



eczacılık dosyası

T.C. TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ 9. BÖLGE

ESKİŞEHİR (BİLECİK) ECZACI ODASI

www.eeo.org.tr



AİLE HEKİMLİĞİ

17 Temmuz 2006 tarihinde Eskişehir'de başlayan aile hekimliği pilot uygulaması, Nüfus büyüklüğü, hekim çokluğu, hastane çeşitliliği, kurum yoğunluğu nedeniyle Türkiye ölçeğine göre tam bir laboratuvar niteliğindedir. Yaklaşık 15 aydır devam eden süreçte sistemin artıları eksileri, ülke şartlarına uyumu bir ölçüde gözlemlendi.

Şuan sisteme genel olarak bakacak olursak, her sağlık sisteminin iki temel amacı vardır. İlki toplum sağlığını optimize etmek, ikincisi ise toplum genelinde ve alt gruplarında sağlık hizmet sunumuna ulaşma ve sürdürme yeteneğindeki farklılıkların ortadan kaldırılmasıdır.

Dünya savaşlarından sonra ülkelerin kaynakları kısıtlı, mevcut kaynakların da akılcı kullanımı zorunlu olmuştur. Bu ekonomik zorlamayla hastayı biyolojik kültürel çevresinde bütün olarak değerlendiren kısa sürede ve sık görülen hastalıkların tanı ve tedavisini yapabilen pratisyen hekim sınıfı oluşmuştur.

Ülkemizde 1960 yılında Prof.Dr.Nusret Fişek'in Sağlık Bakanlığı Müsteşarlığına getirilmesiyle 224 nolu "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi" yasası hazırlanır. Bu yasanın gerekleri aile hekimliğinin bir nevi uygulanması sayılabilir. Yasa sağlık hizmetinin bir arada tam gün verilmesi ve hizmetin tek elden yürütülmesi ilkesine dayanır. İlk yıllarda başarıyla uygulanmasına rağmen daha sonra yasanın finansman desteğinin olmaması ve bağlantılı olduğu yasalarla uyumsuzluğu, güncellenmemesi başarısızlığı getirmiştir.

Sosyalizasyon yasasının özü aslında GSS'ydı. GSS hayata geçirilemediği için bu sistemde uygulamaya konulamamıştır.

AİLE HEKİMLİĞİ'NİN ECZACILARA YANSIMASI

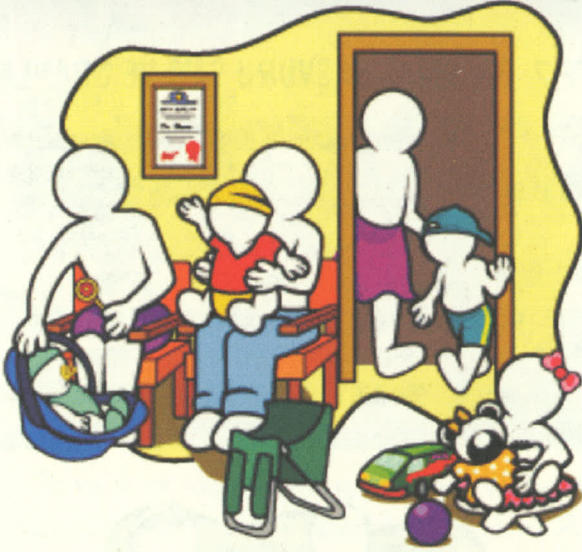
Uygulama başladıktan sonra aile hekiminin uzman sayılıp sayılmayacağı, hangi ilaçları reçete edebileceği, kurumların davranışının ne olacağı konusuna açıklık getirmeye çalıştık. Bu konuda Eskişehir Sağlık Müdürlüğü ve Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü uygulamadan doğan sorunlara ivedilikle çözüm getirdiler.

Henüz sevk zinciri başlamamış olmasına rağmen geçen 15 aylık sürede ilimizde eczaneler aile hekimlerinden çıkan belirli bir reçete potansiyeli olduğu için hızla Aile Sağlığı Merkezlerinin yakınlarına, karşılıklarına nakil olmaya başladılar. Aile Hekimliği uygulamasından önceki 15 aylık sürede il merkezinde sadece 4 eczane nakil olduğu halde, uygulamadan sonraki 15 ayda 18 eczane yer değiştirerek genelde Aile Sağlığı Merkezi yakınlarına nakil olmuştur. Yeni açılan 17 eczaneden 11'i yine Aile Sağlığı Merkezi yakınlarını tercih etmiş, kalan 6'sında özel sağlık merkezleri yakınlarına açılmışlardır.

Sevk zinciri başladığında aile hekimleri, hastalarının %15-20'si kadarını II.ve III.Basamak Sağlık Kuruluşuna sevk edebileceğinden, yaşlı ve kronik hastalığı yoğun popülasyonda, bu oran yetersiz kalabilecek ve hastaların tedavilerinde aksamaya neden olabilecektir. Bu durum tedavi gecikmesinden dolayı maliyeti artırıcı da olabilir.

