

RAPOR

TTB HALK SAĞLIĞI KOLU 19. GEZİCİ EĞİTİM SEMİNERİ 2007 "AİLE HEKİMLİĞİ"

I. GİRİŞ

TTB'nin her yıl halk sağlığı asistanlarının eğitime yönelik olarak düzenlediği Gezici Eğitim Seminerlerinin 19.'sunun konusu "Aile hekimliği" idi. Prof Dr. Feride Aksu ve Öğr. Gör. Dr. Işıl Ergin'in eğitici olarak görev aldığı etkinlikte Türkiye'nin 15 farklı ilinden gelen 19 Halk Sağlığı asistanı üç pilot ildeki Aile Hekimliği (AHliği) uygulamasını ve bir ildeki Sosyalleştirme uygulamasını gözlemleme ve yerinde değerlendirme olanağı buldu. Etkinlik 17 Haziran'da Ankara'da TTB'de gerçekleştirilen ve aile hekimliğine ilişkin kavramsal çerçeveyi aktaran bir günlük eğitim ile başladı. Gezi öncesi katılımcılara aile hekimliğine ilişkin yasal mevzuat, 2000-2007 arası konuya ilişkin yayınlanmış Toplum Hekim makaleleri, raporlar ve gezi sürecinde kullanacakları her kuruma özel yapılandırılmış gözlem ve değerlendirme formları iletildi. 18 Haziran'da Eskişehir'de Aile Sağlığı Merkezi (ASM), Toplum Sağlığı Merkezi (TSM), Sağlık Müdürlüğü (SM) ve Tabip Odası (TO) ziyaretleri gerçekleştirildi. 19 Haziran'da Afyon'da SM, Sağlık Ocağı, Verem Savaş Dispanseri (VSD) ve Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Merkezi ziyaretleri ile uygulamanın başlamadığı bir il örneği değerlendirildi. 19-20 Haziran'da Denizli ilindeki iki ASM, bir TSM, SM ve Denizli TO ziyaret edildi. 21 ve 22 Haziran'da İzmir'de Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, İzmir TO, Konak Sağlık Grup Başkanlığı (SGB), ASM, TSM ve VSD ziyaretleri yapıldı. Her il ziyareti öncesinde o ilin sağlıkla ilgili verileri ve temel sağlık hizmetlerindeki durumları

değerlendirildi, ziyaret sonrasında ise gözlemler ve değerlendirmeler büyük grup tartışmaları aracılığıyla paylaşıldı.

II. EĞİTİM PROGRAMI**A Teorik eğitimin başlıkları**

- Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ve aile hekimliğinin ilkesel karşılaştırılması
- Aile Hekimliğinde Düzce örneği
- Türkiye'de aile hekimliği süreci
- Halkın ve sağlık çalışanlarının gereksinimleri açısından sağlıkta dönüşüm
- İzmir'de sosyalleştirmenin öyküsü
- Aile hekimliğinin hukuksal boyutu

B. Ziyaret edilen illerde sağlık hizmetine ve sağlığa ilişkin göstergelerin ve aile hekimliğine geçiş sürecindeki kurumsal yapının değerlendirilmesi

C. Katılımcı ve eğiticilerin gözlem ve izlenimleri**ESKİŞEHİR****Genel özellikler**

Eskişehir, 2000 yılı genel nüfus sayımına göre nüfusu 706 009'dur. İlin 13 ilçe, 3 bucak, 32 belediye ve 369 köyü bulunmaktadır. Nüfusun %73,6'sı merkez ilçede oturmaktadır. Halkın %95'i okur-yazardır. İlköğretimde okullaşma oranı %100'dür. Nüfusun büyük bölümünün sosyal güvencesi bulunmakta,

Tablo 1. Ziyaret edilen illerde sağlık hizmetine ve sağlığa ilişkin bazı göstergeler ve bu göstergelerin Türkiye ortalamaları ile karşılaştırılması*

	Eskişehir	Afyon	Denizli	İzmir	Türkiye
Altyapı ve Personele Göre Nüfus Dağılımı					
Sağlık Ocağı başına düşen nüfus	14,964	5985	7076	15204	11618
Hekim başına düşen ortalama nüfus	4013	5363	3455	3085	5115
Ebe başına düşen ortalama nüfus	1973	2950	1227	2864	3216
Hemşire başına düşen ortalama nüfus	4853	3859	3883	5924	5667
Sağlık memuru başına düşen ortalama nüfus	12826	29234	7134	14538	11798
İzlemler					
Gebe başına ortalama izlem	5.4	2.7	6.2	5.39	2.40
Lohusa başına ortalama izlem	1.7	1.1	2.5	1.96	0.90
Bebek başına ortalama izlem	9.3	5.4	8.3	9.14	4.80
Çocuk (1-5 yaş) başına ortalama izlem	3.2	1.4	1.6	2.05	1.50
Bağışıklama (%)					
BCG	82	84	93	91	88
DBT-3, OPV-3	89	85	91	98	90
Kızamık	91	87	92	97	91
Hepatit B -3	84	84	88	89	85
Gebe TT2+	71	58	67	70	47
Doğumlar (%)					
Sağlık personeli yardımı olmadan doğum	0.54	2.5	0.72	1.19	4.2
Başvuru-Poliklinik					
Kişi başına ortalama poliklinik sayısı	2.20	1.2	2.29	2.26	1.50
Poliklinik başına laboratuvar tetkik sayısı	0.50	0.1	0.16	0.19	0.20
Sevk hızı (%)	8.2	14.9	7.4	8.94	10.2
Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerindeki Gelişmişlik Düzeyi**	6	51	1	9	

*2005 TSH Yıllığı esas alınmıştır.

** Öcek Z, Soyer A "Türkiye'de Birinci basamak Sağlık Hizmetlerinde 2000-2004 durum değerlendirmesi Toplum ve Hekim, 2006: 21; 271-279

%10'u Yeşil Kart'tan yararlanmaktadır. Eskişehir hem endüstriyel hem de tarımsal üretimin yoğun olduğu bir işçi kentidir. Öte yandan iki üniversitesi ile önemli bir eğitim ve kültür merkezidir.

Sağlığa ilişkin veriler

Eskişehir, birinci basamak sağlık hizmetlerinin gelişmişlik düzeyine göre altıncı en gelişmiş ilimizdir (Öcek, 2006). İlde 2005 yılı itibarıyla 48 Sağlık Ocağı, 1 AÇSAP Merkezi, 2 VSD, 1 Halk Sağlığı Laboratuvarı, 14 faal 112 istasyonu, 13 hastane

bulunmaktadır. Grup A Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar arasında, 2005 yılında, ilde, Türkiye'den daha fazla sıklıkta rastlanan hastalıklar; Brusellozis, HAV, HBV, HCV, kabakulak ve kızamıkçık olarak saptanmıştır.

İzlenimler

a) Eskişehir Sağlık Müdürlüğü

Eskişehir Sağlık Müdürlüğünde İl Koordinatörü Dr. Koray Arberk tarafından aile hekimliğine geçiş süreci

Tablo 2. Aile Hekimliğine geçiş sürecinde Aile Sağlığı Merkezleri ve Toplum Sağlığı Merkezleri için ilan edilen kadro sayıları ve kurum başına düşen nüfus sayıları

İlin adı	Uygulama Başlayış Tarihi	Hekim seçme özgürlüğüne geçiş tarihi	AH başına nüfus	AH Pozisyon Sayısı	TSM Sayısı	TSM başına düşen nüfus
Eskişehir	17.07.2006	25. 06. 2007	3475*	208	4	179.568*
Denizli	25.12.2006	25.06.2007	3353*	260	23	38.149*
İzmir	14.05.2007	-	3386*	1087	36**	101.360*

*2005 TSH Yılığındaki nüfus verilerine göre hesaplanmıştır.

**İl merkezinde 4 tane Sağlık Grup Başkanlığı da bulunmaktadır.

ve mevcut durum değerlendirilmesi aktarılmıştır. Eskişehir'de aile hekimliği sistemine 17 Temmuz 2006'da geçilmiş, 208 kişi aile hekimi olarak görevlendirilmiştir. Toplam dört TSM ve ilçelerde sağlık grup başkanlıkları bulunmaktadır. Son derece iyi izlem ve başışıklama verilerinin olduğu belirtilmiş ancak bu veriler sunulmamış, 1 yılı doldurmayı bekledikleri belirtilmiştir. 17 Temmuz 2006'da başlayan sistemin 18 Haziran 2007 itibarı ile sunacak verisinin olmaması şaşırtıcı bulunmuştur.

b) Esentepe ASM

Kurumda 8 aile hekimi, 8 ebe/hemşire ve kurumun temizlik işlerine ve çay ocağına bakan, ücreti aile hekimleri tarafından ödenen 2 kişi bulunmaktadır. Hekimlerin kendi ifadeleriyle sözleşmeyi imzalama nedenleri:

- Bireyselleşme ve yalnızlık hissi,
- Ücretlerdeki dengesizlik ve dolayısıyla yaşam kalitelerinin düşük olması,
- Sistem dışı kalma korkusu,
- İl merkezine gelmek için tek seçenek olarak görmeleri olarak belirtilmiştir.

Hekimlerden biri yanında çalışan ebeyi seçerken; sağlık ocağında çalışmış ve çevreyi iyi bilen biri olmasını göz önünde bulundurduğunu belirtmiştir. Başışıklama hizmetlerini kadrosu TSM'de olan bir ebe yürütmektedir. Sigortasız olarak çalıştırılan ve bilgisayar işlemlerine yardım eden bir üniversite öğrencisi bulunmaktadır. Her ASM'de, TSM tarafından görevlendirilen ve ASM'deki hizmet

açığını kapatmak için kullanılan sağlık çalışanlarına ise "irtibat elemanı" denmektedir. Eskişehir'de her ASM'ye en az bir irtibat elemanı gönderilmiştir.

İzin ya da rapor alan aile hekimi hastalarına bakacak birini kendi bulursa maaş kesintisi olmamakta, TSM'den yerine bakacak birini talep ederse maaş kesintisi yapılmaktadır. Ekip hizmetinin olmadığı, bireysel yaklaşımların hakim olduğu gözlenmiştir.

