

Dünyada Aile Hekimliği Uygulamalarından Örnekler²:

1. Hollanda

Hollanda'da sosyal güvenlik sistemi sigortacılığa dayanmaktadır. İki çeşit sağlık sigortası mevcuttur. Birincisi (AWBZ), toplumun %100'ünü kapsar ve uzun süreli ve pahalı hastalık tedavilerini garanti eder. Diğeri (ZFW) ise toplumun %60'ını kapsayan hastalık fonu sistemidir. Her iki sistem de zorunludur. Hastalık fonu sistemi (ZFW) sadece düşük gelirli ve riskli yaştakilere (65 yaş üstü) uygulanmaktadır. Toplumun geri kalan %40'ı ise temel sağlık hizmetleri ve kısa süreli hastalıklar için özel sigorta yaptırmaktadır. Sağlık harcamaları kişi başı yıllık gelirin %9'unu oluşturmaktadır.

Hollanda'da temel sağlık hizmetleri anlayışı diğer Avrupa ülkelerinde olduğundan daha fazla hizmet alanını kapsamaktadır. Bu kavramın içine ayakta tedavi ve ruh sağlığı hizmetleri ile evde bakım hizmetleri de girmektedir. Bunlar farklı kuruluşlar tarafından yürütülmektedir. Bu kuruluşlar genel tıbbi hizmetler yanında, iyileştirici hizmetler, anne hemşireliği, bakım hemşireliği, ilâç tedavileri gibi hizmetleri de vermektedir.

Genel pratisyenlerin (aile hekimlerinin) %47'si serbest ve tek başına çalışmaktadır. Gittikçe daha fazla hekim takımlar halinde, sağlık merkezlerinde grup çalışması veya ortaklıklar şeklinde çalışmayı tercih etmektedir. Kabaca 7.000 genel pratisyenin 625'i (dispensing doctor) eczacılarla eşit şekilde ilâç da temin etmektedir.

Hastalık sigortası sisteminde acil durumlar gibi bazı özel durumların dışında, hasta, dalında uzman olan hekime gitmeden önce genel pratisyene başvurmak zorundadır.

2. Bu bölüm, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından 2004 yılında hazırlanan Aile Hekimliği Türkiye Modeli başlıklı yayından aktarılmıştır. Aile Hekimliği Türkiye Modeli, Editör: Prof. Dr. Sebahattin Aydın, Hazırlayanlar: Dr. Sinan Korukluoğlu, Dr. Yusuf Üstü, Dr. İsmail Kasım, Dr. A. Reşat Doğusan, Dr. Ali Hacıimamagaçoğlu, Ankara, 2004.

Hemen hemen bütün özel sigorta şirketleri bu kuralı uygulamaktadır. Bu yüzden genel pratisyen sağlık sisteminin girişinde yer almakta ve diğer hizmet sunucularına erişimi ve sevk sistemini yönetmektedir. Ulusal istatistiklere göre bir kişi ortalama yılda 4,5 kez genel pratişyene başvurmaktadır.

Bir genel pratişyene düşen nüfus sayısı ortalama 2.300'dür. Hastalar sağlık sigortasında tanımlanan hizmetleri sağlayan herhangi bir aile doktorunu seçmekte özgürdür. Hastalık fonu sistemine tâbi kişilerin tercih edeceği aile doktorlarının fon ile anlaşmalı olması gerekir.

Genel pratisyen hekim sigortalı kişilerin sigortasından kendisine kayıtlı kişi başına (per capita) ücret ile birlikte sınırlı sayıda hizmet başı ücret alırken, ayrıca kendine başvuran özel hastalardan da hizmet başına ücret alabilmektedir.

Aile hekiminin teorik olarak 2.350 hastaya hitap edeceği varsayımı üzerine gelir hesaplaması yapılmaktadır. Kişi başı prim, hastanın 65 yaşını aşkın olmasına, riskli bölgede yaşamasına ve uygulanan bazı işlemlere göre değişiklikler gösterebilmektedir.

