

AİLE HEKİMLİĞİ DEĞERLENDİRME ÇALIŞTAYI

3-4 MART 2018

KIZILCAHAMAM, ELİZ OTEL

3.3.2018 Cumartesi 09.30'da Halk Sağlığı Genel Müdürü Dr. Hüseyin İlter tarafından yapılan açılış konuşmasında en son 2009 yılında yine burada bir çalışma yapıldığı, 2005 yılında Düzce'de başlayan pilot uygulamanın 2010 yılında tüm Türkiye'ye yayıldığı, 26.000 aile hekimi olduğu, 2020 yılında aile hekimine düşen nüfusun 3200'den 2000'e çekileceği, 41.500 aile hekimine ihtiyaç olduğu, sahadaki aile hekimlerinin sadece %7'sinin aile hekimliği uzmanı olduğu, SAHU uygulamasının çok fazla rağbet görmediği belirtildi. SABİM'in 90.000 kişi ile yaptığı araştırmada hasta memnuniyetinin %88 olarak bulunduğu, e-nabızda hasta memnuniyetinin %92 olarak saptandığı, geçen yıl yapılan antibiyotik operasyonu sonucunda antibiyotik kullanım oranının %9'lara kadar düştüğü belirtildi. Burada sayısı az, niteliği yüksek bir grubun olduğu, 1.5 gün boyunca gruplara ayrılarak sorunların tartışılacağı, buradan çıkacak sonuçların 10 gün içinde Sayın Bakana sunulacağı belirtildi.

3.3.2018 Cumartesi saat 10.00-23.30

Grup Çalışmaları

Sivil Toplum Kuruluşları Çalışma Grubu

Fasilitatör: Av. Halil Şen

Katılımcılar:

Prof. Dr. Esra SAATÇI TAHUD (Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı)

Uzm. Dr. Şehnaz HATİPOĞLU TAHUD (İzmir Konak 24 No'lu M.F. Özsaruhan Aile Sağlığı Merkezi)

Dr. Akif Emre EKER AHEF (Ankara Gölbaşı Dr. Vecihi Murat Kutlay Aile Sağlığı Merkezi)

Dr. Şenol ATAKAN AHEF (Aksaray Merkez Musa Toprak Aile Sağlığı Merkezi)

Dr. Ümit İŞILDAK AHEF (Kayseri Melikgazi Osman Ulubaş Aile Sağlığı Merkezi)

Filiz BİRDANE ASEF (Edirne Merkez Binevler Aile Sağlığı Merkezi)

Pervin ÇELTIKLIOĞLU ASEF (Muğla Mentеше 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezi)

Dr. Gürsel ÖZER AHESEN (İstanbul Esenyurt Hamit Demir Aile Sağlığı Merkezi)

Temsilen SAĞLIK-SEN

Temsilen SAĞLIK-SEN

Doç. Dr. Gürkan SERT HAYAT (Hasta ve Hasta Yakınları Derneği temsilcisi)-
Marmara Üniversitesi

Doç. Dr. Reşat DABAK TAHEV - Türkiye Aile Hekimliği Vakfı

ALTI ÇALIŞMA GRUBU, ALTI KONU (ALTIDA ALTI)

1. AH Uygulamasında Eğitim

a. Mezuniyet Öncesi Eğitim

b. Birinci aşama

c. İkinci aşama

d. Örgün uzmanlık eğitimi

e. Sözleşmeli aile hekimi uzmanlık eğitimi

f. Hizmet İçi Eğitim

g. Diğer

Esra Saatçi'nin önerisi ile AH eğitimleri üç alt başlıkta ele alındı: MÖE, Uzmanlık eğ,
SMG.

1.a. MÖE:

* Her tıp fakültesi öğrencisinin mümkün olan en erken dönemde AH'liği ile tanışmalıdır.

* Tıp Fakültelerinde sadece TUS'a yönelik eğitim olmamalıdır. Birinci basamağa yönelik eğitim verilmeli, farkındalık sağlanmalı, genel tababet nosyonu olmalıdır. Ülkemizde 46 ana dal ve 46 yan dal uzmanlık düşünüldüğünde 200.000 uzmana ihtiyaç vardır. Toplam doktor sayımız 130.000'lerdedir.

