



TÜRKİYE'DE AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMALARI VE SERBEST ECZACILARA YANSIMALARINA İLİŞKİN RAPOR

GİRİŞ

24.11.2004'te yürürlüğe giren 5258 Sayılı "AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASI HAKKINDA KANUN" üzerine hazırlanmış olan raporda, Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında uygulamaya sokulan Aile Hekimliği Uygulamaları hakkında sorun alanları, sağlık sistemine katkısı ve serbest eczacılara yönelik taşıdığı risk ve tehditler genel bir çerçevede içinde incelenmişti. Bu raporda göze çarpan noktaları şu şekilde sıralamak mümkün:

I. Aile Hekimliği Uygulamasına Dair Genel Sorun Alanları

1. Alt Yapı Eksikliği (Eğitim,vb.)

- a) Aile Hekimi olabilmek için yeterli mesleki eğitim süresi ortalama 3,5-4 Yıldır. Oysa ki, mevcut Pratisyen Hekimler 10 günlük bir sertifika programı ile Aile Hekimi olmaktadır ve sunmaları gereken sağlık hizmetlerini sunabilecek donanıma sahip olamamaktadırlar.

2. Hekimlerin Artan İş Yükü Nedeniyle Koruyucu Sağlık Hizmetlerinden Uzaklaşarak Tedavi Odaklı Bir Sisteme Geçiş İhtimali

- a) Günde 80-100 hastaya bakmak durumunda olan hekimin koruyucu hizmetlere nasıl vakit ayıracağı bir soru işaretidir. Bu nedenle kısa süreli muayenelerin artması ile tedavi odaklı anlayış daha da pekişecektir.
- b) Aile Planlaması, Aşılama, Gebe-Bebek-Çocuk-Doğurgan Çağ Kadın İzlemleri, Çevre Sağlığı, Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele, Özürlü ve Yaşlı Bakımı gibi koruyucu sağlık hizmetleri, neredeyse imkansız hale gelecektir.
- c) Bu iş yükü ile imkansız hale gelen Koruyucu Hizmetlerin, sözleşme feshi tehlikesi nedeniyle nasıl sağlanacağı etik olmayan bazı uygulamaları gündeme getirebilecektir.

3. Sağlık Ocakları Tarafından Ciddi bir Ekip Çalışması Gerektiren Koruyucu/Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin bir veya iki tane Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Elemanları ile Yürütmeye Çalışmanın Zorluğu

- a) Sağlık ocağında mevcut ekip çalışması anlayışı ile bile zor verilmekte olan sağlık hizmetinden, işletmecilik esasına uygun davranacak aile hekiminin inisiyatifinde donanımsız ve az sayıdaki aile sağlığı elemanı ile yürütülecek kalitesiz sağlık hizmetine geçileceği ihtimali yüksektir.
- b) Aile Hekiminin her bir Aile Sağlığı Elemanı ile ayrı ayrı sözleşme yapacak olması ve maaşlarını kendisinin verecek olması 1. basamak temel sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin yolunu açacaktır.

4. Hekimlerin 1 Yıllık Sözleşme İle İş Güvencelerini Kaybetmeleri Ve Bir Sağlık Elemanı Olarak Kalmak Yerine Ciddi Bir İşletmeci Olmak Zorunda Olmaları.

- a) Koruyucu Hizmetleri yerine getiremeyen hekimlerin sözleşmeleri fesh edilecektir. Bu nedenle aile hekimi işletmeci olmak ve sağlık çalışanı olmak ikilemi arasında kalacak; bu durumda etik bozulmalarını önü açılacaktır.

5. Hekimlerin Birbirlerini Denetleyebildikleri Sağlık Ocağı Ortamı Yerine Karşılıklı Denetimin Varolmadığı Bir Sağlık Hizmet Üretimini Yaratılması

- a) Hekimlerin birbirlerini denetlemesine imkan tanıyan sağlık ocağı uygulamasının yerine hekimin yalnızlaşması ile ortadan kalkacak kendiliğinden denetim imkanı etik sorunları beraberinde getirecektir.

II. Özel Olarak Eczacılık Mesleği İle İlgili Sorun Alanları

1. Hak Kayıplarının Gündeme Gelmesi.
 - a) Mevcut Eczanelerin Görelî Avantajlarını Yitirecek Olması.
 - i. Hastane civarı eczanelerde ciro kaybı (Beraberinde semt eczanelerinde olası ciro yükselmesi)
2. Rekabet Ortamının Yaratılarak Mesleki Dayanışmanın Zarar Görmesi.
3. İşletmecilik Esasına Göre Hareket Edecek Aile Hekimi İle Eczacı Arasında Oluşabilecek Enformel İlişkiler Yüzünden Etik Sorunların Baş göstermesi.
4. Tek Kurum İle Yapılan Sözleşme Dolayısıyla Geri Ödeme Süresinin Artma Riski.