Bazı aile hekimlerinin uygulamayla birlikte sabit ve belli bir hasta potansiyeline hitap etmeleri nedeniyle, yazdıkları reçete sayısı ve tutarıyla ve bundan sağlanabilecek maddi kazançla ilgilenir oldukları duyularını almaktayız. Mesleğimizin kanayan yarası olan muvazaaya heves ve girişim artmıştır.

Bazı aile hekimleri-eczacı-ilaç firması temsilcileri arasında paramedikal ilişkilerden endişeliyiz. İlaç sarfının



daha da artabileceğini düşünmekteydik. Bu düşüncemizdeki haklılığımız aşağıdaki tabloda da görülmektedir.

Türkiye'de aile hekimliği 1970 yıllarda dünyayla eş zamanlı tartışılmaya başlanmış, 1983'te aile hekimliği uzmanlık dalı olarak kabul edilmiş, 1993 yılında aile hekimliği 9 ay iç hastalıkları, 9 ay çocuk, 8 ay kadın doğum, 6 ay acil, 4 ay ruh sağlığı uzmanlık alanlarında rotasyon yapan uzman kişiler olarak belirlenmiştir.

-Dünyadaki sağlık sistemlerine bakıldığında tüm vatandaşların sağlık güvencesine kavuşturulması ve aile hekimliği uygulamasının koordineli olması ve yasal düzenlemelerin multi sektörel yapılması gereklidir. Başarılı olmak için;

-Yasal düzenleme

-Finansal yapının sağlanması

-Organizasyon

- Eğitim, uyum, güvenin gerekli olduğunu görüyoruz.

Ülkelere baktığımızda sağlık sistemini iki şekilde finanse ettiklerini görüyoruz:

Danimarka, Portekiz, Finlandiya, İngiltere, İsveç, Yunanistan, İtalya, sağlığı anayasal hak olarak görerek, sosyal devlet anlayışıyla finansmanı genel bütçeden karşılamakta,

Avusturya, Almanya, Fransa, Hollanda, İrlanda, Belçika'da ise sağlık bakımı sosyal güvenliğin içinde değerlendirilerek primlerle finanse edilmektedir.

Türkiye'de de G.S.S.kapsamında sağlık katkısı prim esasına dayanmaktadır. Piri kişi yada kişi adına devlet karşılayacaktır. GSS tüm sigorta sistemlerinin tek bir çatı altında toplanmasıdır. Bu sistemin yürümesi primlerin düzenli olarak toplanabilmesine bağlıdır. Ancak şu an da Devlet Bağ-Kur'lulardan yaklaşık %35, SSK'lılardan %60, Emekli Sandığı'ndan neredeyse tamamına yakınının primlerini toplamaktadır. Yerinden kesilemeyen

toplama yönelik kurumlarda prim toplama %40'larda kalmaktadır. Yani Devlet bu sistemin yürütülebilmesi için en gerekli şey olan primleri toplayamamaktadır. GSS, aslında devlete ait olan sağlık hizmetlerinin özele doğru gitmesine sebep olmaktadır. Zaten amaç da budur.

Eskişehir'de Aile Hekimliği

■ Eskişehir 16.02.2006 tarih ve 1538 sayılı Bakanlık oluru ile "Aile Hekimliği Pilot İl" olarak ilan edilmiştir.

■ 17.07.2006 Tarihinde uygulamaya başlanılmıştır.

Aile hekimliğinden sonra, var olan sağlık ocakları aile sağlığı merkezlerine ve toplum sağlığı merkezlerine dönüştürülmüştür.

Aile Sağlığı Merkezi

Birden fazla aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşudur.

Aile hekimi dilerse tek başına kendinin kullanacağı Aile Sağlığı Biriminde çalışabilir.

Şuanda hekimler sağlık ocaklarında görev yapmaktadırlar. Süreç içinde birkaçı birleşerek Sağlık Müdürlüğü'nün onayıyla semtlerinin içine giderek merkez açma hakkına sahiptir. Bu merkezler en az 60 m², ilave her doktor için de 20 m² artmak zorundadır. (Şu an ilimizde 5 hekim kendi açtığı merkezde görev yapmaktadır)

Toplum Sağlığı Merkezi

■ Bölgesinde yaşayan kişilerin ve toplumun sağlık hizmetlerini organize eden, topluma koruyucu hekimlik hizmetleri sunan, birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumların kendi arasında ve diğer kurumlar arasında eşgüdümünü sağlayan, idari hizmetler ile sağlık eğitimi ve denetim faaliyetlerini yürüten sağlık merkezidir.

Uygulama Öncesi Çalışmalar

Ev Halkı Tespit Fişlerinin yenilenmesi ve nüfus tespit çalışmaları

Aile Hekimliği Uyum Eğitimleri

Tanıtım Faaliyetleri

Demirbaş malzemelerin tespit ve dağılımının planlanması

Aile Sağlığı Merkezi ve Toplum Sağlığı Merkezlerinin fiziksel altyapısının hazırlanması

Bilgi İşlem Altyapısının hazırlanması işlemleri yapılmıştır.