1.b. Uzmanlık eğitimi

TAHUD: Çift uzmanlık eğitimi olmamalı.

AHEF: SAHU hem işleyiş açısından hem de geride kalan açısından sorun olmuştur. Sahada çalışan hekimlere uzman olmak istiyor musunuz diye sorulmamıştır. Siz ne olmak istiyorsunuz diye sorulmamıştır.

Sağlık Bakanlığı, vatandaşa sana birinci basamakta uzman doktor bakıyor demek istemiştir.

TAHEV: Hekimin uzman olması değil yeterli olması önemlidir.

AHEF: Aynı ASM'de aynı işi yapan hekimlerin özlük hakları farklı olmamalıdır.

Adları farklı olabilir, özlük hakları aynı olmalıdır. ASM şartlarında aynı haklara sahip olmalıdırlar. ASM'deki hasta için; bazı doktor ilaç yazamıyor, bazı doktor rapor çıkartamıyor, dolayısıyla hastanın gözünde iki farklı hekim vardır.

TAHEV: Hiçbir hasta, doktora gidip ilacını yazdıramama durumuna düşmek istemez. Birinci basamakta diyabet kontrolü şu anki koşullarda bir hayal çünkü ekip çalışması ve reçete ve rapor kısıtlılıkları var.

Daha önce 2017 olarak belirlenen ancak uygulanmayan deadline kesin olarak belirlenmelidir.

Özlük hakları eşitlenmelidir.

1.c. Sürekli Mesleki Gelişim:

Birinci ve ikinci aşama eğitimlerini başarı ile tamamlayanlara ekstra para ödemesi yapılmalıdır.

Birinci aşama ve ikinci aşama uyum eğitimleri devam etmektedir, ikinci aşama uyum eğitimi alan 16.000 kişi vardır. Hala eğitim almayı bekleyen 2000 kişi vardır.

Sendika: Başarmış olanlara sertifika verilmeli ve kalıcı aile hekimliği yapabilmesinin sağlanmalıdır.

Müdürlükler, valilik ve Sağlık Bakanlığı oluru olmadan SMG yapmamalıdır. SMG'ler STK'lar tarafından yapılmalıdır.

Deadline yoksa birinci aşama uyum eğitimleri devam etsin ve eğitimlerin içeriği güncellensin talepleri dile getirilmiştir.

2. İŞYÜKÜ

2.a. Aile hekimliği uygulaması kapsamında yerine getirilmesi gereken görev ve sorumluluklar

2.b. Aile hekimliği uygulaması dışındaki görev ve sorumluluklar

2.c. Reçete, rapor ve sevk

2.d. Olması/olmaması gerekenler

2.e. Diğer

Sağlık Bakanlığı, hasta-hekim ilişkisinde bir paradigma değişikliğine gitmek zorundadır. Avrupa Birliği ve OECD ortalamasına göre hekime müracaat sayıları çok yüksektir. İş yükü, iş doyumunu sağlayacak şekilde planlanmalıdır. Reçete yazmak, aile hekiminin tek işi değildir, koruyucu ve tedavi edici hizmetleri sunmalıdır. Aile hekiminin örselenmişliği istihdam sorunundan kaynaklanmaktadır.

ASE: İş yükü çok fazladır; tek kişi birçok işe koşturmak zorunda kalmaktadır (kan alma, 15-49, gebe, okul muayeneleri, aşılar, kanser taramaları, vs). Son dönemde ASE olarak çalışmak için talep azalmıştır, TSM'de çalışmayı tercih etmektedirler.

Bazı bakanlıklar, Sağlık Bakanlığı'na danışmadan aile hekimine görev vermektedir, bunun önlenmesi gerekmektedir.

Ekip çalışması, disiplinlerarası işbirliği sağlanmalıdır

İş çeşitliliğinin kesinlikle azaltılması gerekmektedir.