Kurumun bekleme salonu yeterli büyüklükte olduğu, tıbbi kayıt ve idari birimin olmadığı, muayene odalarının hekimler tarafından döşendiği gözlenmiştir. Alt katta TSM personelinin görev yaptığı bir laboratuvar ve bir enjeksiyon odası mevcuttur.

- Mesai saatleri hafta içi 08.30-17.30, hafta sonu 17.30-19.30'dur. Hafta içinde akşamları 17.30-19.30 arasında nöbet uygulaması vardır. Hekimler bunu uzatılmış mesai olarak tanımlamaktadır.

- Aile hekimi başına günde ortalama poliklinik sayısı 50-150'dir. Aile hekimlerinden birinin başvuru sayısı hakkındaki yorumu, 'terliğini giyen geliyor, hatta sabah gelen öğleden sonra da geliyor' şeklindedir.

- Sevk oranı % 2-3 civarında ifade edilmiştir, bu güne kadar en yüksek oranın % 8 olduğu bildirilmiştir. (% 25'den sonrasında hekimden kesinti yapılmaktadır.).

- Hasta kayıtları aile hekimlerindeki listeler temel alınarak bilgisayara aktarılmaktadır. Bu bilgilerin TSM'ler ve il sağlık müdürlüğü tarafından görülebildiği ama kişinin özel bilgilerine sadece aile hekiminin erişebildiği belirtilmiştir. Göçer işçiler ve

geçici tarım işçilerinin kayıt altına alınması sorunlu görünmektedir.

- Adli Tıp hizmeti ilde Adli Tıp Kurumu tarafından, ilçelerde ise aile hekimleri tarafından nöbet sistemi ile verilmektedir.

- Bağışıklama hizmetlerinde hedef nüfus yoktur, dolayısıyla sadece listelere kayıtlı kişilere yönelik hizmet verilmektedir. Hedef nüfus olmadığı için tam aşıli çocuk oranlarını ölçebilme zemini yoktur. Aşı kartlarının değiştiği ifade edilmiştir.

- Gebe tespitlerinin rastlantısal olduğu belirtilmiştir. Bazı aile hekimleri tespiti 12 haftadan geç olan gebelerin kaydını, performans puanlarında düşme olmasının diye doğumdan hemen önce yaptıklarını bildirmiştir.

- Bebek izleminin 6'ya gebe izleminin ise 4'e düştüğü ifade edilmiştir. Aile hekimleri bebek ve gebeleri belli haftalarda mutlaka gördüklerini ifade etmişlerdir. Ebeler "eğer problem olursa" sahaya çıkmaktadır.

- Bebek ölümü ve gebe ölümünün hiç olmadığı, bağışıklamanın ise %100 olduğu belirtilmiş, ancak herhangi bir dokümantasyon gösterilmemiştir. ASM'de verilerin sunulduğu tek bir panonun bile asılı olmadığı gözlenmiştir.

- RIA sertifikası olmayan aile hekimleri ve Aile Sağlığı Elemanlarına, sertifikalı çalışanlar tarafından, şimdilik destek verildiği bildirilmiştir.

- RIA, oral kontraseptif, demir preparatı gibi malzemelerin ASM'lere Sağlık Bakanlığı tarafından gönderildiği, onun dışındaki malzemelerin tümünün hekimler tarafından karşılandığı belirtilmiştir. Hekimlere sarf malzemeler için her ay 2.000 YTL "faturalandırmaları istenmeyen" bir para verilmektedir.

Kurumun atıkları için belediyeye sözleşme yapılmıştır.

Aile ekimlerinin aylık laboratuvar giderleri için 2.000 YTL'ye kadar bir kotaları bulunmakta, hekimler adına laboratuvar ücretleri TSM'ye ödenmektedir. Kurumda bugüne kadar en yüksek 1.050 YTL laboratuvar ücretine ulaşıldığı belirtilmiştir.

Binanın temizlik ve ısınma giderlerinin ilk altı ay devlet tarafından karşılandığı ama şu an kurumda

çalışan aile hekimlerinin giderleri ortak ödedikleri belirtilmiştir.

c) Ertuğrul Gazi Toplum Sağlığı Merkezi

Ertuğrul Gazi TSM'ye 220.000 nüfus ve 9 ASM bağlıdır. Bölgede hem zengin hem de yoksul nüfusun yaşadığı belirtilmiştir. Nüfusun %77'si SSK'lı, %5'i yeşil kartlı, %17 ise Emekli Sandığı ve Bağ-Kur'dur.

TSM'de 26 ebe/hemşire, 6 hekim (2'si ASM'de geçici görevli), 4 çevre sağlığı teknisyeni, 2 sağlık memuru görev yapmaktadır. Alt kat ASM, üst kat TSM şeklinde kullanılmaktadır.

TSM'lerin bölge tabanlı, ASM'lerin ise liste tabanlı çalıştıkları belirtilmiştir. Ancak, TSM'ler aile hekimleri üzerinden bir paylaşım yaptığı için bölge tabanlı değil, birey tabanlı veri toplamaktadırlar.

Görevleri;

- ASM denetimi,
- Geçici görevlendirmeler,
- Bağışıklama hizmetleri (okul aşıları, cezaevleri vb.) (henüz hiç yapmamışlar)
- İşe giriş ve evlilik raporları,
- Bulaşıcı hastalıklar ve kronik hastalıklarla ilgili hizmetler olarak belirtilmiştir.

Görev tanımlarında olmamakla birlikte TSM'ler ETF çalışması yapmaktadır. Buna göre %2 oranında bir nüfusun aile hekimine kayıtlı olmadığı saptanmıştır. Ancak Eskişehir TO yetkilileri şehrin dışında mevsimlik işçi olarak çalışmaya gelen ve çadırlarda yaşayan insanların bu orana dahil olmadığını ve hiçbir sağlık hizmetinden yararlanmadıklarını (temiz su, bağışıklama, çevre sağlığı vb.) ifade etmişlerdir. Dezavantajlı gruplar göz ardı edilmektedir. Hekimlerin gözlemlerine göre; bu sistem talep temelli olması sebebi ile sosyo ekonomik durumu yüksek ve hizmet almak isteyen bilinçli kesime hitap etmektedir. Bilinçsiz, dezavantajlı ve sağlık gereksinimlerinin farkında olmayan grupları kapsamamaktadır.

TSM'ler, ASM'lerdeki işleyişteki aksaklıkları giderme ve hizmeti kompanse etme çabası içindedir. Hekimlerden aile hekimliği hizmetine karşı olanların, yaşadıkları ikileme rağmen, birinci

basamak sağlık hizmetinin aksamaması yönünde ciddi gayret içinde oldukları görülmüştür. TSM'lere biçilen denetim rolü ise yerine getirilememektedir. ASM'lerin "denetlenmemesi" yönünde önemli uyarılar aldıkları görülmüştür. "Sistemin otokontrol üzerine kurulu olduğunun" belirtilmesi halk sağlığı açısından önemli tehlikelerin işaretlerini vermektedir. Çocuğun, annenin, babanın başka hekimlerde kayıtlı olduğu durumlar gözlenmiş, "ailenin" hekimi olma iddiasını sistemin pek çok durumda karşılamadığı tespit edilmiştir.

Sistemdeki bilgi üretiminin coğrafi temelli olmadığı ve veri gizliliği konusunda netlik oluşmadığı görülmüştür.

d) Eskişehir Tabip Odası

Kurum gezilerini takiben TO Yönetim Kurulu ve üyelerle yapılan toplantıda Eskişehir'de aile hekimliği sürecine geçiş değerlendirilmiştir. Aile hekimliği geçiş döneminde verilen mücadeleye dair bir sunum yapılmıştır. Yaşanan etik sorunlara değinilmiş, hizmet sunumundaki olumsuzluklar geçiş öncesindeki durumla karşılaştırılmıştır. Hekimler arası ortaya çıkan kutuplaşmanın mesleki dayanışma ve örgütlülüğü olumsuz etkilediği vurgulanmıştır.

AFYON

Genel Özellikler

Afyon'da nüfus 812.416 kişidir (2000). 16 ilçe, 97 belde ve 490 köyü bulunmaktadır. Arazisinin %47,5'ini dağlar oluşturur. Nüfusun %53,3'ü köylerde yaşamaktadır.

Sağlığa ilişkin veriler

Afyon, birinci basamak sağlık hizmetlerinin gelişmişlik düzeyine göre 51. sırada yer alan bir ilimizdir (Öcek, 2006). 2005 yılı için 154 hekim, 280 ebe, 214 hemşire, 96 sağlık memuru ile 138 sağlık ocağı, bir AÇSAP ve üç VSD (2'si atıl) ve bir Halk sağlığı laboratuvarı ile birinci basamakta hizmet verildiği ve Sağlık Ocaklarının %73'ünün kendi binasına sahip olduğu belirtilmiştir.

İzlenimler

a) İl Sağlık Müdürlüğü

İl Sağlık Müdürlüğünde Dr. Ayşe Ekşioğlu ve Halk Sağlığı Uzmanı Dr. Kadriye Avcı tarafından kısa bir

değerlendirme yapılmıştır. 2006 yılı yıl ortası nüfusu ETF verilerine göre 668.895, TÜİK verilerine göre ise 812.000'dir. Nüfusun %60'ının kır, %40'ının kentsel bölgede yaşadığı, halkın büyük bir kısmının sosyal güvencesinin bulunmadığı veya yeşil kartlı oldukları belirtilmiştir. İl genelinde 14 Devlet Hastanesi, bir doğum evi, bir göğüs hastalıkları hastanesi ve bir Üniversite Hastanesi bulunduğu belirtilmiştir.

