve bildirim sistemi kurulmasını sağlar (m.113). Aile hekimleri, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri (m. 116/I, m.116/IV,a), periyodik muayene ve erken tanı hizmetleri (m.116/IV,b) vermekle ve tıbbi danışmanlık yapmakla (m.116/IV,g) görevlidirler.

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanuna göre, İnsan Hakları Evrensel Beyannameinde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak amacıyla tababet ve tababetle ilgili hizmetler sosyalleştirilir (m. 1). Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi, vatandaşların, sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile kamu kurum ve kuruluşlarının bütçelerinden ayrılan ödenek karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına iştirak suretiyle eşit şekilde faydalanmalarıdır (m.2). Takriben 5 000 – 10 000 kişilik köyler grubu veya bir kasaba ya da şehir ve kasabalardaki mahalle grupları bir sağlık ocağını teşkil eder (m. 3). Sağlık ocakları, her türlü koruyucu hekimlik hizmetleri, hastaların muayene ve tedavisi ve sağlık ocağına kayıtlı şahısların sağlık sicillerini tutmakla yükümlüdür (m. 10/II). Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinden faydalanmak isteyenler, acil vakalar dışında önce sağlık evine veya sağlık ocağına başvururlar. Sağlık ocağı hekimleri tedavi edemedikleri vakaları sağlık merkezine, hastaneye sevki gereken acil vakaları hastaneye yollarlar (m. 13/I). Hasta muayene ve tedavisi kural olarak parasızdır Acil vakalar dışında sevk zincirine uymayanlar ve mesai saatleri dışında ve tatil günlerinde nöbetçi

olmayan hekim ve yardımcı sağlık personeli tarafından muayene ve tedavi edilmek isteyenler ücret öderler (m. 14/I,a,c). Kişilerin, şahsen ücretini ödemek şartıyla, istedikleri sağlık personeli veya kurumu seçme hakları saklıdır (m. 5).

Sağlık Kanunu Tasarı Taslağındaki aile hekimliği sistemine ilişkin hükümler, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanunun amaç, ilke ve hükümleri ile uyumlu, bazı yönlerden uluslararası bildirelere daha uygun ve uluslararası en iyi uygulamalara ilişkin düzenlemeler düzeyinde bulunmaktadır. Anılan Kanunun İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden yararlanmanın sosyal adalete uygun ifası amacına karşılık Taslak sağlık alanındaki insan haklarını ve kamu sağlığının korunması ve geliştirilmesini düzenleme amacını gütmektedir (m. 1).

Taslak da bu Kanunda olduğu gibi, sağlık ocaklarına koruyucu sağlık hizmetlerini yerine getirme (m.114) görevini vermekte, Kanunda kişilerin ilk başvuru mercii olarak sağlık ocaklarının gösterilmesine karşılık Taslak kişilerin bölgelerindeki aile hekimlerinden birine veya sağlık ocağına kaydolmasını öngörmektedir (m. 117). Taslakta da sevk zinciri esas kabul edilmiştir (m. 118/I).

Kanunun mesai saatleri dışında ücretin şahsen ödenmesi kaydıyla muayene ve tedavi hizmeti alınabilmesini öngörmesine karşılık Taslakta mesai saatleri ile sınırlı çalışma ve bunun dışında ücretin kişilerce ödenmesi şartıyla hizmet sunulmasına ilişkin her hangi bir hüküm bulunmamakta, sağlık ocakları, poliklinikler, hekim ve dişhekim muayenehaneleri gibi sağlıkla ilgili kuruluşların çalışmalarına ilişkin esasların Sağlık Bakanlığınca veya yetkili kamu kurum ve kuruluşlarınca belirlenmesi öngörülmektedir (m. 36).

Kanunun sağlık ocaklarını kişilerin sağlık sicillerini tutmakla yükümlü tutmasına karşılık Taslak, sağlık ocaklarına, kayıt ve istatistik işlerinin yürütülmesi (m. 114/II,g), aile hekimlerine, kendilerine kayıtlı kişilerin kayıt ve sağlık istatistiklerini tutmak (m. 116/IV, f) ve ifa ettikleri sağlık hizmetleri ile ilgili bilgileri mevzuatta öngörülen esaslar çerçevesinde düzenli olarak kaydetmek, saklamak ve Genel Sağlık Sigortası Kurumuna ve sigortalıların ikamet yerleri sağlık ocaklarına göndermek (m. 112/X), Sağlık Bakanlığınca da herkesin sağlık durumunu takip edebilmek için gerekli kayıt ve bildirim sistemi kurulmasını sağlamak ve sağlık hizmeti veren kişi, kurum ve kuruluşlara bu sistemin gereklerini yerine getirmek (m. 113) görevlerini vermektedir.

Kanun kişilerin ücreti şahsen ödemek kaydıyla istedikleri personelden hizmet almalarını öngörürken Taslak böyle bir mali şart olmaksızın aile hekimi seçilebilmesini kabul etmektedir (m. 117).

7- 3816 sayılı Yeşil Kart Kanunu Yönünden

3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşlanması Hakkında Kanuna göre, genel sağlık sigortası uygulamasına geçilinceye kadar, yeşil kartlıların sağlık tesisinde yatarak tedavi görmeleri halindeki harcamalar Sağlık Bakanlığınca karşılanır (m.1, m.3, m.9). Anılan Kanun, Yüksek Sağlık Koordinasyon Kurulu kurulmasını, bu Kurulun ekonomi işlerinden sorumlu Devlet Bakanının başkanlığında Sağlık, İçişleri, Maliye ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlarından oluşmasını öngörmektedir (m.5/I). Kurulun görevleri, sağlık hizmetlerinin fert başına yıllık ortalama sağlık harcamaları miktarını tespit etmek, bu miktara göre bütçeye konulacak ödeneği belirlemek ve kapsama giren kişilerin tedavilerinin kamuya ait tedavi kurumları ile özel sağlık kuruluşları ve sosyal güvenlik kuruluşlarıyla işbirliği yapılarak düzenli yürütülmesini sağlamaktır (m. 5/II). Bu Kanuna göre, yeşil kart alacak durumda olmayanların ödeme gücünü aşan sağlık hizmetleri ile yeşil kartlıların kapsam dışında kalan sağlık hizmetlerinin bedellerinin karşılanmasında Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu hükümlerinin uygulanmasına devam edilir (m.11/II). Bu konuda Sağlık Bakanlığı ile Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonunun bağlı olduğu Devlet Bakanlığı arasında yapılan Protokola göre, yeşil kart alma şartları bulunmayan ve tedavi giderleri ödeme gücünü aşan kişilerin Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarınca verilen ödeme taahhüt belgelerine dayalı olarak yapılan yatarak tedavilerinin giderleri, yeşil kartlıların ayakta tetkik ve tedavi giderleri, tedavisi sırasında yeşil kart alanların önceki giderleri, 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç Gücsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun kapsamındaki ücretsiz tedavi hakkı dışındaki ilaç ve tıbbi malzeme bedelleri, kimsesiz, bimekan kişilerin Umumi Hıfzıssıhha Kanunu kapsamı dışında kalan ve tedavileri sırasında gerekli olan ilaç, tıbbi malzeme, ortez ve protez bedelleri ve yeşil kartlı anne ve babanın yeni doğan bebeğinin yeşil kart çıkarılıncaya kadarki tedavi bedelleri, bunlara ilişkin bilgi formlarının Sağlık Bakanlığınca Fon yönetimine gönderilmesi üzerine 10 gün içerisinde Fon kaynakları ölçüsünde aktarılır. Bu protokol kapsamındaki kişilerin ve yeşil kartlıların ayakta tedavilerindeki gerekli ilaç ve tıbbi malzeme ihtiyaçları ise kural olarak anılan vakıflarca değerlendirilir.

Taslak, aile hekimliği sistemini, bir geçiş dönemi öngörülse de sonuçta genel sağlık sigortası ile bir bütün olarak uygulanmak üzere düzenlemektedir. Bu durumda taslakların tüm hükümleri yürürlüğe girdiğinde 3816 sayılı Kanun kaldırılacak ve halen yeşil kartlı olanların ve yeşil kart alma şartları olmayıp vakıf belgesi alanların sağlık harcamalarının tedavinin ayakta ve yatarak yapılmasına göre ayrımlı olarak Sağlık Bakanlığınca veya Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarınca karşılanması yerine, diğer vatandaşlarla eşit şartlarda hizmet almaları sağlanmış olacaktır.