5. Ödeme Dışında Kalan İlaç Sayısının Artma İhtimali İle Tezgah-Üstü İlaçların Satışlarının Hızla Artması.
6. Aile Hekimlerinin Uzak Köy Ziyaretlerinde Yazmış Oldukları Reçetelerin Tanzimin Yapılması Hususunda Yasal Çerçevenin Kesinleşmemesi.

III. Öneriler

- A) Aile Hekimlerinin iş yükünün azaltılması için gerekli önlemler alınmalıdır. Bu minvalde, sistemin daha sağlıklı yürümesi için aile hekimine kayıtlı vatandaş sayısının 3000'i fazla aşmaması aile sağlığı merkezi sayısının yeterli ve merkezlerin fiziki şartlarının hasta kabulüne uygun hale getirilmesi.
- B) Aile Hekimliğine geçilen bölgelerde koruyucu sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilip gerçekleştirilmediğine dair kontrolü gerçekleştirecek etkin bir denetim mekanizmasının oluşturulması.
- C) Aile Hekimleri arasında oluşacak olası rekabetin önüne geçecek, halk sağlığı ve etik kuralları temel alan bir işleyişin temin edilmesi.
- D) Aile Hekimi/Eczacı arasında oluşacak etik bozulmalarının takibinde ve çözüme ulaştırılmasında İl Sağlık müdürlükleri bünyesinde Bölge Eczacı Odaları'nın da içinde bulunduğu denetleyici bir yapının oluşturulması.
- E) Aile hekimliği uygulaması yapılan illerde Türk Eczacıları Birliği ile Sağlık Bakanlığı arasında imzalanmış protokol uyarınca, eczane hizmeti verilemeyen köyler de tanzim olunan reçetelerin oda tarafından anlaşmalı eczaneler arasında paylaştırılmasının yasal bir dayanağa bağlanması sürecinin takip edilmesi.
- F) Aile hekimlerinden eczanelere yapılabilecek yönlendirmelerin engellenmesi (belgelenmesi durumunda) için öngörülecek cezai yaptırımların yer alacağı yönetmelikte net ifadelerin yer alması.
- G) Aile Sağlığı Merkezi - Toplum Sağlığı Merkezi - İl Sağlık Müdürlüğü arasındaki ilişkilerin ve yetki paylaşımının netleştirilmesi ve etkin bir görev dağılımının gerçekleştirilmesi için mutlak surette yasal bir çerçeve oluşturulması.
- H) Elektronik reçete sistemine biran önce geçilmesiyle, mevcut ve olası sorunların daha nitelikli takibinin gerçekleştirilmesi ve çözüme ulaştırılması.

- I) Ayrıca faaliyet içinde olan bir eczane ile aynı binanın veya yapının içinde 1. Basamak Sağlık Kuruluşu olarak değerlendirilen (SUT, Madde 2.1) Aile Hekimliği birimlerinin açılması durumunda nasıl bir tedbir alınacağı ile ilgili herhangi bir yasal düzenleme mevcut olmadığı için bir an önce bu yasal boşluğun giderilmesi ve gerekli düzenlemenin yapılması gerekmektedir.¹

IV. Aile Hekimliği Soru Formlarının Değerlendirilmesi

Bu genel değerlendirmeler ışığında, tüm Bölge Eczacı Odaları'na gönderilmek üzere bir soru formu hazırlanmış ve tüm Bölge Eczacı Odalarına gönderilmiştir. Bu soru formları ile Aile Sağlığı Merkezi (ASM), aile hekimi sayısı, hekim başına düşen nüfus, kapsanan toplam nüfus, ilaç satış oranlarında kutu ve YTL bazında değişim, yer değiştiren eczane sayısı gibi göstergelere ulaşılmaya çalışılmıştır. 27.08.2008 tarihinde 51 Bölge Eczacı Odası'na gönderilen soru formlarını doldurarak Birliğimize gönderen Bölge Eczacı Odası sayısı 11'dir. Söz konusu geri bildirimlerden ulaşılabilen göstergeler aşağıdaki Tablolarda sıralanmıştır.