Afyon aile hekimliği pilot ili olmamasına karşın sistem değişikliği ile ilgili söylentiler tüm kurum ziyaretlerinin temel konusu olmuştur. İlde siyasi nedenlerle vaktiyle çok sayıda sağlık ocağı açıldığı, bu binaların aile hekimliğine geçişte 'kolaylaştırıcı' olabileceği ifade edilmiştir. Afyon'da aile hekimliğine geçildiği takdirde 202 aile hekimi olması ve doktor başına 3500 nüfus olmasının planlandığı ifade edilmiştir. Afyon'un birbirine uzak 17 ilçesinin olması ilin pilot olarak seçilmemesinin nedenlerinden biri olarak belirtilmiştir.

b) Verem Savaş Dispanseri(VSD)

Afyon ili tüberküloz koordinatörü ve aynı zamanda verem savaş dispanserinin Başhekimisi olan Dr. Atılhan Sayın'la görüşüldü. Afyon'da üç adet VSD bulunmakla birlikte sadece bir tanesinin işlev gördüğü belirtilmiştir. Çalışanlar 3 hekim, 4 hemşire, 1 sağlık memuru, 2 röntgen teknisyeni, 1 laboratuvar teknisyeni, 1 ayniyat saymanı, 1 ambar memuru, 2 hizmetli, 1 şofördür. Toplam 70 tane aktif tüberküloz olgusu izlenmekte olup, bunların %90'ının yeni vaka olduğu belirtilmiştir. Dirençli tüberküloz olgusu bulunmadığı, yeni olgu saptanması için aktif bir çaba harcanmadığı, olgu tespitlerinin hastanede tanı alan hastaların dispansere yönlendirilmesi ile yapıldığı iletilmiştir. Devlet hastanesi, göğüs hastalıkları hastanesi ve üniversite hastanesinden hasta bildirimlerinde sıkıntı olmadığı belirtilmiştir.

1,5 yıldan beri Doğrudan Gözetim altında Tedaviye (DGT) geçildiği, merkez dışındaki personelin eğitiminin tamamlandığı, temas şüphelilerin VSD'ye çağırılıp ARB bakıldığı, gerekirse kültür yapıldığı belirtilmiştir. Aile hekimliğine geçildiği takdirde DGT'nin zor olacağı, çünkü aile hekiminin iş yükü nedeniyle bu tedavi yaklaşımını sürdüremeyeceği belirtilmiştir. Kurumda tüberküloz

dışı bir poliklinik hizmeti verilmemektedir. Tüberküloz tanı ve tedavisinin ücretsiz sunulduğu belirtilmiştir.

Verem savaş dispanserinde laboratuvar ünitesinden başka, mikrofilm çekilen bir radyoloji birimi bulunmaktadır. Yıllardır aynı binada hizmet vermesine rağmen radyoloji bölümünün yalıtımının yapılmamış olduğu gözlenmiştir. Tüberküloz taramaları düzenli yapılamamakta, kurumun aracı halk sağlığı laboratuvarının esnaf muayeneleri için kullanılmaktadır. Gelir getirici işlerin öncelendiği izlenimi edinilmiştir. Dispanserde BCG aşısı haftanın bir günü (Çarşamba) yapılmakta, BCG aşı uygulaması için hemşire ve ebeler eğitimi verildiği belirtilmektedir. İlin tek VSD'si olmasına rağmen ziyaretimiz sırasında hiç hasta olmaması dikkat çekici bulunmuştur. Hasta sayısı, dirençli olgu sayısı gibi temel verilere ilişkin verilerde çelişkili yanıtlar bilgilerin doğruluğu konusunda kuşku uyandırmıştır.

c) Merkez 2 No'lu Sağlık Ocağı

Sağlık Ocağının hizmet verdiği nüfus 24.500 olup tamamı kentseldir. Ağırlıklı olarak orta ve üzeri gelir grubu bireylerin yaşadığı bir bölge olup kısmen yoksul mahallelerin de bulunduğu belirtilmiştir. Bölge halkının sosyal güvencesi daha çok SSK ve Emekli Sandığıdır. Güvencesi olmayanlar yaklaşık binde 1-2 civarındadır. Çalışanlar 4 hekim, 5 hemşire, 9 ebe, 2 sağlık memuru, 1 hizmetlidir (şirketten kiralınmış). Sekiz ebe sahaya çıkmakta, 1 ebe sağlık ocağında kalmaktadır. Aşılar sağlık ocağında kalan ebe tarafından yapılmaktadır. Hemşireler ise poliklinik çalışmalarında ve laboratuvarı görev almaktadır.

Bekleme salonu olmayan, hastaların koridorlarda beklediği, koridor ve merdivenlerin çok dar olduğu iki katlı bir apartmanda 4 doktor 2 poliklinik odasında aynı anda hizmet vermektedir. Günde ortalama 250-300 hasta bakılmaktadır. Binanın geçici olduğu, kısa sürede yeni binaya taşınacağı, ancak bunun için aile hekimliğine geçişin beklendiği belirtilmiştir. Bölge dışı hasta oranı %30'dur. Sevk oranının düşük olduğu ifade edilmiş fakat sayı verilmemiştir. Sınırlı bir Aile Planlaması hizmeti verilmekte olup RIA uygulanmamaktadır. Okul eğitimleri sağlık meslek yüksekokulundan staja gelen öğrenciler tarafından

verilmektedir. Laboratuvar hizmeti sabahları kan alınarak ring sistemiyle Halk Sağlığı laboratuvarına gönderilmektedir. Mayıs ayı verilerine göre sevk hızı %3, gebe başına izlem 0,8, bebek başına izlem 0,9 olarak belirtilmiştir. Bütün doğumlar hastanede gerçekleşmektedir.

d) AÇSAP

Şehrin tek AÇSAP Merkezi olan kurum, Merkez 3 Nolu Sağlık Ocağı lojmanının 2. katında hizmet vermektedir ve bina koşulları hizmet vermeye uygun değildir. Kendine ait bölgesi yoktur, başvuru temelli çalışmaktadır. 2 doktor (1 tanesi aile hekimliği uzmanı), 1 hemşire, 1 tıbbi sekreter, 1 memur, 2 hizmetli ile hizmet sunulmakta. Günde ortalama 90 kişi olan genel poliklinik başvuruları kadın hastalıkları ağırlıklıdır. Aile planlaması hizmeti, jinekolojik muayene, evlilik raporu verme, ebe /hemşire eğitimleri gibi hizmetler yürütüldüğü RIA sertifikası verildiği belirtilmiştir. Aşılama hizmeti sadece evlilik öncesi muayeneler sırasında gerekli görülenlere hepatit B aşısı yapma şeklinde uygulanmaktadır. İlin tek ve eğitim veren AÇSAP Merkezi olmasına karşın eğitim salonunun ve danışmanlık verilebilecek ayrı bölümlerin olmamasının gerek hizmet sunumu gerekse hizmet içi eğitimlerin kalitesini düşürebileceği düşünülmüştür.

Kurumda 1 pratisyen ve 1 aile hekimi uzmanı olmak üzere 2 hekimin çalışıyor olmasına rağmen, Çocuk Sağlığı uzmanı olmadığı için çocuk polikliniğinin yapılmadığının belirtilmesi dikkat çekicidir.

Aile hekimliğine pilot il olarak geçip geçmeme kararında, sağlık altyapısı, sağlık düzeyi ölçütleri, yönetimin isteklilik durumu, sosyal güvenlik, nüfusun kentsel ve kırsal bölgeye göre dağılımı ve sağlık hizmetlerine erişilebilirlik gibi faktörlerin etkili olduğu özetlenmiştir. Afyon'da, nüfusun yoğun olarak kırsal ve dağınık olarak yerleşmiş olması, doktor sayısının azlığı, başta aşı oranları olmak üzere sağlık hizmet düzeyinin Türkiye ortalamasının altında olması önemli engeller olarak ifade edilmiştir.

İlde başlayan aile hekimliğine geçiş hazırlığının pek çok hekim heyecanlandığı ancak hekim dışı

sağlık personelinde önemli kaygılar yarattığı gözlenmiştir. Bu bekleme sürecinin hizmet sunumunu bir belirsizliğe ittiği, yürütülmekte olan sağlık hizmetlerinde gerek ebe ziyaretleri, gerekse ekip ruhu ve çalışma barışının tahrip olmaya başladığı gözlenmiştir. "Acilen aile hekimliğine geçmek istediğini belirten hekim, "kendi" bölgesinde "kendi" hastalarıyla ilgilenmek istediğini söylemektedir. Fakat sistemle ilgili net bilgisinin olmadığı da gözlenmiştir. Görüşülen pek çok hemşire aile hekimliğine geçmeyi istemediklerini ve TSM'de kalmayı tercih edeceklerini belirtmişlerdir.

DENİZLİ

Genel özellikler

Toplam nüfusu 850.029'dir (2000). Köy nüfusu 432.346 olup, 18 ilçe, 100 Belediye, 372 köyü vardır. İlin ekonomisi tekstil endüstrisi ve turizme dayanmaktadır. Halkın %89.57'si okur-yazardır. Kadınlarda okur-yazarlık oranı %83.42 olup, ilköğretimde okullaşma oranı %100'dür.

Sağlığa ilişkin veriler

Denizli, birinci basamak gelişmişlik düzeyine göre sıralamada birinci ilimizdir (Öcek, 2006). İlde 124 sağlık Ocağı, 1 AÇSAP Merkezi, 4 VSD, 14 faal 112 istasyonu bulunmaktadır (2005). Birinci basamakta 254 doktor (% 65'i kentsel % 35'i kırsal alanda) 633 ebe, 226 hemşire ve 123 sağlık memuru çalışmaktadır. Hekim dışı sağlık personeli sayısı Türkiye ortalamasının son derece üzerindedir.