Genel sağlık sigortasına geçilmeden Taslakların yürürlüğe girmesi halinde 3816 sayılı Kanuna dayalı uygulama, ayakta tedavi bedelleri de Sağlık Bakanlığınca aktararak ve Fon kaynakları ölçüsünde şeklindeki kayıtlama kaldırılarak aile hekimliğine geçiş ve sağlam sevk zinciri

kurulması hedeflerinin gerçekleştirilmesi için sosyal sağlık güvencesinin yaygınlaştırılmasını sağlayabilecektir. Bu takdirde halen yeşil kartı alamayanlara Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarınca verilen belgeler de yeşil kart cüzdanı şekline dönüştürülmeli ve geçerlilik süreleri ve vizeleri gibi hususlarda yeşil kartlarla aynı hükümlere tabi tutulmalıdır.

IV- AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİNE İLİŞKİN TASLAK DÜZENLEMELERİN ULUSLARARASI DENEYİM VE UYGULAMALARLA KARŞILAŞTIRILMASI

1- Uluslararası Deneyimleri Yansıtan Belgeler

a) Aile Hekimliği/Genel Pratisyenliğin Avrupa Tanımı Bildirgesi (WONCA EUROPE 2002)

Aile Hekimliği/Genel Pratisyenliğin Avrupa Tanımı Bildirgesine göre, tüm Avrupa'da sağlık hizmetleri sistemlerinin organizasyonu ve aile hekimliğinin hizmet sunumunda belirgin farklılıklar bulunmaktadır. Uluslararası kanıtlar, iyi eğitilmiş aile hekimlerinin hizmet verdiği etkili birinci basamak hizmete dayanan sağlık sistemlerinin düşük birinci basamak hizmet oryantasyonlu sistemlere göre daha maliyet ve klinik etkili olduğunu göstermektedir.

Bu belgeye göre, aile hekimliği, kendi eğitim içeriği, araştırma, kanıta dayalı ve klinik aktiviteler ve birinci basamağa intibaklı klinik uzmanlık ile birlikte akademik ve bilimsel bir disiplindir. Aile hekimleri hastalıklardan koruma, hastalığın tedavisi, bakımı veya hafifletilmesi ve sağlığı geliştirme görevlerini yerine getirirler.

Aile hekiminin özellikleri şunlardır:

- 1- Aile hekimi, normal olarak sağlık hizmeti sistemi içinde ilk başvurulacak tıbbi görevlidir. Kişilere sınırsız erişim sağlar ve yaş, cinsiyet ya da kişiyle ilgili herhangi bir özelliğe bağlı olmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.
- 2- Aile hekimi, birinci basamak çerçevesinde diğer sağlık meslek mensuplarıyla koordineli çalışmayı ve kişilerin ihtiyacı olduğunda diğer uzmanlar arasında arabirim olarak görev yapıp hastaları gereksiz görüntüleme, test ve tedavilerin zararlarından korumak ve sağlık sisteminin karmaşık yapısı içinde onlara rehberlik etmek şeklinde savunuculuk rolü yüklenerek sağlık hizmeti kaynaklarının kullanımında verimliliği sağlar.
- 3- Aile hekimi, kişiye odaklı, kişinin ailesine ve yaşadığı topluma intibaklı bir yaklaşım geliştirir.
- 4- Aile hekimi, listesindeki kişilerle arasında zaman içinde oluşan etkili bir ilişki sayesinde benzersiz bir danışmanlık prosesine sahip olur.

- 5- Aile hekimi, hasta ihtiyaçlarına göre belirlenmiş, srekliplik arz eden bir hasta bakımı sağlar.
- 6- Aile hekimi, hastalıkların toplumdaki insidans ve prevalansına göre belirlenmiş spesifik karar verme sürecine sahiptir.
- 7- Aile hekimi, her hastanın akut ve kronik sağlık sorunlarıyla eş zamanlı olarak uğraşır.
- 8- Aile hekimi, acil müdahaleyi gerektirebilen, gelişiminde erken bir evrede henüz tanımlanmamış hastalıklarla uğraşır.
- 9- Aile hekimi, uygun ve efektif müdahalelerle sağlığı ve iyi olma halini teşvik eder.
- 10- Aile hekimi toplum sağlığında spesifik sorumluluğa sahiptir.
- 11- Aile hekimi, sağlık sorunlarının fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel ve varoluşsal boyutlarıyla ilgilenir.

b) Geleceği Őekillendirmek “ Dünya Sağlık Raporu- 2003”

2003 Yılı Dünya Sağlık Raporuna göre, tam ve tek tip bir birinci basamak sağlık hizmeti bulunmamaktadır. 1978 Alma Ata Bildirgesinde belirtilen eşitlik, sağlığa evrensel ulaşım ve geniş kitleleri kapsama, yaklaşım ve planlara toplumun katılımı ve sektörler arası yaklaşım ilkelerine dayanan ve birinci basamak sağlık hizmetlerini temel alan bir sağlık sistemi, halk sağlığı fonksiyonlarını destekler tarzda ve daha geniş kapsamlı sağlık konularında sorumluluk alan, dışlanmış ve yoksul gruplara etkin olarak hizmetlerin götürülmesini sağlayacak ortamları hazırlayan, akut bakım, kronik bakım ve önlemeye yönelik sağlık hizmetlerini tüm sağlık komponentleri için geçerli olacak Şekilde entegre olarak sunan, sürekli çalışma ve değerlendirme ile performansın artmasını sağlayan bir sistem olmalıdır. Hem bulaşıcı hem de bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların artan yükü ile yeterince ilgilenebilmek için sağlık promosyonu ve önlemeye yönelik hizmetler zamanla artan bir tarzda verilirken tedavi işleri azalmalıdır.

2- Uluslararası Uygulamalar

a) Hollanda'daki Uygulama

Hollanda'da genel pratisyenlerin % 47'si serbest ve tek başına, gittikçe daha fazla hekim de takımlar halinde, sağlık merkezlerinde grup çalışması veya ortaklıklar Şeklinde alışmaktadır. Hastalık sigortası sisteminde bazı özel durumların dışında hasta uzman hekime gitmeden önce genel pratisyene başvurmak zorundadır. Bir genel pratisyene düşen nüfus sayısı 2.300'dr. Kişiler sağlık sigortasında anlaşmalı aile hekimlerinden herhangi birini seçebilir. Genel pratisyen hekim sigortalı kişilerin sigortasından kendisine kayıtlı kişi başına (per capita) cret ile

birlikte, sınırlı sayıda hizmet başı ücret alır ve ayrıca kendine başvuran özel hastalardan da hizmet başına ücret alabilmektedir. Aile hekiminin teorik olarak 2.350 hasta kaydolacağı varsayımı üzerine gelir hesaplaması yapılmaktadır. Kişi başı prim, hastanın 65 yaşını aşkın olmasına, riskli bölgede yaşamasına ve uygulanan bazı işlemlere göre değişiklikler gösterebilmektedir.

b) Danimarka'daki Uygulama

Danimarka'da sağlık sigortası sistemi bütün vatandaşları kapsamaktadır. Ancak iki tip sigorta mevcuttur. Toplumun % 97'sini kapsayan birinci tip sigortalılar öncelikle kendilerine bir aile hekimi seçmek zorundadırlar. Bu sigortalılar aile hekimine ve onun sevk ettiği serbest uzmana ya da hastahaneye herhangi bir ücret ödemezler. Aile hekimlerini 6 aydan sonra değiştirebilirler. İkinci tip sigortalılar ise aldıkları sağlık hizmetinin bir kısmını ödemektedirler. Bunların aile hekimleri seçme ve değiştirmesinde herhangi bir sınırlama bulunmamaktadır. Herhangi bir aile hekimine veya uzman hekime doğrudan başvurabilirler. Başvurdukları hekim, temel ücreti hizmet başına ücretlendirerek sigortadan alır, ilave ücreti başvuran sigortalı kendisi karşılar. Danimarka'da her aile hekimi ortalama 1.600 hastanın sürekli sağlık bakımından ve takibinden sorumlu olmaktadır. Kişiler kural olarak kendi bölgelerindeki hekimleri seçerler, ancak anlaşmazlık olması halinde uzaktaki bir hekim de seçilebilmektedir. Birinci tip sigortalı sayısının aile hekimi başına 1.306'yı geçmesi halinde o bölgede yeni bir aile hekiminin çalışmasına izin verilir. Sigorta sisteminin dışında kalan hekimler de çalışmaktadır. Ancak bu hekimlerden hizmet alan hastalar bütün ücreti kendileri karşılarlar. Aile hekimi ayrıca mesai saatleri dışındaki acil sağlık hizmetlerinden de sorumludur. Bunun için her bölgede mesai dışı nöbet sistemi uygulanmaktadır. O bölgedeki aile hekimleri eşit olarak bu sorumluluğu paylaşmaktadırlar.