Kendimize ait bir AH'liği modelimiz olmalıdır.

Aile hekiminin 17 görevi vardır, 126 çeşit rapor tanzim eder duruma gelmiştir.

2016'da 780 milyon poliklinik hizmeti almıştır. 210 milyonu Birinci Basamaktadır.

22.000 AH olduğu düşünülürse 9.54 başvuru anlamına gelmektedir. İkinci basamakta: 3.5 başvuru.

Sağlık Bakanlığı çalışmasında; verilen görevleri yapabilmek için aile hekiminin 7 saat 36 dakikaya ihtiyacı olduğu saptanmıştır.

Kalitenin denetlenmesi gerekir.

Sistem sürdürülemez, iş kalitesine yansıyor, hasta memnuniyeti çok yüksekken hekim memnuniyeti çok düşük.

Sağlık Bakanlığının birinci basamak sağlık çalışanlarına güvenini yansıtması gerekmektedir.

Denetim mobbing anlamında değil destekleyici denetim olmalıdır.

İş akış şemalarımız olmalıdır. Sağlık Bakanlığı algoritmalar hazırlamalıdır.

24.000 aile hekiminin her yerde aynı şekilde uygulayacağı şekilde olmalıdır.

Başarılı tüm uygulamalarda olduğunu bildiğimiz zorunlu sevk uygulaması bizde de olmalıdır ancak şimdilik öncelikle kademeli sevk zincirine geçilebilir.

Pilot uygulama olarak denenebilir.

Aile Hekimine uğramadan gelirse daha yüksek para ödemesi sağlanabilir.

Hasta aynı gün içinde dört farklı yere gidebildiği için bizim başvuru sayılarımız dünyada birinci sıradadır.

Hasta ikinci basamağa sevk edildiğinde aile hekimine geribildirim yapılmamaktadır.

Eski 019 formları gibi bir sistem geliştirilmeli ve uygulanmalıdır.

Koordinasyon sağlanırsa verimlilik artacaktır.

Aile hekiminin, telefon ile danışabileceği konsültan hekimi olmalıdır.

AH ile dal uzmanı arasında işbirliği arttırılmalıdır.

Raporlar:

Rapor istasyonları oluşturulabilir.

Periyodik Sağlık Muayeneleri yapılmalıdır.

Reçeteler:

SUT ödeme kısıtlılıkları kaldırılmalıdır. Özellikle kronik hastalıklarda. Reçete repetelerinde.

İlaçlar tane ile verilmelidir.

Reçete repete edilmesi hastayı muayene edip değerlendirmek için bir fırsattır. Tanı koyup tedavi ediyorsa takibinden de sorumludur.

Olması gereken-olmaması gerekenler:

Olmaması gerekenler:

Nöbetler, lüzumsuz raporlar, asker muayeneleri

3.Aile hekimliği uygulamasında cari gider düzenlemesi

Aile hekimliğine verilen cari gider ödeneğinin gerekliliğinin, hizmetin sunulması, sağlık hizmetinin kalitesi, önemi ve verimliliği açısından tartışılmaması gerekir.

3.a. Asgari fiziki şartlar ve teknik donanım:

İlaç ve malzeme listesi güncellenmelidir.

3.b.Gruplandırma şartları

Gruplandırma kaldırılarak puantaj sistemine geçilmesi ile sağladığı kaliteye göre ASM hakettiği gerçek sınıfta değerlendirilmesi önerildi.

Mevcut yönetmelikle belirlenen asgari ve fiziki şartların gerekliliklerinin hizmet verilen her ASM tarafından karşılanamaması nedeniyle söz konusu şartların yeniden revize edilmesi önerildi.

Getirilecek puantaj sisteminde asgari ve fiziki şartların yerine hizmet kalitesini baz alan kriterlerin belirlenmesi önerildi.

3.c.Yeni ASM oluşturulması:

Yeni ASM tefrişatının ve planlamasının Müdürlükçe yapılarak hizmete hazır hale getirilmesi önerildi.