İzlenimler

a) Kısıtlı TSM

Denizli'deki dört TSM'den biri olan Kısıtlı TSM, başışçısı izin vermediği için ASM yapılamamış ve TSM olarak hizmet vermektedir. Geçiş öncesinde çok iyi çalışan, yoğun bir Sağlık Ocağıdır. Dört hekim, üç hemşire, üç ebe, dört çevre sağlığı teknisyeni, üç sağlık memuru bulunduğu, 135 olan kadrolu çalışandan, şu anda 85 kişinin ASM'lerde görevli olması nedeniyle 50 kişi kaldığı öğrenilmiştir. Bina fizik olarak oldukça yeterlidir. Geniş bir bekleme salonu, tıbbi kayıt ve idari birim için ayrı odalar mevcuttur. Bu kurumun Kısıtlı Sağlık Ocağı iken

nitelikli bir birinci basamak sağlık hizmeti sunduğu, beş pratisyen hekimin hepsinin tam gün çalıştığı, sağlam çocuk izlemi, gebe izlemi, aile planlaması v.b.hizmetlerinin çok iyi olduğu, diş hekiminin bulunduğu, bir ultrasonografi cihazlarının olduğu (ancak şu anda nerede olduğunun bilinmediği) iletilmiştir. Bölge halkının ASM-TSM ayrımını hala pek bilmediği ilaç yazdırmaya, gebe bebek takibi veya tedavi için hala oraya gelebildiği belirtilmiştir. Halkın ASM'lerden hizmet alırken oralara hala "sağlık ocağı" demesi daha önceki illerde rastlanan ve Denizli'de de gözlenen bir durumdur. Ayrıca hizmetin iddia edildiği gibi "bireysel" ve "toplumsal" olarak bölünemediği, TSM ve ASM'lerin mekansal veya işlevsel olarak bir şekilde entegre olma uğraşı içinde oldukları gözlenmiştir. Ziyaret edilen dönemde (Haziran 2007), aile hekimliğine geçişin altıncı ayında, TSM'lerde ayaktan hasta bakımı hizmetleri verilip verilmeyeceği karmaşası henüz çözümlenmemiştir. Eczanelerden TSM'de yazılan ilaçların verilmesi konusunda da karışıklık yaşandığı gözlenmiştir.

TSM'de kalmayı seçenlerin "iş bilmeyen hekimler" olarak damgalandığı iletilmiştir. TSM'lerin ASM denetleme görevlerinin önünde büyük engeller olduğu, bir TSM'deki hekimin ASM'yi uyardığı için tehdit edildiği öğrenilmiştir. ASM'lerin denetlenmesinin adeta yasaklandığı izlenimi edinilmiştir. ASM'lerin aylık çalışmalarını ilaç mümessilleriyle gönderdikleri, mobil hizmet programlarını TSM'ye bildirmediikleri ve programların keyfi yapıldığı belirtilmiştir. Aile hekimliğine geçişten sonra o bölgede yaşayan 8 aylık bir gebenin RH uyumsuzluğu gibi kolaylıkla önlenabilir bir nedenle ölü doğum yaptığı öğrenilmiştir. Geçmişte bir bebek ölümü için ilgililerin soruşturma geçirebileceği ancak halen 4000 nüfuslu bölgedeki 3-4 bebek kaybının hesabının sorulmadığı dile getirilmiştir.

Çevre sağlığı teknisyenleri TSM'de görevlidir. Sadece suda bakiye klor baktıkları, başka bir işlevlerinin kalmadığı gözlenmiştir.

Gebe izlemlerinin sağlık ocağı döneminde gebe başına 8-9 iken aile hekimliği sonrasında 3-4'e

düştüğü ifade edilmiştir. Aile planlaması malzemelerinin TSM'ye geldiği ve oradan ASM'lere dağıtıldığı, okul eğitimlerinin ve aşılarının TSM tarafından yapıldığı öğrenilmiştir. ASM'lerde aşı sorumlusunun birden fazla kişi olması nedeni ile aşı zayiinin arttığı belirtilmiştir. Sistemin artık bir hedef nüfus ve hedef bebek sayısının olup olmadığı, hedef sayıya ulaşmak gibi bir kaygıyı taşıyıp taşımadığı anlaşılamamıştır.

Adli Hekimlik hizmetleri, hafta içi mesai saatlerinde Üniversite'de Adli Tıp Ana Bilim Dalı tarafından, mesai sonrası ve hafta sonları ise TSM'lerce yürütülmektedir. Hafta sonları 'Turizm Hekimliği' adı altında TSM'lerden hekim görevlendirmeleri yapılmaktadır. Yetiştirme Yurdu, Huzurevi gibi yerlerde Kurum Hekimi varken, ayrıca aile hekimi görevlendirilmesinin hizmette duplikasyon yarattığı gözlenmiştir. Bu arada bazı aile hekimlerinin işyeri hekimliğini ve özel hastanede tuttıkları nöbetleri sürdürdüğü, güzellik merkezi, akupunktur merkezi gibi özel kuruluşlarda çalıştıkları öğrenilmiştir.

ASM'lerde saat 09.00-12.00 arası tutulan hafta sonu nöbetlerini Aile Sağlığı Elemanı (ASE) olmayı seçen sağlık çalışanları değil TSM'den ASM'ye görevlendirilen ebelerin tuttıkları ve bu dönemde malzemeler kilit altında olduğu için zorluklar yaşandığı, pansuman malzemesini kendileri tedarik ederek nöbete gittikleri öğrenilmiştir. Hafta sonu nöbetlerinde halkın "neden doktor yok" diye görevlendirilmiş aile sağlığı elemanlarına hesap sorduğu ve hastanın "24 saat doktora ulaşabilme" diye lanse edilen uygulamada isteğine yanıt bulamadığı dile getirilmiştir.

b) Kınıklı ASM

Kurumda 4 aile hekimi ve 4 ASE çalışmaktadır. ASE'lerden sadece ikisi sözleşmeli, diğer ikisi ise devlet memurudur ve TSM'den görevlendirilmiştir. Ayrıca sağlık personeli olmadığı halde beyaz önlük giyen, türbanlı bir kişinin temizlik ve benzeri işlere baktığı ve asgari ücretle çalıştığı öğrenilmiştir.

Bu ASM'yi farklı kılan özelliği sağlık ocağından dönüştürülerek değil de, özel olarak kiralanarak oluşturulmuş olmasıdır. Kurum, bir eczanenin üst

katında yer almaktadır. Binanın tamamıyla eczacıya veya eczacının ailesine ait olduğu öğrenilmiştir. Daireye ödenen kira bedeline ilişkin çelişkili rakamlardan söz edilmiştir.

Aile hekimlerinin kendi aralarında bir sorumlu hekim seçtikleri, değişimden memnun oldukları gözlenmiştir. Birinci basamakta eskiden sorunları çözemediklerini ancak şimdi çözebildikleri belirtilmiştir. Başvuran bireylere ağırlıklı olarak tedavi hizmetleri sunulduğu gözlenmiştir. Hekimler günde 35-40 poliklinik yaptıklarını belirtmişlerdir. Ev ziyaretleri, izlemler, RİA uygulanması gibi koruyucu hizmetlerin sunumunun oldukça yetersiz olduğu gözlenmiştir.

c) Karaman ASM

Bu ASM'de çalışan 8 aile hekimine eşlik eden 8 ASE'ye ek olarak TSM'den görevlendirilmiş 12 personel bulunmaktadır. Söz konusu kurum mevcut kadrosunun genişliğini kullanarak her türlü hizmeti verebilmektedir. Aile sağlığı elemanları alana çıkmaktadır. TSM'den gelen personel de, hekimlerle polikliniğe eşlik etmektedir. TSM'den gelen 12 personelin yokluğunda, alan hizmetlerinin nasıl sunulacağı konusunda soru işaretleri oluşmuştur. TSM elemanlarının ASM'lerden çekilmesi durumunda sistemin çökeceği, ikinci ASE olmazsa "bu işin asla yürümeyeceği" aile hekimleri tarafından belirtilmiştir.

Her bir hekimin günde yaklaşık 40 poliklinik hastası baktıkları gözlenmiştir. Mobil hizmet adıyla verilen hizmetin önemli bir performans kaynağı olduğu, 3000 kişilik bir bölgenin biner biner üç hekime bölüştürüldüğü, böylece üçüne de mobil hizmet parası ödendiği, bunun da "hafta da üç gün üç farklı hekimden hizmet alıyorlar, daha iyi" şeklinde açıklandığı gözlenmiştir. Bir ASM bölgesi olabilecek kadar bu büyük bölgenin birkaç ASM'ye bölünüp mobil hizmet bölgeleri olarak ek gelir imkanı yaratılması şaşırtıcı bulunmuştur.

Hekimler açısından en istenmeyen ve riskli grubun gebeler olduğu, bunun izlem kaybının mümkün olması ve bebeği olacak olması (yine riskli bir liste üyesi) nedeni ile olduğu belirtilmiştir. Hekim açısından en istenen popülasyonun 20-45 yaş erkekler olduğu, hekim seçme özgürlüğü de işin içine

girince bazı bölgelerde 90 bebek varken bazı bölgelerde 50 bebeğin bir hekime bağlı olduğu gözlenmiştir.

d) İl Sağlık Müdürlüğü

Sağlık Müdürlüğünde Eğitim Şubesinden Mehmet Gündoğdu, Bulaşıcı Hastalıklar Şubesinden İsmail Sancak, İdari-mali İşler Şubesinden Ahmet Pişkin ve AÇSAP Şubesinden de Vildan Tekelioğlu'nun katıldığı toplantıda Denizli'de aile hekimliğine geçiş süreci, hazırlık çalışmaları, eğitim etkinlikleri, süreçte karşılaşılan sorunlar tartışıldı. Cari giderler için verilen 2000 YTL için fatura istenmemekte ve harcanan miktarın üstünde kalan kısım hekimin kazancına eklenmekteydi. Ayrıca Bakanlıktan tahsis edilen 2000 YTL'lik bir laboratuvar ödenekleri vardı, laboratuvar incelemeleri TSM'de yapılmaktaydı, şimdilik kotayı geçen hekim olmamıştı. RİA kullanımının azaldığı, enjeksiyon uygulamasının ve hap kullanımının arttığı öğrenildi. Bebek ölümlerinde değişim olmadığı belirtildi. Aile hekimliği sisteminin talep etmeyi bilen bir toplum istediği vurgusu yapıldı.

e) Denizli Tabip Odası

Denizli TO Başkanı Uzm. Dr. Hasan Akşık, GES Eğiticileri Prof. Dr. Feride Aksu ve Öğr. Gör. Dr. Işıl Ergin'in katıldığı bir panel gerçekleştirildi. GES eğiticileri Afyon, Eskişehir ve Denizli gözlemlerini paylaşıırken, Dr. Akşık Denizli'de geçiş öncesi ve sonrası süreçte yaşananları aktardı. Aile hekimliğini seçmeyen hekimlere yönelik zorlayıcı ve sürgün niteliğinde geçici görevlendirmeler yapıldığı, hekimler arasında ciddi bir ayrışma olduğu, aile hekimliğini seçenler ve seçmeyenler olarak birbirlerine karşıt iki grubun oluştuğu belirtildi.