c) İngiltere'deki Uygulama

İngiltere'de kişiler ilk olarak genel tıbbi hizmetleri vermekle görevli aile hekimlerine başvururlar. Temel sağlık hizmetleri, doğrudan tıbbi hizmetlerin yanında toplum sağlığı hizmetlerini, hastahane acil servislerinde verilen hizmetleri, diş ve göz sağlığı hizmetlerini de kapsar. Aile hekimliği hizmetleri büyük oranda serbest sözleşmeli hekimler tarafından sağlanır. Diş sağlığı ve mümkün olan yerlerde göz sağlığı hizmetleri hizmet başı ücretlendirilir. Aile hekimlerine sağlık idaresinin ödediği miktarın dışında hastalar herhangi bir ödeme yapmazlar. Bütün sağlık harcamaları genel bütçeden vergi gelirleri ile karşılanır. Aile hekimleri tek başına çalışabilecekleri gibi, diğerleri ile birleşerek grup çalışması da yapabilirler. İngiltere'de bu grup çalışması % 80 oranındadır. Bunların çoğu da ortaklıklar şeklindedir. Herkes kendi aile hekimini seçebilir. Aynı şekilde aile hekimi da başvuran kişiyi listesine alıp almamakta serbesttir. Aile hekimlerinin ücretlendirilmesi farklı şekillerde olmaktadır. Gelirlerinin yarıdan fazlası listelerinde kayıtlı hasta başına ödeme şeklinde, kalanı ise yaptıkları işe göredir. Belirli düzeyde çocuk aşılaması ve servikal

sitoloji takibi gibi bazı hizmetler ayrıca ücretlendirilmektedir. Ayrıca aile hekimlerinin personel, bilgisayar gibi ofis malzemeleri ve diğer benzer harcamaları doğrudan karşılanmaktadır.

d) İtalya'daki Uygulama

İtalya'da aile hekimlerinin görevleri arasında temel sağlık hizmetleri de bulunmaktadır. Aile hekimleri ilk başvurulacak sağlık çalışanıdır. Gerek gördüklerinde kişileri ikinci basamağa sevk ederler. Kişiler istedikleri aile hekimine, kontenjanı dolmadığı sürece kaydolabilirler. Aile hekimleri, kamu kurumuyla yaptıkları sözleşme çerçevesinde hizmet verir ve listelerine kayıtlı kişi sayısına bağlı olarak ücret alırlar.

3- Değerlendirme

Sağlık Kanunu Tasarı Taslağındaki aile hekimliği sistemine ilişkin düzenleme uluslararası deneyimlere uygun bulunmaktadır. Taslakta, Aile Hekimliğinin Avrupa Tanımı Bildirgesine uygun olarak, aile hekimlerinin kendilerine kayıtlı kişilerin sağlığını korumak ve geliştirmek üzere kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi ve rehabilite edici hizmetleri vermeleri öngörülmüştür (m. 116). 2003 Yılı Dünya Sağlık Raporu ve Alma Ata Bildirgesine uygun olarak, Taslakta yoksul gruplar da dahil olmak üzere herkes için ve eşitlik ilkesi çerçevesinde düzenlemeler yapılmıştır. Aile hekimliğine ilişkin taslak düzenlemeler Avrupa Birliği üyesi İngiltere, Hollanda, Danimarka ve özellikle İtalya'daki aile hekimliği sistemleriyle benzerlikler arz etmektedir.

Uluslararası belgelerde öngörülen planlama ve hazırlıklara toplum katkısı, gerek Kamu Yönetimi Tasarısında gerekse Sağlık Kanunu Tasarı Taslağı, Sağlık Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Tasarısı Taslağı ve Sağlık Meslek Mensupları Oda ve Birlikleri Hakkında Kanun Tasarısı Taslağının çeşitli hükümlerinde düzenlenmiştir. Aile hekimlerinin uzmanlık eğitimleri konusunda da Sağlık Uzmanlık Kurumu Kanun Tasarısı Taslağı yönetim anlayışına uygun düzenlemeler içermektedir.

V- AİLE HEKİMLERİNİN GÖREV YETKİ VE SORUMLULUKLARINA İLİŞKİN DEĞERLENDİRME

Aile doktoru, kendisine kayıtlı kişilerin sağlığını korumak ve geliştirmek üzere kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi ve rehabilite edici hizmetleri vermekle yükümlüdür (m. 116/I).

Aile doktorları, uzman da olsalar aile hekimliğinden başka bir iş yapamazlar (m.116/III).

Aile doktoru görev yaptığı yerdeki sağlık ocağına kaydolur (m. 116/II).

Aile doktorunun görevleri,

a) Birinci basamak tanı ve tedavi hizmetleri ile kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini yürütmek,

b) Periyodik muayene ve erken tanı hizmetlerini sunmak,

c) İkinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetlerinin evde, ayakta ve gerektiğinde sağlık kurumunda takibini yapmak,

d) Kendisine kayıtlı kişilere yönelik laboratuvar hizmetlerini yürütmek,

e) Acil yardım hizmetlerini vermek,

f) Kendisine kayıtlı kişilerin kayıt ve sağlık istatistiklerini tutmak,

g) Tıbbi danışmanlık yapmak,

h) Eczane bulunmayan yerleşim yerlerinde ilgili mevzuata göre ecza dolabı açmak,

i) Mevzuatla verilen diğer iş ve yükümlülükleri yerine getirmektir (m. 116/III).

Aile doktoru, bölgesinde bulunduğu sağlık ocağı ve hastasını sevk ettiği kurumlar ile işbirliği ve koordinasyonu sağlamakla yükümlüdür (m.116/IV).

Aile doktoru, ilgili sosyal güvenlik kuruluşlarından veya diğer kamu kurum ve kuruluşlarından, bulunduğu yöreye ve kendisine kayıtlı kişilerin sayısına göre değişen bir ücret alır (m. 116/V).

Aile doktoru, bu hizmetlerin sağlanması için, yanında ücretli olarak çalışacak yeterli sayıda ebe ve/veya hemşire istihdam eder; bu mümkün olmadığı takdirde geçici olarak o yerdeki sağlık ocağı tarafından görevlendirilecek bir elemanla işbirliği yapar. Sağlık ocağının bu desteğine karşılık ödenecek hizmet bedeli Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir (m.116/VI).

Aile doktoru muayenehanesinin asgari standartları Sağlık Bakanlığınca belirlenir (m.116/VII).

Aile doktoru veya sağlık ocağı hekimi kişiye mesleki yetkileri çerçevesinde uygun bulunduğu tıbbi işlemleri uygular; gerekli gördüğü takdirde, ikinci basamak sağlık hizmeti veren bir kuruluşa, tıbbi zorunluluk hallerinde ise üçüncü basamak hizmet veren bir kuruluşa gerekli bilgi ve belgelerle birlikte sevk eder (m.118/I).

Aile doktoru veya sağlık ocağı, sevk ettiği hastasına verilen hastane bakımını izler; birinci basamak ve hastane bu konuda işbirliği yapmakla yükümlüdür (m. 118/II).

Dış hekimliği hizmetlerinden yararlanmak isteyen aile doktoruna kayıtlı kişiler, aile doktorunun vereceği muayene belgesi ile, Genel Sağlık Sigortası Kurumunun sözleşme yaptığı dış hekimlerine başvururlar (m.119).