TABLO 1

¹ "Eczaneler ve Eczane Hizmetleri Hakkında Yönetmelik" in 9.Maddesinin 5 nci fıkrası, 02.11.2007 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan düzenleme ile, "Muayenehaneler ile sadece tahlil ve görüntüleme hizmeti veren laboratuvar tanı merkezleri hariç olmak üzere, içinde sağlık kurum ve kuruluşu bulunan bina ve bahçesi ile müştemilatında serbest eczane açılmaz. Havaalanları, otoparklar ve tren garlarında bu kısıtlama uygulanmaz. Üniversiteler; ticari nitelik taşımaksızın münhasıran eczacılık fakültesi öğrencilerinin eğitimi amacıyla açacakları uygulama eczaneleri dışında, mediko-sosyal merkezi eczaneleri de dahil olmak üzere ticari amaç güden eczane açamazlar" şeklinde düzenlenmiştir. Bu düzenlemeye ilişkin olarak; hizmet vermekte olan sağlık birimlerinin esas alındığı; ancak faaliyet göstermekte olan bir eczanenin üzerine sağlık kuruluşu açılması durumunda ne yapılacağı ile ilgili herhangi bir hüküm bulunmamasının, düzenlemede bir boşluk yarattığı konusundaki endişemiz, 13.03.2008 tarihli yazımız ile Sağlık Bakanlığımıza aktarılmıştır. İlgili mevzuatta "İçinde eczane bulunan bina ve bahçesi ile müştemilatında da Sağlık Kurum ve kuruluşu açılmaz" şeklinde bir ilave yapılması önerimiz sunulmuştur.

Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nün konuya ilişkin 27.03.2008 tarihli cevabında, önerimizin değerlendirilmesi sonucunda, görüşümüz Sağlık Bakanlığı tarafından da olumlu bulunmuştur. Sağlık kurum ve kuruluşlarının ruhsatlandırılmasına ilişkin usul ve esaslarının belirlendiği mevzuatta düzenleme yapılacağı belirtilmiştir. Ancak bugüne kadar herhangi bir düzenleme yapılmamıştır.

	HİZMETTEN FAYDALANAN/FAYDALANACAK KİŞİ SAYISI	KENT	KIRSAL
Bolu (Sakarya)	273.555	153.191	120.364
Düzce (Sakarya)	303.313	197.154	106.160
Adana	2.006.000	1.785.340	220.660
İsparta	379.812	v.y.	v.y.
Manisa	1.257.000	955.320	301.680
Edirne	396.462	v.y.	v.y.
Çorum	v.y.	v.y	v.y
Amasya	308.901	213.142	95.759
Karaman	225.000	v.y	v.y
Samsun	1.169.051	738.747	430.334
Eskişehir	706.430	571.658	134.772
Elazığ	560.000	400.000	160.000
Osmaniye	v.y	v.y	v.y
Toplam	6.584.281	5.014.552	1.569.729

Bölge Eczacı Odaları'ndan gelen veriler ışığında 6.584.281 bireyin kapsandığı pilot uygulamalara dair genel bir çerçevenin çizilmesi daha olanaklı ve somut verilere dayanması itibarıyla daha gerçekçi olmuştur. Yapılan çalışmada, Aile Hekimliği uygulamalarının kapsadığı kır nüfusu 1.569.729 iken kent nüfusu 5.014.552 olarak belirlenmiştir (Tablo 1).

Soru formlarından elde edilen veriler ışığında 12 ilde toplam 835 adet Aile Sağlığı Merkezi ve 111 adet Aile Hekimliği Birimi bulunmaktadır (Tablo 2). Ne yazık ki, toplam Aile Hekimi sayısına soru formları ile ulaşılamamıştır.

TABLO 2

	AİLE SAğLIğI MERKEZİ	AİLE HEKİMİ SAYISI	TOPLUM SAğLIğI MERKEZİ
Bolu (Sakarya)	28	v.y.	v.y.
Düzce (Sakarya)	31	v.y.	v.y.
Adana	142	589	v.y.
Isparta	48	v.y.	v.y.
Manisa	150	v.y.	17
Edirne	29+18 (AH Birimi)	110	v.y.
Çorum	102	v.y.	v.y.
Amasya	40+93 (AH Birimi)	v.y.	v.y.
Karaman	44/72 (İL)	v.y.	v.y.
Samsun	125	v.y.	v.y.
Eskişehir	58	208	
Elazığ	68	167	
Osmaniye	v.y.	v.y.	v.y.
Toplam	835+111 (AH Birimi)		

Farklı illerde farklı yıllarda uygulamaya sokulan Aile Hekimliği sistemi içinde, elde edilen veriler ışığında Aile Hekimi Başına düşen nüfusun ortalama 3000 ile 3500 arası değiştiği gözlenmiştir (Tablo 3).