Denizli'de karşılaşılan tabloda mevzuatta yazılanlar bir kenara bırakılarak sağlıkta dönüşümün gerçekleştirilmeye çalışıldığı gözlemlenmiştir. ASM'de çalışan hekimler hallerinden memnun, sistemi savunmakta veya savunma ihtiyacı hissetmektedirler. Hekim dışı sağlık personeli genel olarak sözleşmeye geçmemiş ve geçmek istememektedir. Seçmedikleri halde ASE olanlar aynı işi yaptıkları sözleşmeli elemanlardan daha az para almaktadırlar. Bu durum çalışma barışını olumsuz

etkilemektedir. Toplum sağlığı merkezlerindeki hekimlerin, aile sağlığı merkezlerinin tüm eksik ve açıklarını kapatmak için canla başla çalıştıkları ve sağlık hizmetinin geçmişteki gibi yürümesi için ellerinden geleni yaptıkları görülmüştür. Bu durumun karşı oldukları "sistemin ayakta kalması"na hizmet ettiği ikilemi ifade edilmesine rağmen bölgelerinde "bebeklerin gebelerin ölmesine dayanamayacakları" için yapmak zorunda oldukları görüşü dile getirilmiştir. Ebeler, hemşireler yeni sistemdeki "eleman" rolünden rahatsız görünmektedir. ASE olmayı seçmeyenler zorlayıcı görevlendirmelerle, talip olmadıkları bir görevi "eşit işe" "eşit ücret" almayarak yerine getirmektedirler.

Hali hazırda Denizli'de aile hekimliği olarak lanse edilen ve yürütülen hizmet, aile hekimliği mevzuatından önemli farklılıklar gösteren ve pratikte eskisinden daha iyi desteklenen bir sağlık ocağı sistemi kurgusundadır.

İZMİR

Genel özellikler

Toplam nüfusu 3.370.866'dır (2000). 28 ilçe, 628 köy ve 60 beldeden oluşmaktadır. Bölgenin ticaret ve sanayi merkezidir. Okuma-yazma oranı erkeklerde % 96,3'e kadınlarda %87,4 tür (2000). Okullaşma oranı ilköğretimde yüzde 99'dur. Üniversite mezunlarının toplam nüfus içindeki oranı Türkiye ortalamasının iki katına ulaşmaktadır.

Sağlığa ilişkin veriler

İlde 2005 yılı itibarıyla 240 sağlık Ocağı, 27 AÇSAP Merkezi, 13 VSD bulunmaktadır. İlde, birinci basamakta 1183 doktor (1045'i kentsel 138'u kırsal alanda) 1274 ebe, 616 hemşire ve 251 sağlık memuru çalışmaktadır.

İzlenimler

a) Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Halk sağlığı laboratuvarı gezildi, çalışılabilecek parametreler ve işleyiş ile ilgili bilgiler alındı. Anabilim dalındaki mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programları aktarıldı. İzmir'deki sosyalleştirme süreci (Dr. Raika Durusoy) ve İzmir'de aile hekimliğine geçiş sürecinde yaşananlar (Dr. A. Sena Beliner) sunumlarla paylaşıldı.

b) İzmir Tabip Odası

Halk Sağlığı ve Pratisyen Hekimlik komisyonları ile toplantı yapıldı, gezide edinilen izlenimler paylaşıldı ve İzmir'deki durum tartışıldı. Dr. Sevinç Arslan Hızal aile hekimliği sistemindeki hukuki açmazlara ilişkin bir sunum yaptı. Yönetmelik ve uygulamalardaki sıkıntılar paylaşıldı.

c) Konak Sağlık Grup Başkanlığı (KSGB)

KSGB Dr. İbrahim Padır ve İzmir İl Sağlık Müdür Yardımcısı ve aynı zamanda il koordinatörü Halil Ekinci İzmir'e ait şu verileri sundu:

İzmir'de 3400 kişiye bir aile hekiminin düştüğü (Kırsalda 3300 kişiye bir aile hekimi), toplam 1087 aile hekimliği pozisyonunun açıldığı, aile hekimliği uygulamasının usul olarak yeni bir uygulama olduğu ama aslında farklı işlerin yapılmadığı belirtildi. Aile hekimliğinde ASM'lerin bireysel hizmetten sorumlu olduğu, TSM'lerin ise toplumsal sağlık hizmetlerinden sorumlu olduğu aktarıldı. 2005 yılında ETF'lerdeki bilgiler ve TC kimlik numaraları bilgisayar ortamına aktarılmış, mükerrer kayıtlar ve ölümler veri tabanından temizlenmişti. Nüfus bilgilerinin ancak %87 sinin doğrulanabildiği ve tüm bunlar için 1.5 trilyon TL harcandığı belirtildi. Bilgilerin 8 parametrelili olduğu, kayıtların adres tabanlı oluşturulduğu vurgulandı. Oluşturulan veri tabanı sayesinde bütünlüklü yapının kaybolmayacağından bahsedildi. İzmir'de aile hekimliğine geçiş sürecinde ASM'lerin donanımları ve binaları tamamlanmış ve TSM'ler oluşturulmuştu. Bakanlıkta koordinasyon ve düzenleme toplantıları yapılarak kontrollü geçiş sağlandığından bahsedildi.

İzmir'in 28 ilçesi olup 4 büyük merkez ilçesi bulunmaktaydı ve bunlardan Konak ilçesinin nüfusu 885.399 idi. İzmir'de diğer illerdekinden farklı olarak 4 ilçede Sağlık Grup Başkanlıkları korunmuştu. Bu durum mevzuatta yer almayan ve İzmir'e özel bir durumdu ve sistemin her ilde farklı çözümler üretmesinin bir başka örneği idi. İlde toplam 36 TSM mevcuttu. İl merkezinde 5 A tipi TSM, 43 ASM bulunduğu belirtildi. Karşıyaka ilçesinde 525 bin nüfusa 3 TSM, Buca ilçesinde 370 bin nüfusa 2 TSM, Bornova ilçesinde 450 bin nüfusa 2 TSM ile hizmet

verilmekte olduğu belirtildi. TSM nüfuslarının oldukça yüksek olduğu gözlemlendi. Sağlık Grup Başkanlıklarının mevcut TSM'lerden sorumlu olmak yanı sıra kaymakama karşı ilçenin sağlık idaresinden sorumlu olacağı da belirtildi. SGB'nın idari işlerden sorumlu olacağı, TSM'lerin ise kendi alanlarındaki hizmetlerden ve kendine bağlı ASM'lerden sorumlu olacağı bildirildi. VSD ve AÇSAP'larda reçete yazılabildiği belirtildi. Ancak bu kurumların ziyaretlerinde reçete yazma sorununun devam ettiği gözlemlendi.

ASM'lerin planlanması aşamasında mümkün olduğunca coğrafi bölge esaslarına dikkat edildiği, 3300-3400 kişiye bir aile hekimi düşecek şekilde düzenleme yapıldığı belirtildi. Ancak sunum sırasında aktarılan bazı haritalarda aile hekimi başına düşen nüfusları 3400 seviyesinde tutma çabası sonucunda coğrafi erişim sınırlarının zorlandığı gözlemlendi.

ASM'lerin birey tabanlı, TSM'lerin toplum tabanlı çalışacağı belirtildi. Oluşturulan aile hekimliği bilgi sistemi ile kişiler adres değiştirse bile bunun TSM'ler tarafından çok rahat öğrenilebileceği belirtildi. Bireyler bağlı oldukları hekimleri değiştirmek isterlerse bunu dilekçe ile bildirmek zorunda oldukları, ancak bölgeden ayrıldığı tespit edilen ya da adresinde bulunamayan kişilerin AH tarafından listeden çıkarılabileceği ve kayıtlara "göç" olarak geçeceği aktarıldı. AH yerleştirmeleri sürecinde Konak SGB bölgesine 10 hekim dışarıdan gelmiş, 10 ebe/hemşire ise Konak SGB bölgesi içinde yer değiştirmişti. Bunun dışında bölge değiştiren personel olmamış, herkes kendi bölgesinde kalmıştı. TSM'lerden ASM'lere verilen desteğin "sahaya çıkma" şeklinde olduğu belirtildi. Sicil, terfi ve kademe ilerlemesinin genel hükümlere göre olacağı ve denetimlerin yine 657'ye uygun olarak yapılacağı belirtildi. Bu denetimler için denetleme formu hazırlandığı bildirildi. Aile doktorları halen ücretsiz izinli göründükleri için sicillerinin doldurulmadığı ve boş gönderildiği, ASM personelinin sicil amirinin belli olmadığı, sicil notu ya da kadro ilerlemeleri olmayan personelin hala devlet memuru statüsünde olduğu belirtildi. Sicil amirlerinin kim olacağına dair açık ve net hükümler olmadığı ancak genel hükümlerin geçerli olduğu belirtildi.

Aile hekimlerinin birey tabanlı, TSM'lerin adres tabanlı çalıştıkları, TSM'lerin ASM'lerle ilgili veya diğer idari işlerden sorumlu oldukları belirtildi. ASE'lerin geçici görevlerinin ne zaman sona erdirileceğine dair soruya, bu geçici görevlendirmelerin "süresiz" olduğu tanımlandı. Görevlendirilen ASE'lerin daha sonra akıbetlerinin ne olacağı henüz kararlaştırılmamıştı.