Daha önce de belirtildiği üzere, aile hekimliği ile ilgili taslak düzenlemenin öngördüğü görev ve yükümlülükler, uluslararası deneyimi yansıtan belgelere uygun bulunmakta ve çeşitli lkelerin bu konudaki mevzuatıyla benzerlik göstermektedir. Aile hekimlerinin görev düzenlemesi yürürlükteki Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ve diğer mevzuat ile de uyumludur. Anılan Kanuna göre, sağlık ocakları her türlü koruyucu sağlık hizmetleri, hastaların muayene ve tedavisi ile sağlık ocağına kayıtlı şahısların sağlık sicillerini tutmakla yükümlüdür (m.10/II9. Sağlık Kanunu Tasarısı Taslağı da sağlık ocaklarının sağlığı koruyucu ve geliştirici bütün sağlık hizmetlerini yürütmesini (m. 114/II) ve kişilerin bölgelerindeki bir aile doktoruna veya o yerdeki sağlık ocağına kaydolmasını (m.117) ngrmektedir. Aile hekimi bulunmayan yerlerde sağlık ocağı hekimleri bu görevi yrteceklerinden aile hekimliği düzenlemesi ile Taslaktaki ve yürürlükteki 224 sayılı Kanunun sağlık ocaklarının görevlerine ilişkin hükümleri arasındaki uyum vatandaşlar arasında eşitlik yönünden de isabetli bulunmaktadır.

Taslağın aile hekimlerinin görev, yetki ve sorumluluklarına ilişkin düzenlemesi Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun ilgili hükümleriyle de uyumludur. Anılan Kanun da koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesini (m.3/b), herkesin sağlık durumunu takip edebilmek için gerekli kayıt ve bildirim sisteminin kurulmasını (m.3/f) ve vatandaşların hastalıklardan korunma, sağlıklı evre, beslenme, ana ocuk sağlığı ve aile planlaması ve benzeri konularda eğitilmelerini (m. 3/j) ngrmektedir. Taslaktaki aile hekimliği düzenlemesi bu temel ilke ve esaslara uygulaması niteliğindeki hususları içermektedir.

VI- TASARI TASLAKLARININ SAĞLIKTA DöNüşüM PROGRAMINDA BELİRLENEN AMAÇLAR YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ

1- Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Projesinde Belirlenen Amaçlar

İyi organize edilmiş, modern bir sağlık hizmetleri sistemi toplumun tüm kesimlerini kapsmalı, ulaşılabilir olmalı, hakkaniyeti sağlamalı ve aynı zamanda yüksek kaliteli ve verimli olmalıdır.

Bir ülkede sağlık sisteminin iyi bir şekilde çalışabilmesi, nitelik ve nicelik olarak yeterli düzeyde sağlık hizmetleri arzının piyasaya sunulması ve sunulan bu hizmetlerin tüm sosyal gruplara ve bireylere en iyi şekilde ulaştırılabilmesiyle mümkün olabilir. Böylece, nicelik ve nitelik yönünden

yeterli hizmet sunumu ve hakkaniyet içinde ulaşılabilirlik iyi çalışabilecek bir sağlık sisteminin ön koşullarıdır. Elbette ki böyle bir sistemin kurulabilmesi için de, iyi bir örgütlenme ve bu örgütlenmenin ihtiyacı olan yeterli ve sürekli finansman kaynağının sağlanmış ve güvence altına alınmış olması gerekmektedir.

Genel Sağlık Sigortasının ödemeleri tamamen elektronik ortamda faturalandırılmalı, hastalıklara ait tanı ve ilaç standardizasyonu sağlanmalıdır.

Temel teminat paketi, mevcut sosyal güvenlik sisteminden daha az kapsayıcı olmamalıdır. Temel teminat paketinin içeriği iyi belirlenmeli, uygulamada vatandaş ile sağlık meslek mensubu veya sağlık kurumu karşı karşıya getirilmemelidir. Temel diş sağlığı hizmetleri paket içinde yer almalıdır.

Birinci basamakta sunulan tüm temel ve koruyucu sağlık hizmetleri ücretsiz olmalı ve bunların giderleri Temel Teminat Paketi içerisinde karşılanmamalıdır. Ancak birinci basamakta kişiye doğrudan hastalığı nedeni ile sunulan tanı ve tedavi hizmetleri temel teminat paketinin ilk hizmet başlığı olmalıdır.

Aile hekimliği sistemi uzun yıllardır batılı ölkelerde işletilmektedir. Bu birikimin olumlu yönlerini yansıtarak, ölkemizde de aile hekimliği sistemine geçmek mümkün olabilir. Ancak bunu yaparken ölkelerin koşulları asla göz ardı edilmemelidir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin nüfusa dayalı ve bütünleşik örgütlenme modelinin ölkemiz açısından uygun olduğu düşünülebilir; ancak sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin ve yeterli kullanımı bu model içinde sağlanamamıştır. Bu durum sevk sisteminin işlememesine ve bunun sonucu olarak ikinci basamak sağlık kurumları olan yataklı tedavi kurumlarında yığılmalara yol açmıştır. Sağlık kurumlarının yerinde, yeterli ve etkin kullanılmaması, toplumun sağlık düzeyinde istenen düzeye ulaşılamaması ile sonuçlanmıştır

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin çağdaş uygulama şekli aile hekimliğidir. Aile hekimliği başta Avrupa ölkelerinde olmak üzere birçok dünya ölkesinde başarıyla uygulanmakta, yapılan yeniliklerle daha da geliştirilmektedir.

Tüm dünyada olduğu gibi ölkemizde de birinci basamak sağlık hizmetleri ile kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinde verimliliği ve hizmet yarışını sağlamak amacıyla aile hekimliği sisteminin öncelikle hayata geçirilmesi gerekmektedir.

Hedeflenen, aile hekiminin kendisine kayıtlı kişilerin sağlığını korumak ve geliştirmek üzere, gerekli eğitimleri almış, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci basamak teşhis ve tedavi hizmetlerini, asgari standartları yönetmelikle tespit edilmiş bir mekanda veren, hastalıkları

tedavi ederken toplumsal ve kültürel faktörleri de dikkate alan ve kişileri ailenin bir parçası olarak değerlendiren birinci basamak hekimleri olmalarını sağlamaktır. Bu şekilde sağlık hizmetlerinin toplumun her kesimine eşit ve hızlı bir şekilde dağılması sağlanacak, bu sayede sevk zincirinde de düzelme elde edilecek ve koruyucu sağlık hizmetleri geliştirilecektir.

Ülkemizde yeterli sayıda aile hekimi uzmanı olmaması nedeniyle, Aile Hekimliği uygulamasına uzmanlık düzeyinde geçiş kademe kademe gerçekleştirilmelidir. Halen birinci basamak hizmetlerini özveri ile gerçekleştiren pratisyen hekimlerin aile hekimi olabilmelerinin sağlanması maksadı ile gerekli olan eğitimlerin verilerek aile hekimliği yapısı içine alınması ve bu eğitimlerin sürekli eğitim ile desteklenmesi hususunda gerekli insan gücünün yetiştirilmesi, eğitim materyallerinin geliştirilmesi sağlanmalı, aile hekimlerinin yapılandırılması esnasında özel muayenehane açacak veya bu alanda çalışacak aile hekimlerinin koordinasyonunu sağlayacak bir kurum oluşturulmalı, aile hekimliğinin işlerlik kazandırılması için temel teşkil edecek olan genel sağlık sigortası hayata geçirilmeli ve aile hekimliğine uygun, işler bir atama sistemi geliştirilmelidir.

Geri ödeme sisteminin aile hekimine yapılacak geri bildirimle bağlantılı hale getirilmesi sorunun çözümüne yardımcı olabilir. Böylece, bireylerin aile hekimlerince sürekli izlenmesi mümkün olabileceği gibi, kaliteden ödün vermeksizin daha kısa sürede ve düşük maliyette sağlık hizmetinin sunumu mümkün olabilecektir.

Birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşları arasında güvenlik ve mahremiyet ilkeleri gözetilerek elektronik sevk zincirinin oluşturulması için elektronik sağlık kayıtlarını esas alan aile hekimliği sistemi oluşturulmalıdır.

2- Aile Doktorluğu Çalışma Grubunca Belirlenen Dönüşüm Programı

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde Aile Doktorluğu Çalışma Grubunca hazırlanan Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm başlıklı rapora (Rapor No: 2.9) göre, sağlık hizmetlerinin herkese eşit ve etkili bir şekilde ulaşabilmesi için bu hizmetler olması gereken basamakta verilmelidir. Birinci basamak sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak fiilen ikinci basamakta verildiği takdirde sağlık hizmetlerinde eşitlik, verimlilik ve kalite sağlanamaz.