2. Danimarka

Danimarka'da sağlık sigortası sistemi bütün vatandaşları kapsamaktadır. Ancak iki tip sigorta mevcuttur. Toplumun %97'sini kapsayan birinci tip sigortalılar öncelikle kendilerine bir aile doktoru seçmek zorundadır. Aile doktoruna veya aile doktorunun sevk ettiği serbest uzmana ya da hastaneye herhangi bir ücret ödemezler. Aile doktorlarını 6 aydan sonra değiştirme hakları vardır. İkinci tip sigortalılar ise aldıkları sağlık hizmetinin bir kısmını ödemektedirler. Bunların aile doktorlarını seçme ve değiştirmelerinde bir sınırlama yoktur. Herhangi bir aile doktoruna veya diğer branşlardaki uzman hekime doğrudan başvurabilirler. Aile doktorundan sevk zorunlulukları yoktur. Bu tür sigortalılar başvurdukları doktorun ilave ücret talebini kendileri karşılarlar. Doktor temel ücreti hizmet başına ücretlendirerek sigortadan alır.

Danimarka'da her aile doktoru ortalama 1.600 hastanın sürekli sağlık bakımından ve takibinden sorumludur. Anne ve çocuk takibi, rutin muayeneler, çocukların aşılması ve gerektiğinde uygun ilaçların yazılması gibi hizmetler ofiste veya evde yürütülmektedir.

Danimarka'da şu anda 3.300 aile doktoru vardır. Bir aile doktoru her hasta ile yılda ortalama 6 defa buluşmaktadır. Hastaların öncelikle kendi bölgelerindeki doktorları seçmesi tercih edilmektedir. Ancak anlaşmazlık olması halinde hasta uzaktaki bir doktoru da aile doktoru olarak tercih edebilmektedir. Genellikle doktorların 2.066'dan fazla hasta kaydetmemesi öngörülse de, doktor sayısının yoğun olmadığı yani alternatif sıkıntısı çekilen yerlerde bu sınır aşılmaktadır. Birinci tip sigortalı sayısının aile doktoru başına 1.306'yı geçmesi durumunda o bölgede yeni bir aile doktorunun çalışmasına izin verilmektedir.

Tamamen sigorta sisteminin dışında kalan doktorlar da çalışmaktadır. Ancak bu doktorlardan hizmet alan hastaların bütün ücreti ödemeleri gerekir. Aile doktoru ayrıca mesai saatleri dışındaki acil sağlık hizmetlerinden de sorumludur. Bunun için her bölgede mesai dışı nöbet sistemi uygulanmaktadır. O bölgedeki aile doktorları eşit olarak bu sorumluluğu paylaşmaktadır.

3. İngiltere

İngiltere'de temel sağlık hizmetleri yıllardır önem verilen bir uygulama alanıdır. Hastanın ilk başvuru yeri temel sağlık hizmetlerinin verildiği aile doktorlarıdır (genel pratisyenler). Temel sağlık hizmetleri doğrudan tıbbi hizmetlerin yanında toplum sağlığı hizmetlerini, hastane acil servislerinde verilen hizmetleri, diş ve göz sağlığı hizmetlerini de kapsamaktadır. Böyle geniş kapsamlı olarak tanımlanan temel sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar İngiltere Sağlık Bakanlığı (National Health System, Ulusal Sağlık Sistemi) harcamalarının %33'ünü oluşturmaktadır. 1996'dan önce İngiltere, Galler, İskoçya ve Kuzey İrlanda'da farklı otoriteler aile sağlığı hizmetlerini organize etmekteydi. Bu tarihten itibaren bu dört ülke tek bir sistem altında birleştirilmiştir.