TSM verileri SGB'ye, oradan Sağlık Müdürlüğüne iletilmekteydi. Okul aşlarının aile hekimiyle birlikte çalışarak TSM tarafından yapılacağı bildirildi. Adli hekimlik hizmetleri ise ilçelerde saat 17.00 ye kadar aile hekimi tarafından, daha sonra TSM tarafından yürütülmekteydi.

d) Çimentepe ASM

Bu ASM'de altı aile hekimi ve altı ASE çalışmaktaydı. ASE'lerin tamamı TSM'lerden görevlendirilmişti, sözleşmeli ASE yoktu. Temizlik personeli, müdürlüğün görevlendirmesi ile gelmişti. Tüm İzmir'de birinci basamak sağlık kurumlarındaki (ASM'ler dahil) temizlik işleri ihale edilerek özel bir şirkete verilmiş durumdaydı. Kurumdaki pek çok ihtiyacın müdürlükçe karşılandığı aktarıldı. Çalışma saatleri sabah 8 akşam 6 şeklindeydi. Laboratuvar hizmetlerinde kota aşımı hiç olmamış çünkü aile hekimleri hastaya ve hastalığa göre tetkik istediklerini belirttiler. ASM'de sağlık ocağının eski kayıtları aynen korunmaktaydı. Aralarından bir doktorun, sorumlu hekimin görevlerini üstlendiği, kendisini kurumdaki aile hekimlerinin "temsilci" olarak atadığı gözlemlendi. Bu görevin tüm aile hekimleri arasında sırayla yapılacağı belirtildi. Poliklinik malzemeleri eski sağlık ocağının malzemeleri alınarak temin edilmişti. Ev ziyaretlerinin devam ettiği, ASE alana gittiğinde hekimlerin tek başına poliklinik yaptıkları aktarıldı.

Bir hekim geçmişte yoğun poliklinik hizmetinden dolayı hastalarına yeterince vakit ayıramadığını ancak bu sistemde artık hastalarına istediği kadar vakit ayırabildiğini söyledi. Hekimlerden bir diğeri, 3 yıl Sağlık Ocağında çalıştığını, 4 yıl diyaliz hekimi olarak çalıştığını ve bu sistemle 657 şemsiyesinden kurtulduğu için çok mutlu olduğunu söyledi.

e) Eşrefpaşa VSD

Bu VSD binası 99 yıllığına Vakıflar Bölge Müdürlüğünden kiralanmıştı. Hastaların % 20'sinin DGT'si dispanser tarafından, %50'sinin ise Sağlık Ocağı tarafından yürütülmekte olduğunu, dispansere kayıtlı hastalarını aile hekimlerine devretmeye başladıklarını, başvuran hastalarına reçete yazamadıklarını, hiçbir şey yapamadan aile hekimine yönlendirdiklerini aktardılar. Ancak aile hekimlerinin tüberküloz hastalarını istemedikleri de eklendi. Çalışan hastaların tedavileri için başvuracakları bir kurumun olmadığı belirtildi. Sağlık müdür yardımcısı Dr. Halil Bey tüm kurumların korunacağını, aile hekimlerinin bu hastaları istememe gibi bir durumlarının olmadığını belirtti. VSD'nin geçen yıla ve bu yıla ait verileri incelendiğinde tüberküloz dışı poliklinik sayılarının %70 oranında azaldığı tespit edildi. Kurumda çalışan hekimler, tüberküloz dışı bakılan hastaların yeni tüberküloz vakalarını tespit etmede en önemli kaynakları olduğunu ve bu kaynağın reçete yazma yetkilerinin ellerinden alınmasıyla günden güne azaldığını vurguladı. Sağlık Müdürlüğü'nün bildirdiğinin aksine, VSD'lerde reçete yazma sorununun olduğu gözlemlendi. Müdürlük tarafından reçete yazma sıkıntısının kaynağı Bütçe uygulama talimatı olarak belirtildi.

f) Göztepe TSM

Kısa bir ziyaret yapılan kurumun 113 bin nüfuslu bir bölgesi olduğu belirtildi. 5 ASM, 33 AH, 5 ASE bağlı idi. TSM'lerden gönderilen "irtibat elemanlarının" halkı sisteme dair bilgilendirdikten sonra geri çekileceği bildirildi. Yerleştirmeler sonrasında 30 aile hekimi sağlık ocağı binalarında görevlerine devam ederken, 3 aile hekimi kiraladıkları bir aile sağlığı merkezinde çalışmakta idi.

Aile hekimliği sürecinde alt yapı ve donanım açısından kurumlar önemli ölçüde desteklenmişti. Pilot uygulamaya henüz geçmemiş illerde ise alt yapı ve bina açısından yapılan iyileştirmelerin aile hekimliği için hazır bekletildiği gözlemlendi. Yeni sistemin olası kaynak eksiklikleri ile mücadele etmek zorunda

kalmaması için her türlü kolaylık sağlanmış, sosyalleştirmeden sakınılan kaynaklar aile hekimliği sisteminin hizmetine bonkörce sunulmuştu. Yıllarca kötü, yetersiz koşullarda daireden bozma sağlık ocağında çalışan hekimler, aile hekimliği sistemi ile geçtikleri yanı başlarındaki ferah, donanımlı 5 katlı ASM'nin daha önce neden hizmet alanların ve verenlerin hayatını kolaylaştırmak için akıl edilmediğini elbette ki merak etmekte idi.

III. TARTIŞMA

Pilot illerde ASM ve TSM'lerde sunulan sağlık hizmeti birinci basamağın temel özellikleri üzerinden değerlendirilecektir.

a) İlk Başvuru Yeri

Mevcut uygulamada sevk zorunluluğunun uygulanmıyor olması nedeni ile ASM'ler ilk başvuru açısından birinci basamağı önceleyen ve basamaklandırılmış bir hizmet anlayışı ve uygulamasını barındırmamaktadır.

Halkın uygulamalara dair yeterli bilgisi olmaması nedeni ile eski sağlık ocağı binalarında hizmet veren TSM'ler ilk başvuru noktası olarak kullanılmaya devam etmekte, ancak uygulama farklılıkları nedeni ile kimi ilde bu talebine yanıt alabilirken (Denizli ve Eskişehir) kimi ilde (İzmir) yanıt alamamaktadır.

b) Erişim

I. Coğrafi erişim

Nüfusların oluşturulması sırasında yönetmeliğe uygun nüfusa sahip aile hekimliği bölgeleri oluşturulurken coğrafi erişim unsurları göz ardı edilebilmiştir.

Mobil hizmet ise kimi bölgeler için coğrafi erişim açısından dezavantajlı bölgeler için hizmete erişimi kolaylaştıran bir unsur olarak düşünülebilir. Ancak burada da uygulamada mobil hizmet ücreti alınabilmesi için zorlama mobil hizmet bölgeleri yaratıldığı, bir ile hekimi tarafından sahiplenilebilecek sayıda bir nüfusun, 3 mobil hizmet bölgesine bölündüğü görülmüştür. Üstelik bu 3 mobil hizmet veren hekimin, mobil hizmete gittiklerinde birbirlerinin nüfusunu da ziyaret ederek kendi aralarında bir işbölümü yaptıkları görüldü. Bu durum

mobil hizmetin coğrafi erişimi kolaylaştırmak amacı yerine bir gelir kapısı olarak farklı amaçlara hizmet ederek, revaçta bir hizmet şekli olmasını açıklamaktadır.

II. Finansal erişim (cepten ödeme/ sosyal güvence)

Aile hekimliğinin ve GSS'nin finansal erişimin önünde yaratacağı tüm engeller pilot uygulamalarda suni bir şekilde ortadan kaldırılmış ve aile hekimliğine dair hekimlerde ve halkta bir illüzyon yaratılmıştır. Oysaki GSS'nin uygulandığı ülkelerde prim ve cepten ödemelerin sistemin ayrılmaz parçası olduğu ve bunların hizmete erişimde önemli finansal engel oluşturduğu görülmektedir.

III. Sosyokültürel erişim

Kayıtlı nüfusun talep etmesi üzerinden kurgulanan hizmet, bu anlamda sadece o hizmete ulaşma noktasında gereksinimlerinin farkında olan ve birinci basamak sağlık hizmeti kullanmayı bilen toplum tarafından tüketilecek bir hizmet alanı olmuştur. Sağlık Ocağının kadını, çocuğu, dezavantajlı grupları önceleyen ve sosyokültürel erişimin önündeki engelleri aşarak sağlık hizmetini herkese ulaştırmayı hedefleyen sağlık hizmeti anlayışı tamamen terkedilmiş görünmektedir.

IV. Organizasyonel erişim

Aile hekimliği sisteminin sürekli hizmet kaynağını sağlamak ve bunu 7 gün 24 saat sürdürmekle ilgili iddiası organizasyonel açıdan erişimi iyileştiren unsurlara işaret etmektedir. Pilot illerdeki uzatılmış mesai ve hafta sonu nöbet uygulamaları hizmete erişimi ve kullanımı kolaylaştırmaktadır. Organizasyonel erişimin bir başka belirteci olan bekleme süreleri ise şu an itibarıyla sorunlu değildir. Çünkü bekleme sürelerinde oluşabilecek sıkıntı ve ASM'lerdeki olası yığılma, sevk zinciri ortadan kaldırılarak bertaraf edilmiştir. Ancak sevk zinciri, bu sistemin finansal işleyişinin gerçekleşebilmesi için olmazsa olmaz bir unsurdur. Sevk zinciri "gerçek uygulamada" geri getirildiğinde ASM'lerde oluşacak kalabalıklar aile hekiminin ve halkın şu an sıklıkla dile getirdiği "memnuniyeti"nin geçici olacağını düşündürmektedir.

c) Kapsayıcılık

I. Bağışıklama ve izlemler

Çeşitli kurumlarda %100 aşı kapsayıcılığından bahsedilmektedir. Buradaki hesaplamalarda, TSM'lerin kendilerine ait "nüfusları" değil bağlı "aile doktorları" olduğu, aile doktorlarının da coğrafi ya da nüfus temeli olmayan bir "listesi" olduğu gerçeği göz önünde bulundurulacak olursa bahsi geçen oranların gerçeği yansıtıp yansıtmadığı şüphe uyandırmaktadır. Bu TSM'lerin veya ASM'lerin mevcut birey listelerinin coğrafi veya bölge temelli bir nüfusu temsil etmediği ve "payda" hesaplayamayacakları ortadadır. TSM veya ASM'lerin ellerindeki listelerin "payda" üretmek açısından güvenilir olabilmesinin koşulu; alanı sıcak takip eden ve bu sayede "güncellenen", atlanan nüfusları veya nüfus hareketlerini tespit edecek şekilde "denetlenen" bir yapıda olması koşuludur. Mevcut sistemde bunların hiçbiri için sistematik uygulamalar ve önlemler alınmış görünmemektedir.