TABLO 3

	BAŞLANGIÇ TARİHİ	AH BAŞINA NÜFUS
Düzce (Sakarya)	15.09.2005	3000-3500
Bolu (Sakarya)	16.02.2006	3500-4000
Eskişehir	17.07.2006	4000 (kent)-2500 (kır)
Edirne	01.12.2006	3500
Elazığ	01.01.2007	
Isparta	15.01.2007	3500
Samsun	01.03.2007	3590
Sinop	15.08.2007	v.y.
Amasya	01.12.2007	3500
Manisa	01.01.2008	3250
Çorum	01.01.2008	3000-3500
Osmaniye	01.01.2008	3500
Karaman	15.01.2008	3000
Adana	21.05.2008	1700-5400

Bu temel verilere ek olarak, Bölge Eczacı Odalarına gönderilen soru formları içindeki diğer sorular ve bu sorulara verilen cevapları şu şekilde tasnif etmek mümkün:

1.Aile hekimleri bölge ve nüfusun ihtiyacına göre rasyonel bir biçimde dağılmakta mıdır?

	EVET/HAYIR
Düzce (Sakarya)	Hayır
Bolu (Sakarya)	Evet
Edirne	Hayır
Isparta	Evet
Samsun	Evet
Sinop	Evet
Amasya	Evet
Manisa	Hayır
Çorum	Evet
Eskişehir	Evet
Osmaniye	Hayır
Karaman	Evet
Elazığ	Evet
Adana	Hayır

Rasyonel dağılımın olmadığı illerde, hekim başına düşen nüfusun gün geçtikçe artması ve aile hekiminin hastaların mahallelerine çok uzak noktalarda hizmet vermesi ana sebep olarak gösterilmektedir.

2. Aile hekimleri kendilerine ait yeni muayenehanede mi yoksa eski sağlık ocağı bünyesinde mi hizmet vermektedir?

	SAĞLIK OCAĞI	ÖZEL MUAYENE
Düzce (Sakarya)	X	-
Bolu (Sakarya)	X	-
Edirne	22	7
Isparta	X	İzin Verilmiyor
Samsun	123	2
Amasya	X	Yeni Başladı
Manisa	342	36
Çorum	Mevcut	Mevcut
Osmaniye	X	-
Karaman	X	-
Eskişehir	X	8
Elazığ	X	-
Adana	121	21

3. Aile hekimliğinin uygulanmaya başlamasından sonra bölgenizde kutu ve YTL bazında ilaç satış miktarı, önceki döneme göre değişmiş midir? Değişti ise ne yönde bir değişim söz konusudur?

DEĞİŞİM	KUTU BAZINDA	YTL BAZINDA
Düzce (Sakarya)	Artış	Artış
Bolu (Sakarya)	Merkezde Değişmemiş Bölge Genelinde Olumlu	Merkezde Değişmemiş Bölge Genelinde Olumlu
Edirne	Poliklinik ve Reçete Sayısında Artış (Reçete Ort. 35 YTL)	Poliklinik ve Reçete Sayısında Artış (Reçete Ort. 35 YTL)
Isparta	Artış	Artış
Samsun	Artış	Artış
Amasya	v.y.	v.y.
Manisa	Artış Yok	Artış Yok
Çorum	%20 Artış	%20 Artış
Osmaniye	Artış	Artış
Karaman	Önemli Artış Yok	Önemli Artış Yok
Eskişehir	Artış Var (Reçete Başına %15-20)	Artış Var (Reçete Başına %15-20)
Elazığ	Yok	Yok
Adana	Artış	Artış

AH Uygulamasının başlaması ile pratisyen hekim düzeyindeki doktorların uzman doktor reçetesi yazabilir hale gelmesinden kaynaklı olarak ilaç satışlarında kutu bazında ve YTL bazında bir artışın yaşandığı kabul edilmektedir. Öte yandan, daha önce hazırlanmış olan Rapor'da "Altyapı eksikliği" olarak adlandırılan, Pratisyen hekimlerin 10'ar günlük eğitimler ile Aile Hekimi olmalarından kaynaklı sorunların varlığı bilinmektedir. Avrupa'da 3,5-4 yıl olan AH uzmanlık süresince kazandırılan niteliklerin Türkiye'de bu denli kısa bir sürede verilmesi imkansızdır. Ayrıca, bu şekilde eğitim almış AH'lerin, bütünlüklü olmak yerine tedavi odaklı bir sağlık hizmetinin pekişmesini hızlandırması muhtemeldir. Bu durumun ileride çok önemli bir sorun alanı olarak etkilerinin devam edeceği düşünülmelidir.

4. Aile hekimliği uygulaması başladığı tarihten bugüne, hekimlerin *koruyucu sağlık hizmetleri* (İlgili kanuna göre-5258 Sayılı- hekimin koruyucu sağlık hizmetlerini en az yüzde 80 oranında gerçekleştirmesi beklenmektedir) konusundaki uygulamaları denetlenmekte midir? Eğer denetleniyor ise, denetimde hangi yöntem uygulanmaktadır?