Aile hekimliği hizmetleri büyük oranda serbest sözleşmeli doktorlar tarafından sağlanmaktadır. Dış sağlığı ve mümkün olan yerlerde göz sağlığı hizmetleri hizmet başı ücretlendirilirken, genel pratisyenlerin ücretlendirilmesinde karmaşık bir sistem uygulanmaktadır. Genel pratisyenler tarafından kendilerine kayıtlı hastalara (bazen başka hekimlerin üzerine kayıtlı hastalara) verilen sağlık hizmetleri genel tıbbi hizmetler olarak adlandırılmaktadır. Sağlık otoritesinin ödediği miktarın dışında hastalar herhangi bir ödeme yapmamaktadır. Temel sağlığa ayrılan ödeneğin %30'u genel tıbbi hizmetlere, yani aile hekimliği uygulamalarına harcanmaktadır.

Bütün sağlık harcamaları genel bütçeden vergi gelirleri ile karşılanmaktadır. Hastaların herhangi bir ücret ödemesi söz konusu değildir. Bu yüzden hastaların birinci basamak sağlık hizmetine erişiminde parasal bir engel bulunmamaktadır. Yılda yaklaşık 300.000.000 doktor başvurusunun %95'i genel pratisyenlere olmaktadır. Bunların da %90'ının tedavisi baştan sonuna kadar genel pratisyen tarafından tamamlanmaktadır.

İngiltere'de bir hasta ortalama yılda 5 defa aile doktoru ile görüşmektedir. Bu görüşmelerin %12'si hastanın evinde, diğerleri ise ofiste veya telefonla gerçekleşmektedir. Her bir genel pratisyenin yılda 1.800 kayıtlı birey ile toplam 9.000 görüşme yaptığı görülmektedir.

Genel pratisyenler tek başına çalışabilecekleri gibi, diğerleri ile birleşerek grup çalışması da yapabilirler. İngiltere'de bu grup çalışması %80 oranındadır. Bunların çoğu da ortaklıklar şeklindedir. Ayrıca her geçen gün hekim dışı sağlık personelinin genel sağlık uygulamaları alanında istihdamı artmaktadır. Herkes kendi aile hekimini seçebilmektedir. Aynı şekilde genel pratisyen de başvuran kişiyi listesine alıp almamakta serbesttir. Bazı şartları yerine getiren kişi kaydını yaptırabilir. Ancak genel pratisyenin hastaları sadece sağlık otoritesinin belirlediği kişiler değildir; geçici oturma izni almış yabancılar da bu hekimlere kayıt yaptırabilmektedir. Bu kişilere aile plânlaması, anne ve çocuk sağlığı hizmetleri, minör poliklinik hizmetleri yanında travma ve acil hizmetleri de ücretsiz verilmektedir.

İngiltere'de genel pratisyenlerin ücretlendirilmesi farklı şekillerde olmaktadır. Gelirlerinin yarıdan fazlası listelerinde kayıtlı kişi başına ödeme şeklinde,

kalanı ise yaptıkları işe (hizmet başı ödeme) endekslidir. Belirli düzeyde çocuk aşılması ve servikal sitoloji takibi gibi bazı hizmetler ayrıca ücretlendirilmektedir. Ayrıca genel pratisyenlerin personel, bilgisayar gibi ofis malzemeleri ve diğer direkt harcamaları doğrudan karşılanmaktadır. Ortaklıklar şeklindeki grup çalışmalarında genel pratisyenlerin geliri listeye göre veya hizmete göre olmak yerine ortaklık anlaşmasına dayalı olarak paylaşılmaktadır.

NHS 1991'den beri yerel ekonomiye farklı bir anlayışla açılarak sağlık hizmet sunucularını aynı zamanda fon yöneticisi şeklinde sistem içine alan bir uygulamaya girmiştir. Örneğin, 5.000'den fazla kayıtlı hastası bulunan genel pratisyenlere sağlık otoritesinin yerine sağlık fonlarının yöneticisi olma hakkı tanındı. Bu hekimlere sabit bir bütçe verilerek, kendi hastalarının ayakta tanı hizmetlerini, ilaçları ve elektif cerrahi hizmetlerini de içeren bazı hastane hizmetlerini kendilerinin karşılaması sağlandı. Bu uygulamalar çeşitli bölgelerde pilot olarak devam etmektedir. Hekimlerin kontratlarının devam edebilmesi için kendilerine verilen bütçeyi iyi yönetmeleri gerekmektedir. Böylece sistemin tasarruf etmesi hedeflenmektedir.