Dünya Sağlık Örgütüne göre sağlık sistemi, herkese gerekli olan sağlık hizmeti, yüksek kalitede, etkili, karşılanabilir fiyatta ve sosyal kabul gören tarzda olmalıdır.

Avrupa Birliği, 2001-2006 için halk sağlığını iyileştirmeyi, hastalıkları önlemeyi ve sağlığı tehdit eden risk kaynaklarını ortadan kaldırmayı amaçlayan bir “Halk Sağlığı Programı” hazırlamıştır. Bu programa göre, aile hekimleri hastalar ile hayatın farklı düzlem ve koşullarında karşılaştıklarından koruyucu sağlık uygulamalarında çok önemli bir yere sahiptirler. Hastaların aydınlatılması koruyucu sağlık uygulamalarında çok etkili olduğundan temel sağlık hizmetleri

organize ve finanse edilirken hekimlerin koruyucu hizmetler ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda etkili bir biçimde görev almaları sağlanmalıdır.

Aile hekimliği ile kastedilen, bireylerin ve aile fertlerinin ikametgahlarının yakınlarında veya kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, ilk başvuracakları ve sağlık hizmetini alacakları hekimlik uygulamasıdır. Bu hekimler, koruyucu hekimlik uygulamaları yanında ayakta tanı ve tedavi işlemlerinin büyük çoğunluğunu üstlenirler.

Bu hizmetleri bazı ülkelerde tıp fakültesinden mezun olan pratisyen hekimler yürütürken, bazı ülkelerde genel tıp uygulamalarında uzmanlık eğitimi almış olan hekimler ve bazı ülkelerde de herhangi bir dalda uzman olan hekimler yürütmektedir.

Aile hekimliği alanında ayrıca eğitim alarak uzmanlaşan hekimler için bazı ülkelerde “genel pratisyen”, bazı ülkelerde ve ülkemizde “aile hekimi” terimi kullanılmaktadır.

Aile hekimleri genellikle ailenin bütün bireylerinin sağlık durumlarını, yaşama koşullarını, koruyucu sağlık uygulamalarının ve sağlık eğitiminin bu bireylere nasıl uygulanabileceğini en iyi bilen kişilerdir. Bu hekimler, kendi sorumlulukları altındaki bireyleri bir hastalık çerçevesinde değil, bütüncül bir yaklaşımla, riskler, sağlık koşulları, psikososyal çevre ve mevcut diğer akut veya kronik sağlık sorunları ile birlikte değerlendirirler. Aile hekimleri aynı zamanda bir çok yanlış yönlendirmeleri, düzensizlikleri ve gereksiz sağlık harcamalarını önleyici nitelikte, bireylerin sosyoekonomik düzeyi ne olursa olsun, onlara verilen sağlık hizmetlerinde hem hizmet sunucusu, hem yönlendirici, hem de koordinatör olarak görev yaparlar.

Ülkemizde aile hekimliği uzmanlık dalı bulunmasına rağmen aile hekimliği uzmanı sayısının ihtiyacın altında olması dolayısıyla aile hekimlerinin görev alanına giren hizmetlerin hemen tamamı pratisyen hekimler tarafından verilmektedir.

Hekim ve yardımcı sağlık personelinin ülke genelinde dağılımı hem bölgeler açısından, hem de aynı il içinde kırsal – kentsel bölge açısından farklılıklar göstermektedir. Büyük kentlerde hekim başına düşen nüfus 500’ün altında iken, bazı ilçelerde 15-20 binleri bulmaktadır (Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri 2000).

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde yürürlüğe konulan uygulamalar sonucunda kırsal bölgede çalışan sağlık personeli teşvik edilecek, performanslarına ve özellikle koruyucu sağlık hizmetlerindeki başarılarına göre ödüllendirilecektir. Bu konuda sözleşmeli personel ve performansa dayalı döner sermaye ek ödeme uygulamaları ile ilk adımlar atılmış durumdadır.

Kamu sağlık sistemimizin hizmet sunuş tarzının kişilere hekimlerini seçme özgürlüğü vermemesi nedeni ile, tekrarlanan başvurularda bir kişinin aynı hekim tarafından tekrar görülmesi

neredeyse tamamen tesadüflere kalmakta, hatta kontrol muayenesi bile genellikle başka bir hekim tarafından yapılabilir.

Bireyler, sağlığı özendirici ve sağlığı korumaya yönelik alışkanlıklar edinmeyi sağlayan eğitimlerden yeterince faydalanmamaktadır. Genellikle sağlığımız bozulduktan sonra hekime gitme alışkanlığımız olduğundan hastalıklar ileri dönemlerinde tespit edilebilmekte, bu durum tedavilerin daha uzun süre ve daha pahalı ilaçlar gerektirebilmesi nedeni ile hem bireylerin hem de devletin bütçesine yük getirmektedir. Kronik hastalıkların tedavisi yerine, daha sıklıkla bu hastalıkların komplikasyonlarının tedavisi ile uğraşmaktadır.

Sağlık personelinin dağılımı, sağlık hizmetlerinin yaygınlığının ve ulaşılabilirliğinin önemli bir göstergesidir.10 Temmuz 2003 tarihinde kabul edilen Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması Hakkında Kanun ile eleman temininde güçlük çekilen yerlerde ve hizmet dallarında sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülebilmesini temin etmek üzere, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları tarafından hizmet akdi ile sözleşmeli personel istihdamının yolu açılmıştır.

Dünya Aile Hekimleri / Genel Pratisyenler Dernekleri Birliği olan WONCA, 2001 yılı kongresinde bir çalışma grubu toplamış, değişik yorum ve tanımlamaların ortak bir tanımlama altında birleştirilmesi için çalışmalar yürütmüştür. Bu çalışmaların sonucunda 2002’de “The European Definition of General Practice / Family Medicine” adı ile bir kitapçık yayımlayan WONCA, bu kavramlara birlik getirmeye çalışmıştır. Aile hekimlerinin görev ve sorumlulukları şunlardır:

1. Aile hekimliği uygulama birimini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak,
2. Çalıştığı bölgenin sağlık planlamasının yapılmasında İlçe Sağlık İdaresi ile işbirliği yapmak,
3. Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları İlçe Sağlık İdaresine bildirmek,
4. Kişiye yönelik rehberlik, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetleri vermek, ana-çocuk sağlığı ve aile planlamasını, kişilerin periyodik muayenelerini (meme kanseri taraması, rahim kanseri taraması gibi hastalıklar için), bireysel koruyucu sağlık hizmetlerini (rutin aşılar), ruh sağlığı hizmetlerini ve yaşlı sağlığı hizmetlerini yerine getirmek,
5. İlk kayıta ev ziyareti ile sağlık durumunun tespitini yapmak ve Sağlık Bakanlığının öngördüğü sıklıkta (yeni kayıta ve en az 3 yılda bir) ev ziyaretlerini tekrarlamak,

6. Çalıştığı yerde ve gerektiğinde evde birinci basamak koruyucu tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini vermek,

7. Birinci basamakta tanı ve tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirilen muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakımın koordinasyonunu yapmak,

8. Temel laboratuvar hizmetlerini vermek veya verilmesini sağlamak,

9. Aile hekimliği uygulamaları ile ilgili kayıt ve bildirimleri yapmak,

10. Kesintisiz ilk yardım ve acil müdahale hizmetlerini vermek veya verilmesini sağlamak,

11. Özellikle ilaç temininde zorluk çekilen, yerel sağlık idaresinin uygun gördüğü yerlerde ilgili mevzuata göre ecza dolabı açmak veya ilaçların teminini sağlamak.

Aile hekimliğini başarıyla geliştiren ve uygulayan ülkelerde şu üç ana husus dikkati çekmektedir:

1. Aile hekiminin kapı tutma (gate keeper) işlevi tam olarak uygulanmaktadır. Yani her bireyin özgür olarak seçtiği bir aile hekimi vardır ve sağlık sistemine giriş bu hekim aracılığı ile gerçekleşmektedir. Aile hekimi sağlık hizmetlerinin kullanımından sorumlu hekimdir.