DENETİM	YAPILIYOR	YAPILMIYOR
Düzce (Sakarya)	İl Sağlık Müd. (Yılda iki kez)	-
Bolu (Sakarya)	İl Sağlık Müd. (Yılda iki kez)	-
Edirne	AHBS ve Yerinde kontrol	-
Isparta	İl Sağlık Müd. (Periyodik)	-
Samsun	v.y.	v.y.
Amasya	v.y.	v.y.
Manisa	X ²	-
orum	İl Sağlık Müd.	-
Osmaniye	İl Sağlık Müd.	-
Eskişehir	X	-
Karaman	X ³	-
Elazığ	İl Sağlık Müd.	-
Adana	-	X ⁴

AH uygulamaları hakkında hazırlanan Raporun başında, günde 80-100 hastaya bakmak durumunda olan aile hekimin aile planlaması, aşılama, gebe-bebek-ocuk-doğurgan ağ kadın izlemleri, evre sağlığı, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, zrl ve yaşlı bakımı gibi koruyucu sağlık hizmetlerini yerine getirmesinin neredeyse imkansız hale geleceği tespiti yapılmıştı. Bu tespitten hareketle, bu iş yükü ile imkansız hale gelen koruyucu hizmetlerin, sözleşme feshi tehlikesi nedeniyle nasıl sağlanacağı ise etik olmayan bazı uygulamaların gündeme gelmesine neden olacağı iddia edilmişti. Ayrıca kısa süreli muayenelerin artması ile tedavi odaklı anlayışın yerleşeceği de iddia edilmişti.

Denetimlerin yapılması - özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin devamlılığına yönelik - AH Uygulaması için en önemli sürdürülebilirlik kriteridir. Zira, İl Sağlık Müdürlükleri'nin denetimlerinin (yerinde ve AHBS kanalıyla), teşvik edici olması mesleki sorumluluk anlayışının pekiştirilmesi yoluyla değil sözleşme feshi tehdidi ve performans kriterleri ile

² Aşılamada %100 olmasa da hedeflenen rakama ulaşılmış. Bebek ve gebe izleminde istenen düzey yakalanmış.

³ Denetimler sıklı. Performansa göre maaş uygulaması aşılamanın düzgün ilerlemesine sebep oluyor.

⁴ Uygulamanın yeni başlatılmış olması.

sağlanmaya çalışılmaktadır. Bu metodun etik bozulmalara neden olması şiddetle muhtemel görünmektedir.

5. Bölgenizde aile hekimliği uygulaması başladıktan sonra hekimlerini değiştirmek üzere başvuran hasta sayısı nedir?

	HEKİM DEĞİŞTİREN BİREY SAYISI
Düzce (Sakarya)	1000 Altı
Bolu (Sakarya)	% 35 (96.000)
Edirne	% 13,2 (51.540)
Isparta	v.y.
Samsun	163.857
Amasya	% 4 (12.356)
Manisa	% 7 (88.000)
Çorum	0 ⁵
Osmaniye	% 20
Karaman	8560
Eskişehir	135.000 (Başvuru)
Elazığ	% 10 (56.000)
Adana	0 ⁶
Toplam	612.313 +

6. Uygulama nedeniyle hekimler arasında rekabet söz konusu mudur? Bu uygulama hekimler arası mesleki ilişkiyi ne yönde etkilemektedir?

	HEKİMLER ARASI REKABET
Düzce (Sakarya)	Yok
Bolu (Sakarya)	Yok
Edirne	Var
Isparta	Var
Samsun	v.y.
Amasya	Yok (Bitirildi)
Manisa	Var
Çorum	Var
Osmaniye	Var
Karaman	Var (Olumlu)
Eskişehir	Var (AH/AH, AH/Uzman)
Elazığ	Var
Adana	Var

⁵ AH Uygulamasının 6 aylık süresi Haziran ayında dolmuş ancak veriye ulaşamamıştır.

⁶ Uygulama 6 Ayı geçmediği için AH değiştirilemiyor.