İngiltere'de sağlık ekonomisinde yeni denge unsurlarını devreye sokmayı amaçlayan bu tür farklı arayışlar mevcuttur. Birinci basamak hekimleri için performans dayalı bir ödeme sistemi öngören yeni bir sözleşme, hekimlerin %70'inin katıldığı oylamada katılımcıların %80'i tarafından kabul görmüştür. Bu, İngiltere'deki birinci basamak hekimlerinin sundukları hizmetin kalitesine göre bir ödeme sistemini kabul etmede ne kadar istekli oldukları şeklinde yorumlanmaktadır.

4. Almanya

Almanya'da toplumun %90'ından fazlası sağlık sigortası kapsamı altındadır. Temel prensipler bakımından sağlık sigortası ayakta hasta bakımı için doktor seçme özgürlüğü tanımakta, bunun için genel pratisyen veya diğer uzmanlık dalları ayrımı yapılmamakta ve bazı istisnalar dışında sağlık hizmetleri ücretsiz verilmektedir. Yazılan ilaç bedelinin, fizyoterapi hizmetlerinin, hastanede yatılan ilk 14 günlük hizmetin ve kural dışı hastaneye başvurma bedelinin bir kısmı hasta tarafından karşılanmaktadır. Almanya'da

aile hekimliği hizmetleri genel pratisyenler, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları, iç hastalıkları uzmanları ve hastanın tercihi ve öncelikli ihtiyacı dikkate alınarak seçilen diğer uzman hekimler tarafından yürütülmektedir. Genel pratisyenlerle diğer uzmanlar arasındaki dengenin genel pratisyenler aleyhine gittikçe açıldığı gözlenerek yeni doktorların genel pratisyenliğe teşvik edilmesi tartışılmaktadır.

Temel sağlık hizmetlerinde öncelik tanımlanmış koruyucu hekimlik programlarıdır. Örneğin, 4 yaşına kadar çocuk takibi, yıllık kanser taraması bunların arasında yer almaktadır. Ayrıca genel pratisyenler sosyal tıp, acil hekimliği, sağlık danışmanlığı ve iş sağlığı hekimliği konularında yer edinmek için çalışmaktadır. Bazı genel pratisyenlerin ofisleri iç hastalıkları uzmanlarının ofisleriyle kıyaslanacak şekilde iyi donatılmıştır. Ancak birinci basamak hekiminin vereceği sağlık hizmetinin sınırlı olması kaçınılmazdır.

Almanya'da Ocak 1996'dan beri geleneksel hizmet başı ödeme sistemi değiştirilmiştir. Ödeme sistemleri hâlâ değişim halindedir. Hizmetleri sınırlayabilmek için ödeme sistemi aşamalı yapılmıştır. Örneğin belli sayıda hizmete ödenen ücret bu sayı aşıldıktan sonra düşmektedir. Ayrıca doktorların gereksiz işlem yapmasını önlemek için bireysel bütçeler oluşturulmaktadır. Ayakta hasta bakımları, ilâçlar, fizyoterapi, ergoterapi, konuşma tedavisi gibi hekimlik dışı tedavi uygulamalarına sevk edilen hastalar için sabit bütçeler oluşturulmaktadır. Ancak hizmetlerin ücretleri bölgelerde verilen hizmet sayısına göre azalıp artabilmektedir.

5. Polonya

Polonya'nın Krakow şehrinde 1996 yılında ilk adımları atılarak uygulanmaya başlayan olan aile hekimliğinde, doktorlara ödeme, kayıtlı kişi başına yapılmaktadır. Bu miktara uzman hekim konsültasyonuna ödenecek ücret, minör cerrahi müdahaleler ve basit laboratuvar testleri dahildir. Kontratta doktorun sorumlu olduğu ve yakın bölgede oturan hastaların listesi mevcuttur. Ailelerin doğan çocukları otomatik olarak doktorun listesine eklenmektedir. Ancak aile doktorları kendi listesinde yer alan ailelere mektup göndererek onların teyidini istemekte, bazı bölgelerde aktif negatif cevap, bazı bölgelerde