2. Sevk ve geri bildirim mutlakla uyulmaktadır.

3. Denetim, desantralizasyonla (yerelleşme) etkili hale getirilmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında genel sağlık sigortası ve aile hekimliği uygulamasına geçiş çerçevesinde yapılacak yasal düzenlemeler, karşılaşılabilecek sorunların çözümüne imkan verecek şekilde olacaktır. Genel sağlık sigortası ve ülke genelinde aile hekimliğinin tam olarak yerleşmesi, hem sağlık çalışanları, hem de vatandaşlar açısından yeni duruma uyum ve davranış değişikliğine yol açacak uzun bir süreçtir. Bu sürecin başarılı bir şekilde tamamlanması için yasal düzenlemeler, finansal yapıların sağlanması ve organizasyon kadar eğitim, uyum ve güven tesisi de önemlidir.

Bu açıdan kültürel özellikler, alışkanlıklar ve peşin kabulleri dikkate alarak kontrollü yerel uygulamalar yapılır; gerektiğinde koruyucu önlemler, denetim sistemi ve ödeme sistemlerinden elde edilen sonuçlar doğrultusunda yeniden uyarlanır. Yukarıda sözü edilen kapı tutma, sevk organizasyonu ve denetim tam olarak yerleştirildiği zaman sistem işlerlik kazanacaktır.

Mevcut kadrolu veya sözleşmeli hekimlerin özlük haklarının korunarak aile hekimliğini tercih etmelerini, serbest hekimlerin ihtiyaç olan yerlerde aile hekimliği görevi üstlenmeye talip olmalarını ve bundan sonra Tıpta Uzmanlık Sınavları başvurularında aile hekimliği uzmanlığının öncelikli tercihler arasında yer almasını sağlayacak kadar ücretlendirme yapılır.

Aslında aile hekimi tanımı gereği tam gün çalışan sözleşmeli hekimdir. Bu tarz istihdamın önü açılacaktır. Kadrolu hekimlerin ücretsiz izinli sayılarak tekrar kadrolarına dönebilme imkanı tanınarak teşvik edilmesi sağlanacaktır. Ülkemizdeki personel politikası ve yerleşik durum göz önünde bulundurularak ara çözümler uygulanacaktır. İlk uygulamalarda bu esneklik göz önünde bulundurulacaktır. Önemli nokta, yurttaşlarımızın aile hekimlerine güven duyacağı ve kendi hekimlerini kendilerinin seçeceği, aile hekimlerimizin bir hizmet yarışı içinde görevini yürüteceği, iyi ve kaliteli hizmetin hekime direkt olarak yansıtacağı bir sistem oluşturmaktır. Bölgesel dengesizlikleri ortadan kaldıracı ve koruyucu hekimlik uygulamalarını özendirici teşviklerin uygulanması sistemi güçlendirecektir.

Geçiş döneminde birinci basamak sağlık hizmetlerini bütünüyle kapsayan bir sosyal güvenlik uygulamasına gerek vardır.

Sağlık ocaklarından uygun olanlar, kamuda görevli aile hekimlerinin ofisleri Aile Sağlığı Merkezleri olarak hizmet görürken diğerleri İlçe Sağlık İdaresi görevi üstlenecektir. Böylece temel sağlık hizmetleri bütünü ile sağlık ocakları çatısı altında yürütülmüş olacaktır.

Faillen birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık ocakları, sağlık merkezleri, AÇSAP Merkezleri, Verem Savaş Dispanserleri, kurum hekimlikleri ve Sosyal Sigortalar Kurumu dispanserleri iki ana yapıda bir araya getirilecektir. Bölgede mevcut bulunan en uygun bir veya daha fazla mekan İlçe Sağlık İdareleri, diğerleri ise aile hekimlerinin çalıştığı aile sağlığı merkezleri olarak kullanılacaktır.

Aile hekimliği uygulamasının başlangıcında pratisyen hekimlere bir sertifikasyon eğitimi verilecek ve bu hekimlerin eğitim düzeyleri meslek içi eğitimle önceden belirlenmiş müfredatın uygulanması yoluyla Avrupa Birliği normlarında uzmanlık eğitimi düzeyine ulaştırılacaktır. Bu hekimlerimiz mevcut pratik uygulamalarının yanında teorik eğitimlerini de sürdüreceklerdir.

Devlet memuru hekimlerimizin nüfusa oranla yetersiz kaldığı yerlerde sözleşmeli aile doktorları çalıştırılacaktır.

Sağlık ocakları ülke geneline yayıldığı ve birinci basamak sağlık hizmetlerini vermek üzere düzenlendiği için öncelikle buraların fiziksel alanlarından ve hekimler başta olmak üzere diğer personelinden yararlanmak en makul yaklaşımdır. Sağlık ocağı veya diğer birinci basamak sağlık

kuruluşlarında aile hekimliği uygulaması için uygun olan çalışma mekanları muayene odası olarak hekimlerin kullanımına verilecektir.

Vatandaşlar, belirlenen bölge içinde aile doktorlarından dilediklerini seçerek kayıt yaptırabileceklerdir.

3000 kişiye 1 hekim düşecek şekilde plânlama yapılacaktır.

Kişiler buldukları ilçedeki aile doktorlarından birini seçebilecektir. Kişinin ve hekimin kabul etmesi halinde, büyükşehir belediyesi sınırları içinde ilçe sınırları gözetilmeksizin aile doktoru seçilebilir.

Aile doktorunu değiştirmek isteyen kişiler, istedikleri aile doktoruna kartları ile beraber başvurarak kayıt yaptırırlar.

Bir aile doktorunun kaydedebileceği kişi sayısı en fazla 4.500 olarak belirlenir. Norm kadrolar 3000 sayısına göre hesaplanır ve 3000'in üzerindeki hastalar için verilecek katsayı düşük tutulur. Bu durumda kayıtlı kişi sayısı ortalama 3000 dolayında olacaktır. Ortalama başvuru sayısı ve hekim sayısı artınca bu sayı aşağıya çekilebilir.

İlk aşamada, uygulama bütün ülkeye tamamı ile yaygınlaştırıldığı zaman 3000 kişiye bir aile doktoru olarak hesaplanırsa, yaklaşık 23.300 aile doktoru istihdam edileceği öngörülebilir. Bu sayının Avrupa ülkeleri ile kıyaslandığında, zaman içinde 30.000'e ulaşması muhtemeldir. 2002 yılı verilerine göre ülkemizde toplam 41.907 uzman hekim, 1.100 aile hekimliği uzmanı ve 48.850 pratisyen hekim mevcuttur. Pratisyen hekimlerimizin asistan dahil yaklaşık 30.000'i Sağlık Bakanlığı personelidir ve bunların yaklaşık 15.000'i sağlık ocaklarında hizmet vermektedir. Başlangıçta aile doktoru ihtiyacı istekli aile hekimliği uzmanlarından ve diğer istekli hekimlerden karşılanır. Aile doktorluğu uygulaması yapan hekimler süreç içinde eğitimlerine devam ederler. Sonraki dönemde ihtiyaç sadece aile hekimliği uzmanlarından karşılanır. Nüfus artışı, çalışma hayatından çekilen ve aile doktorluğu uygulaması dışındaki alanlara kayan hekimler göz önüne alınarak yapılan hesaplama göre, yılda ortalama 1000 aile hekimine ihtiyaç olacaktır.

Kişiler aile doktorlarını 6 aydan önce değiştiremezler.

Uygulamaya hekimlerin daha yoğun talepte bulunacağı il merkezlerinden başlanarak uygulamaya geçilir. Kısa süre içinde kademeli bir şekilde ilçe ve köylere doğru plânlama yapılır. Bu, hastaların kolay uyumu ve hekimlerin daha istekli olması açısından yararlı olacaktır.

İlk uygulamaya 2004 yılı içinde başlanması plânlanmaktadır.

Uygulamanın ülkeye yaygınlaştırılması için kritik nokta finans sorununun çözümlü olmasıdır. Yani genel sağlık sigortasının belirlenen teminat paketini tüm yurttaşları kapsayacak biçimde karşılaması ile birlikte yaygınlaşmış bir aile doktorluğu uygulamasından söz edebiliriz. Bundan önce başlatılacak olan uygulamalar, sistemin tanınması, yararının yaşanarak görülmesi ve en önemlisi ülkemize has bir aile doktorluğu modelinin olgunlaştırılması açısından önemli, fakat sınırlı uygulamalar olacaktır.