3.d. Hesaplanma ve ödeme usulleri

Yeni açılan ASM tefrişatının temin edilerek hizmet sunumuna hazır hale getirilmesinin Müdürlükçe yapılması önerildi.

ASM'nin faaliyet gösterdiği bölgedeki kira tutarları ekspertiz değerleri gözönünde tutularak belirli bir tutara kadar kira tutarının Müdürlükçe karşılanması önerildi.

3.e. Diğer: Birçok ASM'nin fiziki şartları kaliteli hizmet sunumuna uygun değildir.

Kalitenin geliştirilmesi ve standardizasyonun sağlanması anlamında kayıtlı kişilerin ASM'lerin çalışanlar ve hizmet alanlar açısından artırılması için Bakanlık desteğinin artırılması gerekmektedir.

Eğitim ASM (EASM): Açılması ve ödeme koşullarının gözden geçirilmesi önerildi.

4. Aile hekimliği uygulamasında ücretlendirme

Ödeme modelinin hizmet başı? Kişi başı? Karma? Olması tartışıldı.

Türkiye ortalaması 3200 kişi/aile hekimi

Son 1.5 yılda net kayıp 1078 TL

2023 projeksiyonunda sayı 43.000 olunca ne olacak?

Sayı 40.000'lere gelince sevk zinciri olabilir, giderler düşebilir ve aile hekimliğine katkısı olur.

Pozitif performans olmalıdır.

77 milyar 687 bin TL

+ 40 milyar Sağlık Bakanlığı bütçesi

yaklaşık 120 milyar TL

Bunun sadece 51 milyarı birinci basamağa gitmiş

4.a. Kayıtlı kişi başına ödeme

4.b. Sosyogelişmişlik düzeyi ödemesi: Uygulamanın aynen devamına

4.c. Gezici sağlık hizmeti gider ödemesi:

Köy, belde, vs yerlere gittiğinde araç ücreti vs nin karşılanması için verilen ücret, 2015'de revize edilmiştir. Sağlık Bakanlığı gezici sağlık hizmeti kendisi verebilir. Mobil sağlık hizmeti projesi.

Aile hekimi 15 günde bir gidiyor, bir hafta aile hekimi, bir hafta Sağlık Bakanlığı gidebilir.

Gezici sağlık hizmetinde gider ödemesinin üzerine ilave olarak verilen gezici sağlık hizmeti, evde sağlık hizmeti karşılığın da ek bir hizmet karşılığı ödemenin yapılması önerilmiştir.

4.d. Performans uygulaması:

Mevcutta negatif performans uygulaması mevcuttur. Artık pozitif performansa geçilmelidir.

Özel hekime giden gebe, kadın doğum uzmanının sisteminden otomatik olarak ASE sisteminde görülmelidir.

Kronik hastalıklara kaydırılırsa, Ana-Çocuk-Sağlığı'ndaki başarı kaybedilebilir.

Gebe, Bebek/çocuk, Aşı

Lohusa da eklensin mi? (1 milyon 300 lohusa)

Şartlı nakit transferi (ŞNT) lohusalığa da getirilebilir.

Vatandaşa yönelik olarak pozitif katkılar getirilmelidir (gebelik bildiriminde vatandaştan katılım paylarının gebelik boyunca alınmaması gibi).

Anayasa Mahkemesi; AİHM ülkesinde düzenleme yapan devletin zorla aşı yapmasına izin veriyor demiştir.

4.e. Geçici aile hekimi/aile sağlığı elemanı ödemeleri:

Görevlendirmelerde hekime %50, ASE'ye %20 ödeme yapılıyor. Bu adaletsizlik düzeltilmelidir.

4.f. Diğer:

Sabit ek ödeme ile sağlanan prim tutarı olan avantajının emeklilik aylığına yansıtılması

5. Aile hekimliği uygulamasında sözleşme usulleri ve şartları

5.a. Sözleşme imzalama kuralları:

Valilik ile sözleşme imzalanmaktadır. Özelden birisinin alınabilmesi için kamudakilerin öncelik hakkını kullanmış olması gerekir.