de aktif pozitif cevap esas alınmaktadır. Aktif pozitif cevap uygulamasında kişilerin hekimlere kayıt olma istekleri üzerine hekime kayıt gerçekleşirken, aktif negatif kayıt uygulamasında hekimlere belli sayıda nüfus bağlanmakta, kişiler bu hekime bağlı olmak istemezlerse kayıtlarını başka bir hekime aktarabilmektedirler. Temel sağlık hizmetleri, uzmanlık hizmetleri, laboratuvar ve rehabilitasyon hizmetleri dahil kontratta yer alan bütün hizmetler hastalara ücretsiz verilmektedir. Aile doktorunun sevk etmesi halinde şehir içinde yürütülen diğer uzmanlık hizmetleri, hastane hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri için hastalardan ücret talep edilmemektedir.

Aile doktorları haftada 5 gün, saat 8:00 ile 18:00 arasında hizmet vermek zorundadır. Bazı aile doktorları 24 saat hizmet vermekte veya mesai dışında nöbetçi hekim bulundurmaktadır. Her hekimin 2.500 hastaya ulaşınca kadar en az 2 hemşire çalıştırması zorunlu tutulmaktadır. Ödeme temelde kişi başı yapılmaktadır. Ancak kişiler 6 yaş altı, 6-59 yaş arası ve 60 yaş üstü olmak üzere 3 yaş grubuna bölünerek kapitasyon primleri belirlenmektedir.

Bebek ve çocukların primi %130, yaşlıların primi ise %150 olarak kabul edilmektedir. Her ay tahakkuk miktarı şehir yetkili makamına fatura ile bildirilmekte ve doktorlara geri ödeme 14 gün içinde yapılmaktadır.

6. Çek Cumhuriyeti

Çek Cumhuriyeti'nde 1 Ocak 1993 tarihinde zorunlu sağlık sigortasına geçilmiştir. Vergiye dayalı sağlık hizmetlerinden sağlık sigortası finansmanlı sağlık hizmetlerine geçiş sağlık çalışanlarının sağlık sigortası sisteminin getirilmesini desteklemeleri sonucu hızlanmıştır. Günümüzde bu hizmetler dokuz sağlık fonundan karşılanmaktadır. Sistem eşitlik ve beraberliğe dayanmaktadır. Bireylerin, işverenlerin ve devletin (işsizlerin, emeklilerin, çocuklara 26 yaşına kadar vellerinin, öğrencilerin, doğum sonrası ayrılanların, orduda çalışan erkeklerin, mahkûmların, sosyal yardım alanların ödemelerini devlet yapmaktadır) katkılarıyla finanse edilmektedir. 1990'lardaki geçiş döneminde finansman desteği devlet bütçesinden, belediyelerin bütçesinden, kişisel ödemelerle, bağışlarla ve sağlık sigorta fonundan sağlanmıştır.

Sağlık hizmetleri bölgesel bazda sunulmaktadır. Bölge sağlık bürosu o bölgede yaşayan vatandaşların kendi seçmiş olduğu birinci basamak hekimine ulaşip sağlık hizmeti alabilmesi için gerekli şartları oluşturmakla yükümlüdür. İstenirse anlaşma yapılmış olan hekimler vatandaşlarca 6 ay sonunda değiştirilebilir. Çek Cumhuriyeti'nde birinci basamakta 4 hekim tipi hastayla temas kurmaktadır. Erişkinler için pratisyen hekimler, çocuk ve gençler için pratisyen hekimler, mobil jinekoloji hizmeti veren pratisyen hekimler ile ağız ve diş sağlığı hekimleri. Doktorların birinci basamak sağlık hizmeti verme lisansları Çek tıp odası tarafından kontrol edilmekte ve bölge sağlık bürolarınca onay verilmektedir. Doktorlar daha sonra sigorta fonlarıyla anlaşma imzalamaktadır. Genelde tek başlarına çalışmaktadırlar ya da birkaç doktor bir araya gelerek sağlık merkezi veya poliklinik şeklinde uzmanlık gerektiren hizmetler yanında temel sağlık hizmeti verebilmektedirler. Merkezlerin mülkiyeti belediyelerdedir ve bir müdürlüğe bağlıdır. Bu merkezler özel hekimlerce kullanılacaksa kira ödemesi istenmektedir.