Soru formları ile elde edilen veriler ışığında, poliklinik sayısının arttığı ve sevk oranının azaldığı tespit edilmiştir. Bu durum, rekabetin kaynağı olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca doktorların, hasta kayıtlarını artırmak için kişileri ikna etmek adına mahalle mahalle dolaştığı belirtilmektedir. Öte yandan, etik bozulmalara da neden olan bu rekabet anlayışının olumlu yönlerinin (kaliteli sağlık hizmeti) olduğu da soru formlarında karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık hizmetinin kalitesi önleme, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinin hepsinin gerçekleşmesi ile ölçülebilir. Hizmet kalitesi sadece tedavi odaklı bir anlayış ile ölçülemez. Koruyucu sağlık hizmeti denetimlerinin bir şekilde (AHBS, yerinde denetim vb.) yapılıyor olmasının (kısıtlı da olsa), tam ve nitelikli bir sağlık hizmetinin sunulması adına yeterli olarak görülemeyeceği ortadadır. Çünkü, doktorların işletmeci, hastaların müşteri rolüne büründürüldüğü AH uygulamaları süreç içinde önemli finansman ve işletmecilik gerektirecek bir sistem yaratacağı ve hekimi işletmesinin kârlılığını düşünmek ile nitelikli sağlık hizmeti sunmak için gerekenleri yapmak ikileminde bırakacağı için bu hizmetlerin sunumunda uygunsuz durumların ortaya çıkması çok muhtemeldir. Bu sürecin, performans kriterleri ve sözleşme fesih tehditleri ile kontrol altında tutulması zor görünmekle beraber, süreç içinde daha da kötüleşmesine sebep olacaktır. Hekimlerin içine düşürüldüğü bu ikilem, kaçınılmaz olarak etik sorunları beraberinde getirecektir.

7. Aile Sağlığı Merkezleri ile Toplum Sağlığı Merkezleri arasındaki iletişim ve koordinasyon ne şekilde kurulmaktadır?

	İLETİŞİM ŞEKLİ NASIL?
Düzce (Sakarya)	Özellikle Koruyucu Hizmetler için TSM'ye Rapor
Bolu (Sakarya)	Özellikle Koruyucu Hizmetler için TSM'ye Rapor
Edirne	Telefon, -email, fax ve yazı
Isparta	TSM-ASM-İSM arası koordinasyon mevcut
Samsun	v.y.
Amasya	v.y.
Manisa	İnternet, telefon, msn, cep telefonu
Çorum	Resmi Kurum İlişkisi
Osmaniye	v.y.
Karaman	Telefon, Yüzyüze
Eskişehir	ASM-TSM Arası Etkin İletişim
Elazığ	E-mail yoluyla, Ancak İletişim Eksikliği Mevcut
Adana	v.y.

AHBS'nin yaygınlaşması ile daha etkin bir iletişim ağının kurulduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Ayrıca iki resmi kurum arası olağan görüşmelerin ötesinde msn, e-mail gibi araçların kullanılması iletişimin daha etkin hale geldiğinin göstergesi olabilir. Ancak Bölgelerden daha fazla veri elde edilmesi ile iletişimin etkinliğine dair daha gerçekçi tespitler yapılması mümkün olacaktır.

V. Serbest Eczacılık Uygulaması- Aile Hekimliği Uygulamaları

Bu konuda odaklanılması gereken birkaç önemli başlığı şöyle sıralamak mümkün:

- Eczanelerin Yer Değiştirmesi
- Kırsal Bölgeye İlaç Temini
- Eczacı-Doktor Arası İlişkinin Düzeyi/Niteliği
- Eczacı-Eczacı İlişkisi

8. Aile hekimliğinin uygulanmaya başlamasından sonra bölgenizde eczanelerin yer değişikliği söz konusu olmuş mudur? Olmuş ise ortalama kaç eczane, genel olarak ne biçimde yer değiştirmiştir?

DEĞİŞİM	OLMUŞTUR	OLMAMIŞTIR
Düzce (Sakarya)	X	-
Bolu (Sakarya)	X (5)	-
Edirne	X (9)	-
Isparta	X (18)	-
Samsun	X (11)	-
Amasya	X (6)	-
Manisa	X(29)	-
Çorum	X (5)	-
Osmaniye	X	-
Karaman	-	X
Eskişehir	X (61)	-
Elazığ	X (10-15)	-
Adana	X (61)	-
Toplam	220	-

Yeni eczane açılışlarının artık ASM'ler civarında olması zaten olağan bir sürece tekabül etmektedir. Semtler ve köylerde (ASM bulunan) hareketliliğin arttığı gözlenmektedir. Buralara yeni eczaneler açılmaya başlanmıştır. Ayrıca aile hekimliğinin başladığı yerlere, başlamamış olan illerden eczane nakilleri söz konusudur.

9. Aile hekimliğinin uygulanmaya başlaması ile kırsal kesimde ilaç hizmeti nasıl verilmektedir? Eczanelerin bu kesimlere taşınması söz konusu olmuş mudur?