Tek sorun; hekimin, tek taraflı dayatma sözleşmeyi imzalamış olmasıdır. Mutabakat yapılabilirdir. Toplu sözleşme yapılabilir. Dayatma değilse bile bir gönülsüzlük söz konusudur. Haksızlığa uğrayan hekimler vardır. Ama toplu sözleşme mümkün değildir.

Hekim değiştiğinde ASE yine o birimde kalıyor ve bazı durumlarda değişen hekim mobbing yapabiliyor.

Sözleşme fesih ayrıntılarının belirlenip yazılması gerekmektedir.

Sözleşme yapılmalı ama taraflar olmalı. Bu konuda yetkili sendikalardır. AH ile ilgili sıkıntı ortaya çıkarsa tek sorumlu kimdir?

Ör. Aşı yanlış yapılmışsa yapan suçludur ama aşı atlanmışsa hem AH hem ASE ceza alır. ASE yetkinliklerine göre dizayn edilmiştir.

AH'nin birlikte çalışacağı ASE'yi seçme özgürlüğü

Sorumlulukların paylaşılması

Yer değiştirmelerde öncelik hakkı olmalı.

Aile hekimi, ASE'yi seçebilmeli.

Her iki grup için de keyfi uygulamaların önüne geçilmeli.

Sözleşme imzalama kuralları:

- Sözleşmelerde aile hekimleri ve ASE ile Bakanlık arasında karşılıklı mutabakatla sözleşme şartları belirlenmelidir.
- Sözleşmelerin AH ve ASE arasında ekip çalışmasında, işbirliğini ve iş huzurunu sağlayacak şekilde ek düzenlemeler yapılmasının gerekliliği belirtildi.
- Hukuki anlamda sorumluluk paylaşımında aile hekiminin çalışma arkadaşını seçme özgürlüğünün olup olmaması hususuna değinildi.
- ASE, dünya örneklerinde olduğu gibi sorumluluklarının net olarak belirlendiği takdirde sözleşmelerin aile hekimlerine bağlı olmadan aile hekimliği birimi ile imzalanması önerildi. Aile hekimleri ile ASE arasındaki sorumluluk paylaşımının net olmaması durumunda ASE'nin aile hekiminden bağımsız olarak sözleşme imzalamasının uygun olmadığına değinilmekle birlikte bu uygulamanın ASE açısından iş güvencesi anlamında sorunlar yaratabileceğine değinildi. Bu açıdan her iki taraf için de keyfi uygulamalara yol açabilecek düzenlemelerin kaldırılmasının gerekliliğine değinildi.

5.b. Sözleşme fesih şartları- İhtar-ceza puanları:

Sözleşme fesih şartları:

- Ceza puanlarının yüksek olması ve sözleşme sonrasında fesih şartlarının tek taraflı olarak değiştirilmesi
- Nöbet görevlerinden dolayı ihtar puanları dolayısıyla sözleşme feshi riski
- Fesih şartlarının tam olarak uygulanması halinde aile hekimliği çalışanlarının çalışma şartlarının fiili duruma uymayacağı ve şahsa özel ceza uygulamalarına dönüştürülebileceği
- İhtar puanlarının verilmesinde keyfi uygulamaların bulunduğu
- İhtar ve ceza puanları kısmının hukuksuz olduğu ve kaldırılması gerektiğine değinildi.
- Sözleşme şartlarında disiplin kurallarının net olarak belirtilmesi
- Disiplin kurallarının sözleşme şartlarıyla değil mevzuat ile belirlenmesi
- Verilen ihtar puanı ile sözleşme iptalinin ihtar olgusu ile orantısız olduğu, ihtar puanı işlemi yerine mevzuata dayalı disiplin işlemi yapılması ve bu işlemlerin somut verilere dayandırılması

5.c. Diğer:

İzinler

Süt izni

Vekalet vermeden izne ayrılamamak

Tek birimli yerlere 7 gün izin (20 gün talep edilmişti)

1700 adet tek birimli ASM var

Sanal ASM'lerde de tek birim açılmamalı ama açılıyor

Kamudaki benzeri sistemin burada da uygulanmasının uygun olduğuna

Tek birimli ASM vekalet olmayacağı için ücretli izinli olarak vekalet şartı aranmaması

ASE izinlerinin kamu personeli gibi olması, para kesilmemesi

Yerleştirme işlemlerinde askerlik dönüşü, ücretsiz doğum izni dönüşü sonrasında yapılan yerleştirmelerde sorun var, birinci listeden girme hakkının tanınmaması önerildi.