Temel sağlık hizmetleri kapsamında genel sağlık, ana çocuk sağlığı, jinekoloji, ağız ve diş sağlığı, hemşirelerce verilen evde bakım hizmetleri, 24 saat acil sağlık hizmetleri ve koruyucu hekimlik çalışmaları (aşılama, tarama vb çalışmalar) yer almaktadır. Bu merkezler oldukça donanımlıdır (EKG, USG, sıklıkla röntgen cihazları). Laboratuvar hizmetleri de vermekte, hemşire, fizyoterapist istihdam edebilmektedirler. Temel sağlık hizmetleri veren hekimlerin çalışma şartları değişiklik göstermektedir. Uzmanla başvuru oranları da oldukça yüksek seyretmekte ancak düşürülmeye çalışılmaktadır. Bazı birinci basamak hekimleri uzmanlık gerektiren hizmetler de vermekteler. Bu hizmetler Avrupa Birliği'ne uyumlu şekilde verilen birinci basamak eğitimi öncesi ve sonrası yapılabilecek sigorta kapsamı dışındaki hizmetlerdir.

7. Bulgaristan

Bulgaristan parlamentosu 1998'de Sağlık Sigortası Kanunu'nu kabul etti. Bu kanunla Bulgaristan'da zorunlu ve gönüllü sağlık sigortası başlatıldı. Zorunlu sağlık sigortası, sosyal sağlık koruma sistemidir. Zorunlu Sağlık Sigortası, Ulusal Sağlık Sigorta Fonu (National Health Insurance Fund - NHIF) ve bunun bölgesel bölümleri olan Bölgesel Sağlık Sigorta Fonları

(Regional Health Insurance Fund - RHIF) tarafından uygulanır ve bir sağlık hizmet paketi garanti edilmiştir. Gönüllü sağlık sigortası isteğe bağlıdır. Bu sigorta hizmetleri, Ticaret Kanunu'na uygun olarak tescilli şirketler tarafından verilir. Yeni sistemin amacı, Bulgaristan'da doktor ile hasta arasındaki karşılıklı ilişkide kesin ve açık kurallar oluşturmaktır. Bu çerçevede bazı temel hedefler şunlardır: Her Bulgar'a sağlık sisteminin her seviyesinde ulaşılabilir sağlık hizmetini garanti altına almak, hastalara yüksek kalitede tıp hizmeti sağlamak, hasta memnuniyeti için doktorlar ve sağlık kurumları arasında rekabet oluşturmak, sağlık sigorta sisteminde çalışanlara yeterli ve memnun edici ücret temin etmek.

Bulgaristan'da zorunlu sağlık sigortası, Sağlık Sigorta Kanunu'nun 5. maddesinin temel prensipleri ile uyumlu olarak yürütülür. NHIF bir halk organizasyonudur.

NHIF'nin yapısı "Fonlar onları sağlayanlar tarafından yönetilmelidir" inancına uygun olarak oluşturulmuştur. NHIF Temsilciler Kurulu Yönetimi, "işverenler, devlet ve sigortalı kişiler" üçlüsü üzerine temellendirilmiştir. Sağlık için paylaşılmış sorumluluk prensibi, primlerle ya da sağlık riskinden sorumlu olan devlet, belediyeler, işverenler ve çalışanların ödemeleri ile garanti edilmiştir.

Sağlık Sigortası Kanunu'na göre her sigortalı, kendi sağlığı için belirlenmiş zorunlu koruyucu muayeneler için düzenli ziyaretlerle sorumluluğu yüklenmektedir. Daha yüksek düzeyde bir sağlık sorumluluğu oluşturmak amacıyla sigortalılar kişisel prim / ücretle olaya katılmaktadır.