	KIRSAL KESİMDE İLAÇ HİZMETİ NASIL VERİLMEKTEDİR. ECZANELERİN TAŞINMASI SÖZKONUSU MU?
Düzce (Sakarya)	Merkeze Gelinmektedir
Bolu (Sakarya)	v.y.
Edirne	Merkeze Gelinmektedir ve Merkeze Giden Kişi Aranmaktadır). Yeni Eczaneler Açılmakta.
Isparta	Mobil Hizmetler ve Yeni Eczaneler Açılmakta.
Samsun	Taşınmalar Yaşanmaktadır
Amasya	Mobil Hizmetler
Manisa	Mobil Hizmet ⁷
Çorum	Merkeze Gelinmekte. Taşınma Yok
Osmaniye	Taşınma yok. Etik Olmayan Reçete Toplanması
Eskişehir	Merkeze taşınma artmış durumda. Mobil Hizmet için Çalışılıyor.
Karaman	Taşınma Yok. Merkeze Gelinmektedir.
Elazığ	Eczaneler Bu bölgeler taşınmaya Başlamıştır.
Adana	Taşınma ve Yeni Eczane Açılması.

Kırsal kesimde sürdürülen ASM faaliyetleri sonucu, reçetelerin karşılanmasında en yaygın yol eczane açılması veya taşınma olmakla beraber bazı odalar mobil hizmet adı verdikleri uygulamalar ile ilaç hizmetini yürütmekteler.

⁷ İSM ile Protokol gereğince eşit parasal limitle eczaneler tarafından sıra listesine istinaden karşılanmaktadır.

10. Bu uygulama, eczaneler arasında uygunsuz rekabet koşullarından kaynaklı etik bozulmalar veya herhangi bir sıkıntı yaratmış mıdır? Odanıza bu yönde herhangi bir başvuru yapılmış mıdır?

	ECZANELER ARASINDA ETİK BOZULMA
Düzce (Sakarya)	Eczacı ve AH'ye Yönelik ortak yaptırımlar için çalışılmalı
Bolu (Sakarya)	Eczacı ve AH'ye Yönelik ortak yaptırımlar için çalışılmalı
Edirne	Eczacı-AH arası çıkar ilişkisi kaynaklı bozulma. Kırsal kesimde köy ileri gelenlerince reçete yönlendirmesi yapılmakta.
Isparta	Doktor merkezli/yönlendirmesiyle etik bozulma yaşanmakta.
Samsun	Başvuru yok.
Amasya	Başvuru yok. Ancak belirtiler var.
Manisa	Etik olmayan reçete yönlendirmelerden kaynaklı bozulma mobil hizmet ile engellenmiştir.
Çorum	Başvuru yok.
Osmaniye	Kısmen Mevcut
Karaman	Kırsal Kesimde
Eskişehir	Muvazaaya ilgi artmış. Eczacı-AH-İlaç Firması arası yoğunlaşmış ilişkilerde artış.
Elazığ	Herhangi Etik Bozulma veya bu konuyla ilgili Başvuru Olmamıştır
Adana	Ciddi bir artış gözlenmekte.

VI. SONUÇ

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kanunu ve Pilot illerdeki genel görünüm dikkate alınarak hazırlanan Rapor'un somut olgularla desteklenmesi için hazırlanan soru formları 51 Bölge Eczacı Odasına ulaştırılmış ancak formlar sadece 11 Bölge Eczacı Odası tarafından doldurularak geri gönderilmiştir. Kuşkusuz, daha çok bölgeden (AH Uygulaması Başlamış) gelecek veriler ile Raporun çok daha gerçekçi tespitlere imkan tanıyacağı ortadadır.

Soru formlarını cevaplandıran Odaların bulunduğu bölgeler içinde AH uygulamasınca kapsanan 6.024.281 kişi vardır. Ve bu rakam, genel bir tespit yapmaya imkan tanıyacak bir nitelikte görüldüğünden, AH Uygulamaları hakkında genel kanımız üzerinden nitelikli tespitler yapabilmek olanaklı olmuştur.

Genel olarak, Rapor'un girişinde tartışılan Sorun Alanları'nın somut bir şekilde varolduğu ve sağlık hizmet üretiminin gün geçtikçe özelleştirme mantığına uygun bir şekilde dönüştürüldüğü ortaya çıkmıştır.