II. Akut hastalık ve Aciller

Tüm ilan ve afişlerde aile doktoruna 7 gün/24 saat ulaşılabilceği bildirilmektedir. Hastanın kendisine ulaşması durumunda bu talebin karşılanmaya çalışıldığı görülmüştür. Ancak hekimlerin, bu erişimin olanaklarını ortadan kaldıracak yöntemleri geliştirdiği de gözlenmiştir.

III. Sağlık eğitimi

Bireysel ve toplumsal olarak ikiye bölünen birinci basamak sağlık hizmetinde halkın eğitim, okul eğitimi ve hizmet içi eğitim etkinlikleri TSM'ye verilmektedir. Ancak fiilen çalışan eleman sayısı son derecede azalmış olan bu kurumların eğitim etkinliklerine yeterli zaman ve insan gücü ayırabilmesi mümkün görünmemektedir.

d) Koordinasyon-Entegrasyon

Birinci basamak ve ikinci basamak arasında herhangi bir koordinasyon gözlenmemektedir. Hastalar ikinci basamakta sağlık hizmeti aldığı anda, bunun birinci basamakla entegre ve koordine biçimde yürütüleceğine dair sistematik bir geri bildirim esas alan unsurların oluşturulmadığı belirlenmiştir. GSS'nin gelmesi ile oluşturulması

zorunlu hal alacak bu bilgi akışının ise sadece finansal hesap vermeye hizmet etmekten öteye gitmeyeceği izlenimi edinilmiştir.

Basamaklar arası koordinasyon ve entegrasyonun bulunmayışına ek olarak birinci basamağın iki temel kurumu arasında da (ASM ve TSM'ler) bilgi akışına dair sıkıntılar mevcuttur. Birinci basamağın VSD ve AÇSAP gibi hala devam eden kurumsal unsurları ile ASM'ler arasında da sistematik bir entegrasyon bulunmamaktadır. VSD'lerin DGT olgularını teslim etmekte ve kabul ettirmekteki zorluklarını ifade etmesi, müdürlüklerin "tabii ki kabul edecekler" yaklaşımı henüz bu sorunun çözülmediğine işaret etmektedir.

Asli görevlerini yapmak yerine, ASM'lerin ASE veya aile hekimi ihtiyaçlarını karşılayacak birer depo kuruma dönüşen TSM'ler, aile hekimi tarafından yürütülmesi planlanan pek çok hizmeti sübvansede etmektedir. İşlevleri ve hizmet içerikleri ilden ile farklılık gösteren bu kurumlardan aile hekimliği listelerinin güncellenmesi için alana çıkılmasını da kapsayan ve ASM'nin görev tanımına girebilecek pek çok iş istenebilmektedir. Bireye ve topluma yönelik olarak ikiye ayrılmaya çalışılan bu hizmetler bütünü, uygulamada adeta etle tırnak gibi ayrılmalari mümkün olamamaktadır. Bu nedenle TSM'ler ASM bünyesine kimi zaman "irtibat elemanı" adı altında personel veya kimi zaman aynı binayı paylaşabildiği ASM'lere ekipman veya hizmet anlamında destek olmaya devam etmektedir. Ancak uzunca bir hizmetler kümesine belli ücretler doğrultusunda talip olan ve aile hekimini tercih eden hekimlerin TSM'lerin bu katkısını vazgeçilmez hatta zorunlu görmesi, yapılamayan yetişilemeyen her işe TSM'lerin koşması ve düzeltmesi gerektiği inancı, müdürlüklerce de desteklenmektedir. Kadroları oldukça şişkin görünen TSM'ler ise pek çok çalışanın geçici görevlendirilmiş olması nedeni ile ASM'leri destekleyici ve eksikliklerini giderici işlerle uğraşırken, TSM'lerin en önemli görevlerinden biri olan alan denetimini gerçekleştirememektedir.

Aile hekimliğinin liste tabanlı verileri TSM'lere gönderilmektedir. TSM'lerin artık hizmetini denetleyebileceği, önceliklerini tespit edeceği,

gerektiğinde müdahale edeceği bir "toplumu" aslında kalmamıştır. Çünkü hekim seçme özgürlüğünün ardından ona bağlı aile hekimlerinin listelerindeki herkes TSM'nin listesi olacaktır. Bir coğrafi bütünlük de söz konusu olmadığı için bu durum TSM için, müdahale edilebilirliği olmayan ve hizmetin planlanabilir veya öngörülebilir özellikler taşımadığı bir bireyler listesine sahip olmaktan öte bir durum olmayacaktır.

İzlem kayıpları ekonomik anlamda kayıplara neden olduğu için bu bireylerin hekim tarafından listelerden silinmesinin önünde sistematik bir engel görünmemektedir. Bir kişinin o bölgeden haber vermeden göç etmiş olduğunun tespiti sadece hekim bildirimine dayalı bir liste eksiltme olabilmektedir.

Herhangi bir aile hekimi listesinde kayıtlı olmayan bir bebeğin ya da annenin ölümü gerçekleştiğinde bunu alanda tespit etseniz de sistemin denetleme, değerlendirme ve hesap sorma becerisi kaybedilmiş görünmektedir. "Alan", "bölge", "toplum" tanımları ortadan kalktığına göre o ölümün kimin sorumluluğundaki bölge ya da topluma ait olduğu belli değildir. Listede yer almayan, çıkartılan, eksiltelen, göz ardı edilen herkes artık sahipsizdir ve onların sağlıksızlığının hesabını sorabileceğiniz hiç kimse yoktur. Ayrıca tüm bu eksikliklerin tespitini yapabilecek tek kurum olan TSM'ler, bu alan denetimini yapabilecek donanım (özellikle araç) ve personel sayısına sahip değildir. Üstelik İzmir'de TSM nüfuslarının 250 000'lere varmış olması, büyük şehirler için bu denetimin daha da imkansız olacağına işaret etmektedir.

Denetim konusunda TSM'lerin üzerine düşen görevleri yerine getirmesinde bir diğer engel de yönetsel uygulamalardır. Aile doktorunun sistemde korunan, kollanan ve tüm olanakların seferber edildiği bir hekim grubuna dönüştürülmesi, denetimin adeta cezalandırılmasına yol açmaktadır.

e) Süreklilik

1. Kurumsal Süreklilik

Aile hekimliği sistemlerinin bireysel sağlık hizmet sunumunda öne çıkarılan özelliği hizmetteki bu "sürekliliği" sağlamaktaki iddiasıdır. Ancak birinci basamağa başvurunun zorunlu olacağı bir sevk

zinciri olmadığı sürece, bu sistemin kurumsal veya kişisel sürekliliği barındırdığından bahsetmek mümkün değildir. Ayrıca ASM'ler başlangıç itibarı ile birer "kurum" gibi görünse de aslında bir grup pratiğinin şimdilik uygulandığı alanlardır. Bu binanın dışındaki yerleşim tercihleri şimdiden gündeme gelmekte, eczane üstü aile hekimliği muayenahaneleri sistemde yerini almaktadır. Geçmişte sağlık ocağı olarak kullandığı kurumu aynı şekilde kullanmaya devam eden, oraya hala "sağlık ocağı" diyen, hatta kimisi sistemdeki değişimden bihaber olan halk, en azından bina ile olan tanışıklıkları sayesinde kurumsal süreklilikten yararlanmaktadır. Burada ebelerin hemen her ilde sağlık ocağı sisteminde çalıştıkları bölgelerde "görevlendirilmiş ASE" olarak çalıştırılmak istenmesinin veya aile hekiminin sözleşme imzalamaya ikna ettikleri ebeleri, genellikle bölgeyi tanıyan ebelerden seçmesi, hem aile hekiminin bölgeye adaptasyonu hem de bu kurumsal sürekliliğin avantajlarından yararlanma ile çakişmaktadır.

II. Kişisel Süreklilik

Herkesin bir aile hekimi olacağı, artık hep ona gideceği bilgisi sistemin belki de en öne çıkarılan özelliğidir. Bu durumun, aile hekimi ve halk açısından en memnuniyet doğuran noktalardan biri olduğu gözlenmiştir. Ancak hep aynı hekime gidebilmek ve hep kendi listesinde bildiği tanıdığı kişilerle ilgilenebilmenin sınırları, aile hekiminin sözleşme süresi kadardır. Sözleşmenin yenilenmemesi veya aile hekiminin hamileliği, askerliği, hastalığı nedeni ile olası yer değişikliği durumları vaad edilen sürekliliği ortadan kaldıracaktır.

224 sayılı "sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki kanun"da kabul edilen başlıca ilkeler üzerinden yukarıdaki değerlendirmeye ek olarak:

I. Eşit hizmet

Sağlığı doğuştan kazanılmış bir hak olarak gören ve hizmetin en uç noktalara kadar "ulaştırılmasını" gerekli gören bu ilke aile hekimliği sisteminin "başvurana odaklı" hizmetinin doğası ile uyuşmamaktadır. Sistemin uygulayıcılarının da ifade ettiği şekilde "hizmet almasını bilen" için

kurgulanmıştır. Hizmete ulaşamayanı "bulmak" gibi bir kaygısı ve hedefi yoktur. Oysa sağlıkta hakkaniyet dendiğinde değişik düzeyde sosyal farklılıkları olan gruplar arasında sağlık açısından veya sağlık hizmetlerine erişim de dahil olmak üzere sağlığın sosyal bileşenleri açısından sistematik eksikliklerin olmaması anlaşılır. Bu aynı zamanda sosyal adaletin de bir ifadesidir. Aile hekimliği sistemi ise sağlık hizmetlerinin "herkese" ulaşmayı hedefleri arasına almayarak sağlığı sistematik olarak eşitsizleştirmektedir.