Ülke için tespit edilen asgari ücretin %1'i her muayene için aile doktoruna ödenir. Ülke için tespit edilen asgari ücretin %2'si hastanede kalınan her bir gün için (yıllık 20 günü geçemez) ödenir. Özel bazı hastalığı olanlar, işsizler, askerler, gaziler, her hangi bir hastalığı ya da sakatlığı nedeniyle askere alınmayanlar, fakirler, huzurevi gibi merkezlerde kalanlar bu ödemelerden muaftır.

Avrupa sosyal sağlık sistemlerinin ana ihtiyacı tıbbî hizmetlere ulaşılabilirliktir. Tıbbî hizmetler garanti paketi çerçevesinde tüm sigortalılar, tıbbî hizmetlere

erişmede eşit haklara sahiptir. NHIF, yapısal olarak bir halk kuruluşu olarak oluşturulmuştur ve halk sağlığından ayrılmıştır.

NHIF, farklı bir yasa ile kurulmuştur ve ekonomik olarak ülke bütçesinden bağımsızdır. Sigortalıların haklarını korumak için, yönetimde sigortalıların temsilcileri görev alır.

Sağlık Sigorta Yasası'na göre, NHIF ile sağlık hizmeti sağlayıcılar arasındaki finansal ilişki ile ilgili sözleşme iki seviyeli: Ulusal (Ulusal Çerçeve Kontratı-National Framework Contract-NFC) ve bireysel. Bazı sağlık hizmeti sağlayıcılar sağlık sigorta fonu ile sözleşme yapmak istemeyebilir; bunlara NHIF tarafından hizmetlerine karşılık ödeme yapılmaz. Ayrıca belirlenen hizmet kalitesine ulaşamayan sağlık hizmeti sağlayıcılarla yapılmış sözleşme NHIF tarafından feshedilebilir. Yeni sağlık sigorta sistemi ile tıbbi hizmet sağlayıcıların serbestçe seçimi garanti altına alınmıştır. Mevcut bölge tabanlı tıbbi hizmet onayı ortadan kalkmıştır. Bu nedenle sigortalının, NHIF ile sözleşme yapılmış olan özel ve kamu doktorlarından sağlık hizmeti alma hakkı vardır.

Aile hekimlerinin sundukları sağlık hizmetinin ücretlerini belirlemede Bulgar Hekimler Birliği'nin sigorta ile yapılan pazarlıklarda tek taraf olarak belirlenmiş olması ve uzlaşmadan uzak tutumu nedeni ile sağlık hizmetlerinin sunum sürecini zora sokmuştur. Aile hekimlerinin istediği ücretlerin ikinci basamakta çalışan uzman hekimlere göre yüksek olması, aile hekimlerinin istedikleri ücreti elde edememesi, hastane hekimlerinin bu ücretlere tepki göstermesi ve hastanelerin reform sürecine ayak uyduramamaları kişilerin sağlık hizmetlerine erişiminde zorluklara yol açmıştır. Ancak pazarlık sürecinde tarafların karşılıklı verdiği tavizler sonucu sıkıntı büyük ölçüde giderilmiştir.

8. Küba

Küba'da yaşayan tüm nüfus sağlık güvencesi kapsamındadır. Tüm sağlık hizmetleri ücretsiz olarak sunulmaktadır. Koruyucu hizmetlere ağırlık verilerek ülkenin sağlık göstergeleri yüksek seviyelere çekilebilmiştir. Sağlık hizmetleri 68.000'den fazla doktor eliyle verilmektedir. Bu doktorların 32.000'i tüm kırsal alanı da kapsayacak şekilde aile doktoru olarak hizmet vermektedir.