Aile Hekimleri Ve Bölge Nüfusları

Tüm ilin ETF'si (ETF:Ev halkı tespit fişi) sağlık personeli tarafından hazırlık çalışmaları çerçevesinde yeniden yapılmıştır.

Nüfus çalışmaları sayısal ortama aktarılmıştır.

ETF sonucu oluşan nüfus toplam 706.430'dur. Bu

nüfusa 208 aile hekimi verilmiştir.

İl bazında 1 aile hekimine 3400 kişi kayıt edilmiştir.

İl merkezindeki 571.658 nüfusa 163 aile hekimi verilmiş olup 1 aile hekimine 3402 kişi kayıt edilmiştir.

İlçelerdeki 134.772 nüfusa 45 aile hekimi verilmiş olup 1 aile hekimine 2995 kişi kayıt edilecektir.

Aile Hekimliği Nisan 2007 Durumu

Eskişehir'de 208 Aile Hekimliği pozisyonundan

201'i Sözleşmeli Aile Hekimi

7 Görevlendirilen Aile Hekimi

Toplam 208 Aile Hekimliği Pozisyonu doludur.

Uygulama ilk başladığında 47 Aile Sağlığı Elemanı sözleşme imzalamıştır.

10. ay sonunda bu sayı 108 sözleşmeli Aile Sağlığı elemanına ulaşmıştır.

TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ, AİLE SAĞLIĞI MERKEZ, AİLE SAĞLIĞI BİRİMİ İL DAĞILIMI

	TSM	ASM	ASB
MERKEZ	4	28	4
İLÇE	12	10	15
TOPLAM	16	38	19

(ASM=AİLE HEKİMLERİNİN BİRKAÇININ BULUNDUĞU MERKEZ)

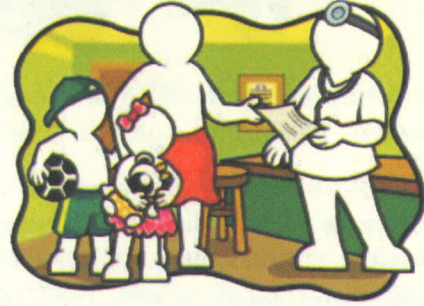
(ASB=TEK HEKİMİN OLDUĞU MERKEZ)

AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİ				
YERİ	KAMU ASM	KAMU ASB	ÖZEL ASM	TOPLAM
İL MERKEZİ	23	4	5	31
İLÇELER	10	15	-	25
TOPLAM	33	20	5	57

ESKİŞEHİR'DE SEVK ZİNCİRİNİN 01,01,2007'DE BAŞLAMASI PLANLANMIŞTI. ANCAK ANAYASA MAHKEMESİ'NDEN GERİ DÖNMESİ SİSTEMİ TIKADI. AİLE SAĞLIĞININ VAZGEÇİLMEZİ OLAN SAĞLIK MERKEZLERİNDEN SEVK ZORUNLULUĞU YASA GEREĞİ UYGULANAMIYOR.

1.VE 2. BASAMAK BAŞVURU SAYI VE ORANLARI

	1. BASAMAK	2. BASAMAK	TOPLAM
2005 TÜRKİYE	105,485,440 39%	164,758,149 61%	270,240,589 100%
2005 ESKİŞEHİR	1,615,566 46%	1,889,592 54%	3,505,158 100%
2006 ESKİŞEHİR (İLK 6 AY)	868,662 45%	1,040,666 55%	1,909,928 100%
AİLE HEKİMLİĞİ SONRASI 6 AY	998,859 53%	903,041 47%	1,901,900 100%



AYLAR	1. BASAMAK MUAYENE SAYISI	2. BASAMAK MUAYENE SAYISI	SEVK ORANLARI (%)
TEMMUZ-ARALIK 2004	97,014	9,575	9,87
OCAK-HAZİRAN 2005	132,763	11,521	8,68
TEMMUZ-ARALIK 2005	136,498	10,059	7,37
OCAK-HAZİRAN 2006	144,777	9,491	6,56
Temmuz 06	138,682	5,838	4,21
Ağustos 06	139,218	5,711	4,1
Eylül 06	156,436	5,275	3,37
Ekim 06	178,097	4,818	2,71
Kasım 06	186,274	6,087	3,27
Aralık 06	200,152	6,245	3,12

AYLAR	1. BASAMAK MUAYENE SAYISI	2. BASAMAK MUAYENE SAYISI	SEVK ORANLARI (%)
TEMMUZ ARALIK 2004	97,014	9,575	9,87
OCAK - HAZİRAN 2005	132,763	11,521	8,68
TEMMUZ-ARALIK 2005	136,498	10,059	7,37
OCAK-HAZİRAN 2006	144,777	9,491	6,56
Temmuz 06	138,682	5,838	4,21
Ağustos 06	139,218	5,711	4,1
Eylül 06	156,436	5,275	3,37
Ekim 06	178,097	4,818	2,71
Kasım 06	186,274	6,087	3,27
Aralık 06	200,152	6,245	3,12