Aile hekimliği uzmanlarının, yerleştirmede öncelikli olmalarına AHEF tarafından yapılan itiraz dile getirildi. TAHUD, önceliğin olması gerektiğini savundu. Ayrıca SAHU'lara mecburi hizmet getirilmesi gerektiğini de dile getirdi.

6. Hizmet sunum esasları

6.a. Kişi kayıtları ve kayıtların devri:

TUIK'e görev verilerek kişi aile hekimini değiştirince haber vermesi sağlanabilir.

Performans açısından yeni kayıt işlemlerinin ayın 20'sinden sonra yapılması önerildi.

Yeni birimlerin nüfus yoğunluğu gözönünde bulundurularak ve diğer ASM'ler ile hizmet verilen bölgelere belirli bir mesafede olmasına dikkat edilerek planlanması önerildi.

6.b. Misafir hasta

Büyük şehirlerde misafir hasta tanımı yoktur.

%20 nüfus göçer nüfus

Sinop, Alanya, Akyaka, Bodrum, Bayburt (yaz 100.000, kış 30.000) nüfusları

Muayene dışında misafir hasta tanımının yapılmaması önerildi.

Kişilerin adresinin bulunduğu bölgede bulunan aile hekimlerine kayıt olması gerekliliğinin sağlanması önerildi.

6.c. Bilgi sistemleri ile entegrasyon

Tüm sağlık hizmet sunucuları ile aile hekimleri arasında bilgi alışverişini sağlayacak bilişim altyapısının sağlanması önerildi.

Kayıtlı hastaların adres kayıt sistemindeki iletişim bilgilerine erişim imkanının sağlanması önerildi.

6.d. Entegre sağlık hizmeti (Hizmet sunumu ve gereklilikler)

Entegre sağlık hizmeti verilen yerlerde nöbet hizmetlerin aile hekimliği birimlerince verilmemesi önerildi.

Nöbet hizmetinin verilmeye devam edilmesi halinde ücretinin ödenmesine yönelik düzenleme yapılması veya nöbet izninin verilmesi önerildi.

Haftalık çalışma süreleri ve mesai saatleri dışında ihtiyaç halinde sekiz saat nöbet tanımlandığı halde 16 saatten fazla nöbet tutturulmaktadır. Nöbet saatleri mevzuatta tanımlanan sınırlar dahilinde belirlenmelidir.

Entegre sağlık hizmeti sunulan yerlerde çalışma saatleri net bir şekilde belirlenmelidir.

6.e. Gezici sağlık hizmeti (Hizmet sunumu ve gereklilikler)

6.f. Yerinde sağlık hizmeti (Hizmet sunumu ve gereklilikler)

Aile hekiminin çalışma ortamı ASM'dir. Yerinde sağlık hizmetleri yetkilendirilmiş aile hekimlerince verilmelidir.

6.g. Yetkilendirilmiş aile hekimliği hizmeti (Hizmet sunumu ve gereklilikler)

6.h. Kronik hastalıklar:

Kronik hastalıkların tanı, tedavi ve takibi için gerekli şartların birinci basamağa sağlanması, şöyle ki elimizde yapabileceğimiz tetkikler ve muayene sonucunda kronik hastalık tanısı birinci basamakta kolaylıkla yapılabilir.

6.i. Koruyucu sağlık hizmetleri

Aile hekimlerinin primer görevi olmakla birlikte ekip tarafından pozitif performans ile yapılmalıdır.

6.j. Diğer