II. Kademeli hizmet

Sevk zincirinin kaldırılmış olması nedeni ile böylesi bir hizmet örgütlenme unsuru ortadan kalkmış durumdadır.

III. Katılımlı hizmet

Aile hekimliği sisteminin sağlık hizmetlerinin planlama ve uygulanmasında toplum görüşüne başvurmayı sağlayacak herhangi bir mekanizması bulunmamaktadır. Halkın memnuniyet düzeyi ile yakından ilgilenilmekle beraber, bu durum şikayet mekanizmalarının oluşturulmasından öteye geçmemektedir. Yasada yer alan ancak ne yazık ki uygulama şansı yakalayamayan sağlık ocağı sağlık kurullarının işlerlik kazandırılmak yerine tamamen ortadan kaldırıldığı görülmektedir.

IV. Ekip hizmeti

Değişimin en sancılı unsurlarından birisidir. Performans uygulamasının yarattığı tahribat bu hizmet modelinin yarattığı rekabet ortamı ile daha da şiddetlenmektedir. ASE'ler kendilerine verilen isimden, sözleşmelilikten, sistem içindeki rollerinden hiç de memnun değildir. Görevlendirilmiş ASE olanlar ise istemedikleri bir istihdam modelinde çalışmaya zorlanırken, sözleşmeliliği tercih etmiş arkadaşlarının görevlerini yapmak veya kimi zaman onların yedeği olmak zorunda kalmaktadır. Üstelik hafta sonu mesai, gün sonu mesai için tercih edilen çalışanlar, sözleşmeliliği tercih edenler yerine görevlendirilmiş ASE'ler olabilmektedir. Her aile hekimine bir ASE yerine, iki ASE verilebildiği, bir ASE alanda iken diğeri poliklinik hizmetinde çalıştırılabilmektedir. Üstelik bu uygulama aile hekimi

tarafından "hak edilmiş" bir durum gibi algılanarak "başka türlüünün mümkün olamayacağı" bile ifade edilebilmektedir. Oysa yasada hizmetin bileşiminde çalışacakların aile hekimi ve ASE'den ibaret olduğu, yükümlü olduğu işler listesi bellidir ve aile hekimi olmayı tercih eden hekimler sadece verilecek maaşlara değil, bu iki kişilik hizmet sunumuna ve bu işlerin tamamına da talip olmuşlardır.

Hekimler arası veya ebe/hemşireler arası çatışmalar yanı sıra hekim - hekim dışı sağlık personeli arasında sorunlar da mevcuttur. "Görevlendirilmiş ASE'lerin benimsenen ve sahiplenilen çalışanlar olarak görülmesi yerine yedek işgücü ve talimatlarını yerine getirmekle yükümlü birer eleman olarak görüldüğü, sözleşmeli olmayı kabul edeni yani "kendi ASE'ni" "bulana kadar" "müdürlüğün ASE'si" ile "idare etme" durumu hekimlerce ifade edilmiştir.

Pilot il olma söylentileri bile geçmişin ekip anlayışını zedelemeye yetmektedir. Kimi hekimler kendilerine yer ve eleman "beğenme" uğraşlarına başlayıp aile hekimliği sistemindeki "pazarda" yerlerini alma hevesi ile işleyen sistemdeki görevlerine artık uzak ve yabancı hissedebilmektedir. Hizmet sunumunda çalışanların yetişemediği işler, eğer TSM'lerden yapılan görevlendirmeler ile de yerine getirilmekte zorlanılıyorsa ek çalışan uygulamaları devreye girmekte, bunlar sigortasız ve hiçbir kural veya yönetmeliğe tabii olmaksızın çalışabilmektedir.

V. Öncelikli hizmet

Bireysel hizmetlerde öncelenen hizmet alanı; tedavi edici hizmetler, kısacası poliklinik yapılmasıdır. Alan çalışmaları terkedilmiş görünmektedir, zaten buna pek zamanları olmadığı da ifade edilmektedir. TSM'lerde toplumsal hizmetler olarak bölünen yapının öncelikleri ise ASM'leri sübvans etmekle başlayan ve içinde "toplum" olan her şeyi kapsayan bir hizmetler yığındır. Bu yığın içinde öncelikleri tespit etmek mümkün olmadığı gibi zaten "alan" veya "toplum" tanımları ile de örtüşmeyen bir "aile hekimliği listeleri bütünü" ile toplumsal hizmetlerini planlamak ve yönetmeye çalışmak gibi bir sorunla karşı karşıyadır.

VI. Denetlenen hizmet

TSM'ler hizmetin denetleme aygıtları olarak yasada düzenlenmiştir. Ancak ne ekipman ve donanımları ne de fiilen çalışan personel sayıları bu denetimi yapabilecek güçtedir. Üstelik farklı istihdam özelliklerindeki çalışanların, denetim açısından sıkıntılar doğurduğu, müdürlüğün denetimle yükümlü kurumun karşısında bir "taraf" olduğu, sistemin açıklarının ve eksiklerinin göz ardı edilmeye çalışıldığı ve "pürüzsüz" pilot uygulamalar hedeflendiği gözlenmiştir.

IV. SONUÇ

Aile hekimliği pilot uygulamasına geçilmiş üç ilimizde üç farklı sistemin uygulanmakta olduğu gerçeği çarpıcıdır. Aile doktorunun yürütmekle sorumlu olduğu işler, ona bağlı ASE sayısı, ASE'nin görevleri, aile hekiminin giderlerinin geri ödenme şekli ve en önemlisi hizmetlerin denetim ve gerekli cezalara dair süreç mevzuata uygun biçimde ya hiç işlememekte ya da değiştirilmektedir. Bu değişim sistem taraftarları açısından sıkıntı yaşamayı en aza indirgeyecek şekilde, her ilde yeniden düzenlenmektedir. TSM'ler sürecin "açık kapatma mekanizması" haline dönüştürülmüş mevzuatta yapmakla yükümlü olmadıkları pek çok işi yapar ya da yaptırılır hale getirilmişlerdir. Denetim rolleri ise tamamen göz ardı edilmektedir. Geçici görevlendirmeler nedeni ile fiili personel sayısı görüldüğünün çok altında olan bu kurumlar, denetimin biricik unsuru olan alan çalışmasını yapacak durumda değildirler. Oysa yöneticilerin de vurguladığı üzere "aşıların kaçırılması Mouse aşısı" anlaşılabilmesi için iyi bir saha denetimi şarttır. Aşıya gelmeyen bir bebeğin dijital ortamda kolayca "yok edilebildiğinin" söylendiği, listelerden çıkan bireylerin dökümünün sorgulanmadığı, "göç" veya "ayrıldı" da hekim bildiriminin yeterli olduğu koşullarda bu alan denetimi daha da hayati hal

almaktadır. Yapılan yasal değişiklikler, hizmet sunumu açısından aile hekimliğinde birinci basamak hizmetinin kullanılmasını teşvik edici değil tam tersine sistemin bu basamağının by-pass edilmesini kolaylaştırıcı şekildedir. İlk başvuru noktası olarak ASM'lerin kullanımının yasalaşmasına (sevk zinciri) ve bunun yaratacağı yığılma ve yüke sistemin uygulayıcıları hevesli görünmemektedir. Sevk zinciri ve genel sağlık sigortası gibi olmazsa olmaz bileşenleri de uygulanmayan aile hekimliğinin, bir de her ilde farklı bir uygulamayla yürütülüyor olması "gerçek aile hekimliğinin" neler götüreceğinin görünür hale gelmesini adeta imkansızlaştırmaktadır.

Tüm bu unsurları ile ziyaret edilen illerdeki birinci basamaktaki sağlıkta dönüşüm uygulaması, halkın ve onu destekleyen sağlık çalışanlarının "şimdilik" memnuniyetini zedelemeyecek ama aslına pek de uymayan bir şekilde her ilde yeniden üretilmektedir. Hasta memnuniyeti ve aile doktorlarının memnuniyeti ile örülen "başarı imajı" ise GSS, sevk zinciri ve mevzuatın "gerçek yüzü" olmadan bir illüzyondan ibarettir.

Katılımcıların listesi: Dr. Gonca Atasoylu (Adnan Menderes Ü.), Dr. Meltem Akdemir (Akdeniz Ü.), Dr. Deniz Mutluer (Akdeniz Ü.), Dr. Şenol Çitli (Cumhuriyet Ü.), Dr. Gökben Yaslı (Celal Bayar Ü.), Dr. Seda Tepe (Çukurova Ü.), Dr. Refik Budak (Dokuz Eylül Ü.), Dr. Kemal Turan Kalkandelen (Dokuz Eylül Ü.), Dr. Ç. Gökçe Gerçek (Düzce Ü.), Dr. Feride Aksu (Eğitici-Ege Ü.), Dr. Işıl Ergin (Eğitici-Ege Ü.), Dr. Selcen Sakaoğlu Manavgat (Ege Ü.), Arş. Gör. Ebe Gökçe Aslan (Ege Ü.), Dr. Mustafa Karadağ (Fırat Ü.), Dr. Asiye Uğraş Dikmen (Gazi Ü.), Dr. Burak Ardıçlı (Gazi Ü.), Dr. Güray Özen (Fırat Ü.), Dr. Evrim Gürhan (Pamukkale Ü.), Yük. Lisans Öğr. Sağlık Memuru Barış Kandemir (Trakya Ü.), Dr. İlknur Vatan (Uludağ Ü.), Dr. Murat Özdemir (Erciyes Ü.).