Sağlık Hizmetinin kapsamı diğer hizmet ve mal üretimlerinden farklıdır. Hastalığı tedavi etmenin ötesinde hastalık ortaya çıkmadan önlemeyi amaçlayan sağlık hizmeti bu özelliği nedeniyle diğer üretimlerden farklı değerlendirilmesi gereken, neticede insan hayatı ile doğrudan ilişkili bir hizmet biçimidir. Bu nedenle sadece tedaviyi değil önleme ve rehabilitasyon süreçlerini de içermelidir. Ancak fark edildiği üzere, AH sadece tedaviye odaklı bir sistem olarak ilerlemektedir. Hekim başına düşen nüfusun ortalama 3500 civarında olması ve günlük poliklinik sayısının 80-100 civarında değişmesi, iş yükünün ne kadar ağır boyutlarda olduğunu göstermektedir. Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetlerinin bu ağır iş yükü ile nasıl yürütüldüğü hala belirsizdir.

Hekim değiştirebilme seçeneği, aile hekimleri arasında bir rekabetin oluşmasını kaçınılmaz kılmaktadır. Böylelikle hasta kayıtlarını belli bir seviyede tutabilmek ve daha fazla ek gelir elde edebilmek adına iş yükleri ne kadar artarsa artsın, Aile Hekimleri hasta kaydetmeye sürekli devam edeceklerdir. Eldeki veriler ışığında 11 Bölgedeki 6.024.281 hasta içinde yaklaşık 600.000 hasta, hekimini değiştirmiştir. Bu rakamın yıllara göre araştırılması eldeki veriler ile mümkün olmadığından bu sirkülasyonun tam olarak ne anlama geleceğini tespit etmek zordur. Ancak bazı kırsal kesimlerde, yazdıkları reçeteleri bile yönlendirmeye çalışan

AH'lerin varlığı Raporun başında tanımlanan sorun alanının ne kadar ciddi olduğunu göstermektedir. “Aile Hekimi işletmeci olup işletme kârlılığını düşünmek ile sağlık çalışanı olarak toplum sağlığı adına çalışmak ikilemi arasında kalarak etik bozulmaların önü açılacaktır” tespiti özellikle kırsal bölgelerde kendini somut örnekler ile göstermeye başlamıştır.

Öte yandan, eskiden pratisyen olan hekimlerin, aile hekimi olmasıyla uzman reçeteleri yazabilmeleri neticesinde ilaç tüketiminde bir artış olmuş ve bu eczane cirolarına yansımıştır. Ancak daha fazla kazanç amacıyla Eczacı-Aile Hekimi-İlaç Firması arasındaki yoğunlaşmış ve etik olmayan ilişkinin varlığı eczaneler arasında bu genel ciro artışının eşit ve etik bir şekilde paylaşılmasının önünde engeldir. Çözüm yolunda Odalar farklı adımlar atmaktadırlar. Örneğin, Bölge Eczacı Odaları, İl Sağlık Müdürlükleri ile imzaladıkları Protokoller aracılığıyla kırsal kesime mobil hizmetler sunmakta ve reçetelerin eşit bir şekilde sırayla dağıtılmasını sağlamaktadırlar.

Diğer bir taraftan, hastane ve sağlık ocağı karşısındaki eczanelerde önemli ciro kayıpları olması kaçınılmaz olacağından, bu eczanelerin sorunlarının nasıl giderileceği soru işaretidir. Bu hak kaybını gidermek için etik olmayan yollara başvurularak AH'ler ile etik olmayan ilişkiler kurulması muhtemel görünmektedir. 11 Bölgede AH Uygulaması başladıktan sonra toplam 205 eczane taşınmıştır. (yer değiştirmiştir). Bu hareketlilik Bölge Eczacı Odaları tarafından dikkatle denetlenmesi gereken bir olgudur.

Son olarak şu ifade edilebilir ki *Sağlıkta Neoliberal Dönüşümün* çatısı SSGSS ise Aile Hekimliği Uygulamaları ve şu an Taslak halindeki Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı bu yapının yerellerdeki bölümü olacaktır. Dönüşüm sağlığın bir hak olmaktan çıkarılması temelinde şekillenen, sağlık hizmet üretimini özelleştirme mantığı çerçevesinde yapılandırılan bir sürece tekabül etmektedir. Aile Hekimliği Uygulamaları da hekimin işletmeci haline geldiği hastanın tam anlamıyla müşteri haline getirildiği bir sistem gibi işlemeye başlamıştır. Bununla birlikte, etik bozulmalara karşı elde etkili bir mekanizma bulunmaması ile sağlık çalışanları arasında uygunsuz ilişkilerin gelişmesi ve artması kaçınılmaz olacaktır. Çünkü, kâr mantığıyla yürütülen bir işletme haline getirilen ASM'lerin, insan sağlığını ikinci plana koyması ve böylelikle kaçınılmaz bir şekilde AH uygulamalarının Türkiye sağlık sisteminin önümüzdeki dönemde en önemli sorun alanlarının başında geleceği gözden kaçmamalıdır.