Bu süreç genel sağlık sigortası uygulamasına geçiş ve bunun yaygınlaşması açısından da gereklidir. Aile doktorluğu uygulamasının bütün yurt sathına yayılması için, en azından birinci basamak sağlık hizmetlerini kapsayan bir teminat paketinin bütün vatandaşlara sunulabilmesi gerekir. Diğer bir ifade ile, sosyal güvencesi olmayan yurttaşlarımızın kapsam içine alınması gereklidir.

Kişinin başka hekime kaydolma imkanının bulunması halinde ve belirli bazı koşullar altında hekim kişiyi kabul etmeyebilir. Bunlar:

1- Tıbbi etiğe uygunsuz davranışların (kişi-hekim arasında çıkar ilişkisi kurulmaya çalışılması vb.) olması,

2- Hasta ile hekim ilişkisinin tanı, tedavi ve takibi zorlaştıracak, aile doktorunun verimini azaltacak şekilde bozulması,

3- Hasta ile hekim arasında adli bir sorunun olması,

4- Taciz, tehdit ve bunun gibi iletişim sorunu oluşturacak durumların olmasıdır.

Aile doktoru 24 saat ulaşılabilir olmak zorunda olduğundan, eğer o bölgede tek başına çalışıyorsa, çalıştığı bölgede ikamet etmesi zorunludur. Aynı bölgede farklı mekanlarda birden fazla aile doktoru çalışıyorsa veya 2-5 aile doktoru müşterek muayenehanede hizmet veriyorsa, mesai saatleri dışındaki hizmetleri kendi aralarında koordine ederek sırayla icapçı ya da nöbetçi tarzında düzenleme ile sürdürebilirler. Maliyetleri düşürmesi ve hekim çalışma sürelerinde esnekliğe imkan vermesi bakımından grup olarak çalışılan birimler oluşturulabilir. Ulaşım zorluğuna neden olabileceğinden bir müşterek muayenehanede çalışan aile doktoru sayısı 5'den fazla olamaz. Bunlar aile doktoru olmak zorundadır, bu sayede ikinci basamak hekimlerine gereksiz sevkler engellenecek, müşterek muayenehane birinci basamak sağlık merkezi hüviyetinden uzaklaşmayacaktır.

Bir bölgede aile doktoru sayısında eksiklik olduğunda, hizmetin devamlılığı için, doktorsuz kalan nüfusa, yeni aile doktoru göreve başlayıncaya kadar, bölgedeki diğer aile doktorları tarafından hizmet verilir.

İş veya tatil nedeni ile sürekli ikamet ettiği yerden en az iki ay süreyle uzak kalacak kişi, kayıtlı olduğu aile doktorundan geçici bakım belgesi alır. Bu belgeyi geçici olarak gittiği yerde seçtiği aile doktoruna verir. Kişi geri dönerken geçici aile doktorundan ayrıldığını ve yapılan işlemleri gösteren bir belgeyi kendi aile doktoruna götürerek kaydını yeniletir. Geçici belge ile hizmet veren aile doktoru bu dönemde kendi listesine ekleyerek ücretini alır. MERNİS numarası gibi özgün bir referans numarasının tüm sağlık veri tabanlarında ek bir öge olarak benimsenmesi, sigorta sistemindeki verilerle sağlık hizmetlerinin kullanımına ilişkin verileri eşleştirmeyi kolaylaştıracaktır.

Serbest aile doktorları, sözleşme ile çalışırlar. Sözleşme iki yıllık süreler için yapılır; sözleşme süresinin sonunda feshedilmezse kendiliğinden yenilenir.

Avrupa Birliği, 1 Ocak 1995 tarihinden itibaren birinci basamakta çalışmak için, temel tıp eğitiminden sonra en az 2 yıl eğitimi zorunlu kılmıştır. 1986 yılında 93/16/EEC direktifinin 4. başlığı ile Avrupa Parlamentosu aile hekimliğini eğitim süresi 3 yıl olan bir uzmanlık dalı olarak kabul etmiştir. Bu direktif 2006'dan itibaren geçerli olacaktır.

Aile hekimliği uzmanı olmayan aile doktorlarına, kısmi statülü olarak 6 yıl veya daha fazla sürede uzmanlık eğitimini tamamlama imkanı tanınması planlanmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA), belirli bir sabit ücret ve/veya kişi başı ödemeye ek olarak, hizmet başı ödemeyi içeren karma bir sistemi en uygun model olarak önermektedir. Sözleşmeli çalışan hekime yapılacak hizmet başı ödeme miktarı toplam ücretin % 30'unu geçemez. Yörenin özellikleri dikkate alınarak belirli hastalıkların önlenmesi, taranması ve bireysel koruyucu sağlık hizmetlerinin daha iyi verilmesi için özendirme veya ödeme modelleri ile teşvik uygulamak mümkündür. Hizmet başı ödeme yöntemi aslında kaliteyi korumaya yönelik olmakla birlikte sağlık harcamalarını oldukça arttıran bir modeldir. Global bütçeleme veya kişi başı ödeme ise bazen kaliteden taviz verilmesine yol açsa da, kontrollü harcama yapılmasını güvence altına alır.

Sistemin güvenli bir şekilde işlerliğini sağlamak açısından başlangıçta kişi başı ödeme öngörülmektedir. Sistem yerleştikçe kaliteyi ön plâna çıkarmak ve koruyucu hekimlik uygulamalarında daha fazla başarılı olmak için belirli hizmetleri özendirici hizmet başı ödemeler sisteme ilave edilecektir. Aile doktorluğu, sağlık sigorta sistemi ile aile doktorlarının sözleşmesine dayalı bir sistemdir. Bütün vatandaşların sosyal güvenlik şemsiyesi altına alınması bunun ön koşulu olmakla beraber ülkemizde çeşitli modellerin aynı anda bulunacağı bir geçiş dönemi olacaktır.

Aile dış hekimlerinin ücretlendirmesi hizmet başı olarak belirlenir. Sigortanın kapsamı dış çekimi ve dolgu gibi temel tedavi kalemlerinde tam olmalıdır. Protez, kaplama, kanal tedavisi gibi hizmetlerde katkı payı veya tamamlayıcı sağlık sigortaları düşünülebilir. Almanya'da olduğu gibi, 15

yaşına kadar yapılan koruyucu işlemlerde katkı payı alınmamasıyla ağız ve diş sağlığı alışkanlığının kazandırılmasına çalışılabilir.

3- Değerlendirme

Sağlık Kanunu Tasarı Taslağının aile hekimliği sistemi ile ilgili düzenlemesi ve diğer tasarı taslaklarının ilgili düzenlemeleri, Sağlıkta Dönüşüm Programında belirlenen temel ilkeler ve amaçlara uygun bulunmaktadır.

Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Projesinde sosyal güvenlik, adalet ve eşitlik ilkelerine uygun olarak herkese sosyal sağlık güvencesi sağlanması, herkesin kolay erişilebilir şartlarla sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi, herkese farklı değil, benzer ve eşit yardımlar temin edilmesi ve kişilere verilen sağlık hizmetlerinin çağdaş düzeyde ve etkili olması öngörülmektedir. Taslak da aile hekimlerinin bu genellik ve eşitlik ilkelerine uygun olarak etkili hizmet sunmasını düzenlemektedir. Aile hekimine kaydolma hususunda fiili bir imkansızlık olduğunda sağlık ocağına kaydolunabilecektir (m.118).

Projeye göre, ülkemizde uygulanmakta olan sosyal güvenlik sisteminin birikimi ve güçlü yanları korunmalı, yeniden yapılandırılmaya ihtiyaç duyulan alanlar güncel koşullara ve gereksinimlere paralel olarak geliştirilmelidir. Sağlık Kanunu Tasarı Taslağında da hem genel sağlık sigortasının kurulacağı (m.117, m.119) hem de mevcut sosyal güvenlik kuruluşlarının varlıklarını sürdürecekleri (m.116/VI) varsayılarak düzenleme yapılmış, aile hekime kaydolamama ihtimali gözetilerek kişilerin bu hizmetleri sağlık ocaklarından almaya devam etmelerine imkan tanıyan hükme de yer verilmiştir (m. 118).