Yaklaşık olarak 1.000 kişiye 6 hekim düşmektedir. Bir aile doktoru ise ülke ortalaması olarak yaklaşık 500 kişiye sağlık hizmeti sunmaktadır. Aile hekimleri sağlık merkezlerinde olduğu gibi mahalle aralarına dağılmış muayenehanelerde de çalışmaktadır. Her aile doktorunun bir hemşiresi vardır. Aile doktorlarının dört temel görevi vardır: Koruyucu sağlık hizmetleri, aşılama, sağlıklı yaşamayı teşvik ve rehabilitasyon hizmetleri. Ayrıca diğer uzman hekimler düzenli aralıklarla aile doktorlarının muayenehanelerine uğrayıp burada konsültasyon taleplerine cevap vermekte, aile doktorunun çalışmalarını incelemekte ve sürekli eğitimlerini sağlamaktadır.

Kişiler sağlık hizmetinden yararlanmak için aile doktorlarına, polikliniklere ve hastanelere doğrudan başvurabilmektedir. Her polikliniğin bir bölgesi vardır ve aile doktorları bu polikliniklere bağlı olarak çalışmaktadır. Aile doktorları toplum ile iç içe çalışmaktadır. Halk doğrudan hastanelere başvurma hakkına sahip olmasına rağmen başvuruların çoğu aile doktorlarına olmaktadır. Aile doktorları muayenehanelerinde hasta kabul etmelerinin haricinde sık sık ev ziyaretleri yapmakta, gebe ve çocuk takibine özen göstermektedirler.

Küba'da klinik uzmanlık eğitimine başlayabilmek için önce tıp fakültesi sonrası iki yıllık aile doktorluğu eğitimini tamamlamak şarttır.

9. Finlandiya

Finlandiya'da sağlık hizmetlerinden faydalanabilmek için mecburi sağlık sigortası olan KELA'ya kaydolma mecburiyeti vardır. Buraya kaydolmayanlara kamunun sağladığı diğer hizmetlerden faydalanmada da kısıtlama getirilmektedir. Sağlık giderleri merkezi ve yerel idarelerin topladığı vergilerce karşılanmaktadır, ancak ücretlerin %35'ine varan sağlık primi kesilmektedir, ayrıca işveren de bu miktara katılım sağlamaktadır. Sağlık hizmeti yerel idarelerce sunulmaktadır. Her bölgede bulunan sağlık merkezlerinde her hekimin bir bölgesi vardır. Bu bölgede yaşayanlar genel pratisyen olarak çalışan bu hekimler vasıtası ile sağlık sistemine giriş yapmaktadırlar. Hekimler tıp fakültesinden mezun olduktan sonra 6 yıllık uzmanlık eğitimi ile genel

pratisyen unvanı almaktadırlar. Genel pratisyenler iki hekim, bir hemşire ve bir tıbbi sekreterden oluşan ekipler halinde çalışmaktadırlar.

Kişiler kendi bölge hekimlerinin dışında özel muayenehanelerde ve işyerlerinde çalışan hekimlerden de hizmet alabilmektedir. Bekleme sürelerinin uzun olması nedeni ile kişiler bölgelerindeki hekimler yerine özel muayenehanelere giderek artan oranda başvurmaya başlamıştır. Bunu engellemek için Mart 2004'te yürürlüğe giren bir yasa çıkarılmıştır. Bu yasaya göre birinci basamak sağlık merkezinde muayene olmak için 3 günden uzun süreye randevu verilmeyecektir. Bu süre hastane muayeneleri için 3 hafta olarak belirlenmiş, ameliyatlara için ise 6 aydan uzun bekleme listesi oluşturulmayacağı hükmü getirilmiştir.

Birinci basamaktaki sağlık hizmetleri koruyucu hizmetler, sağlıklı yaşamı teşvik programları tedavi ve rehabilite edici hizmetler olarak sunulmaktadır. Sağlık istasyonları adı verilen birinci basamak sağlık merkezlerinde bir yıl içindeki ilk üç muayene için muayene başına 11 Euro ücret alınmaktadır. Bu istasyonlarda acil gözlem yatakları, rehabilitasyon hizmeti veren mekanlar, tetkik ve görüntüleme imkanları da bulunmaktadır.

Kişilerin hastaneye sevki gerekirse genel pratisyen ilgili uzmandan veya klinikten randevu almaktadır.