Projede, genel sağlık sigortası kapsamında sunulacak sağlık hizmet ve yardımlarının esnek ve değişken bir kavram olduğu, ülkenin sosyoekonomik düzeyi, toplumsal ihtiyaçlar ile yakından ilişkili olması nedeniyle hukuksal metinlerde çok sınırlayıcı tanımlar içerisine girilmemesi gerektiği belirtilmektedir. Aile hekimliği taslağı, bu konuda sınırlayıcı veya bağlayıcı her hangi bir hüküm koymamış ve daha önce belirtildiği üzere, sosyal güvence sağlayan kurumların varlığını sürdürmesine imkan tanıyan bir düzenleme yapmış, hatta aile hekiminin ücretinin ilgili sosyal güvenlik kuruluşları veya diğer kamu kurum ve kuruluşları tarafından ödenebilmesini öngörmüştür (m.116/V).

Projeye göre, birinci basamaktan ikinci basamağa acil tıbbi haller dışında sevk kesinlikle hekimin uygun göreceği tıbbi hallerde ve koşullarda yapılmalıdır. Sağlık Kanunu Tasarısı Taslağı da aile hekimi veya sağlık ocağı hekiminin kişileri gerekli gördüğünde ikinci basamak sağlık hizmeti veren bir kuruluşa, tıbbi zorunluluk hallerinde üçüncü basamak hizmet veren bir kuruluşa gerekli bilgi ve belgelerle sevketmesini öngörmektedir (m. 118/I).

Projeye göre, aile hekimi, kendisine kayıtlı kişilerin sağlığını korumak ve geliştirmek üzere, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci basamak teşhis ve tedavi hizmetlerini vermek için gerekli eğitimleri almış, hastalıkları tedavi ederken toplumsal ve kültürel faktörleri de dikkate alan ve kişileri ailenin bir parçası olarak değerlendiren birinci basamak hekimi olmalıdır. Sağlık Kanunu Tasarı Taslağı ve Sağlık Uzmanlık Kurumu KanunuTasarı Taslağı aile hekiminin bu niteliklerine uygun olarak eğitim ve görev düzenlemeleri yapmıştır ve yönetmeliklerde bu konularda ayrıntılı hükümlere yer verilebilecektir. Mesleki Yeterliklerin Düzenlenmesi ve Tanınması Hakkında Kanun Tasarısı Taslağı aile hekimliği uzmanlık eğitiminin yarım gün esaslı özel programlar şeklinde olabildiğini öngörmektedir (m.26/d). Bu durumda sağlık ocaklarında görevli olan ve olmayan pratisyen hekimlerin, istekleri halinde, anılan Taslağa göre, önceki çalışmalarının da değerlendirilmesiyle aile hekimliği uzmanı olmaları sağlanabilecektir. Anılan Taslak uzmanlık eğitiminin tam gün üzerinden 1 Ocak 2006 tarihine kadar iki yıl ve bu tarihten sonra üç yıl süreli olmasını öngörmektedir (m. 26). Bu Taslağa uygun bir düzenleme yapıldığı takdirde görev yapmakta olan hekimler kısa sürede aile hekimi uzmanı olabileceklerdir.

Projeye göre, bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetleri, bireylerin kendi seçeceği hekimler tarafından yürütülmelidir. Hastanın kendi seçtiği ve güvendiği bir hekimden birinci basamak hizmeti alması etkili bir sevk zincirinin kurulabilmesinin ön şartıdır Aile hekimliği taslağı da seçim esasını kabul etmiştir (m.116, m. 117).

Proje, koruyucu diş hekimliği uygulamalarının birinci basamakta yer almasını öngörmektedir. Taslağa göre de diş hekimliği hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetlerinin bir parçasıdır (m. 119).

Projeye göre, hastaya sevk edildiği ikinci basamakta verilen konsültasyon hizmetine ilişkin olarak geri bildirim öngörülmelidir. Bu uygulama tıbbi kayıt sistemini güçlendirecektir. Taslakta da usulüne uygun olarak bir başka sağlık kuruluşuna gönderilmiş olan kişi ile ilgili sonuç ve önerilerin bu sevki yapan aile hekimine veya kuruluşa geri bildirim olarak gönderilmesi öngörülmektedir (m. 112/13).

Aile Doktorluğu Çalışma Grubunca hazırlanan Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm Raporuna göre, genel sağlık sigortası ve aile hekimliği uygulamasına geçiş çerçevesinde yapılacak yasal düzenlemeler, karşılaşılabilecek sorunların çözümüne imkan verecek şekilde

olacaktır. Yukarıda sağlık ocağına kaydolmaya imkan tanıyan hükme değinerek belirttiğimiz üzere Taslak öngörülen şekilde hazırlanmıştır.

Anılan Raporda aile hekiminin tam gün çalışan sözleşmeli hekim olduğu ve kadrolu hekimlerin ücretsiz izinli sayılarak teşvik edileceği belirtilmektedir. Taslakta bu konuda aile doktorlarının uzman da olsalar başka iş yapamamaları (m.116/III) ve ilgili sosyal güvenlik kuruluşlarından veya diğer kamu kurum ve kuruluşlarından, buldukları yöreye ve kendilerine kayıtlı kişi sayısına göre değişen ücret almaları öngörülmüştür (m. 116 /VI). Memur olarak çalışmakta olan hekimlerin belirli bir süre izinli sayılması uygun olacaktır. Sağlıkta sözleşmeli eleman istihdamı ve aynı işte görevli olanlara belirli dönemdeki çalışmalarını değerlendirilerek ücret ödenmesi şeklindeki uygulamaların yaygınlaşması aile hekimliği konusunda uygun bir geçiş düzenlemesi yapılması yönünden de kolaylık sağlayacaktır.

Anılan Rapora göre, geçiş döneminde birinci basamak sağlık hizmetlerini bütünüyle kapsayan bir sosyal güvenlik uygulamasına gerek vardır ve tüm ülkeye yaygınlaştırma için kritik nokta finans sorununun çözülmüş olmasıdır.

Genel sağlık sigortası sistemine geçiş öncesinde, esasen bu geçiş dönemi için çıkarılmış olan 3816 sayılı Yeşil Kart Kanununda (m.11) da öngörülen Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu hükümlerinin uygulanmasına ilişkin usul ve esaslar yeniden düzenlenerek aile hekimliği sistemi uygulanabilir. Bu konuda Sağlık Bakanlığı ile Sosyal Dayanışma ve Yardımlaşmayı Teşvik Fonunun bağlı bulunduğu Devlet Bakanlığı arasında yapılmış olan Protokol değiştirilerek, yeşil kart verilmesi şartlarını haiz olmayan ve fakat yeterli ödeme gücü bulunmadığından Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları belgeleriyle yataklı tedavi kurumlarında yatarak sağlık hizmetlerinden yararlananların bedelleri ile bu kişilere ve yeşil kartlılara ayakta verilecek sağlık hizmetlerinin bedellerinin herhangi bir kayıtlama olmaksızın Sağlık Bakanlığına aktarılması öngörülebilir. Bu takdirde, vakıflarca verilen belgeler şekil, geçerlilik süresi ve vize gibi hususlarda yeşil kart mevzuatına paralel düzenlemelere tabi tutularak ve her hangi bir sosyal güvenlik kuruluşundan sağlık yardımı alamayan ve sağlık hizmetlerinin bedellerini karşılayamayacak durumda olan kişilerin hepsine yeşil kart veya vakıf belgesi verilerek aile hekimliği sistemi uygulamaya konabilir.

VII- SONUÇ

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesine hazırlanan Sağlık Kanunu Tasarısı Taslağının aile hekimliği düzenlemesi ve gerek bu Taslağın ve gerek diğer tasarı ve taslakların aile hekimliği ile ilgili düzenlemeleri, bu konuda uluslararası sözleşme ve bildirgelerde belirtilen esaslar, Anayasa, Beş Yıllık Kalkınma Planı, Hükümet Programı, Acil Eylem Planı, diğer ilgili mevzuat, uluslararası deneyim, örnek uygulamalar ve Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile Aile Doktorluğu Çalışma Grubunca

hazırlanan Birinci basamak Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm başlıklı Raporda belirlenen amaçlar açısından değerlendirilmiş ve sonuç olarak olumlu bulunmuştur.

Aile hekimliğine geçiş konusunda önşart olan sosyal sağlık güvencesinin yaygınlaştırılmış olması hususu 3816 sayılı Yeşil Kart Kanununda öngörüldüğü üzere, genel sağlık sigortası kuruluncaya kadar, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu uygulamasına ilişkin düzenlemenin değiştirilmesiyle fiilen de gerçekleşebilecektir.

Saygılarımla arz ederim. Prof. Dr. H. Fehim Üçışık