

Türkiye'de Aile Hekimliği Uygulamasına Genel Bakış: Türk Eczacıları Birliği Raporu

24.11.2004'te yürürlüğe giren 5258 Sayılı "AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASI HAKKINDA KANUN" üzerine Türk Eczacıları Birliği tarafından 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 incelenmiştir. Bu raporda göze çarpan noktaları şu şekilde sıralamak mümkündür:

I. Aile Hekimliği Uygulamasına Dair Genel Sorun Alanları

1. Altyapı eksikliği (eğitim,vb.)

a) Aile Hekimi olabilmek için gerekli kapasiteye ulaşabilmek için yeterli mesleki eğitim süresi ortalama 3,5-4 yıldır. Avrupa Birliği 1995 başından itibaren birinci basamakta çalışmak için, temel tıp eğitiminden sonra en az 2 yıl eğitimi zorunlu kılmıştır. 1996'da Avrupa Birliği'nin sağlık alanında alt birimi olan UEMO (Union of European Medical Organization) bu süreyi üç yıla çıkararak bir tavsiye kararı almıştır. Oysaki mevcut pratisyen hekimler 10 günlük bir sertifika programı ile aile hekimi oluyorlar ve sunması gerekli sağlık hizmetlerini sunabilecek donanıma sahip olamamaktadırlar.

2. Hekimlerin artan iş yükü nedeniyle koruyucu sağlık hizmetlerinden uzaklaşarak tedavi odaklı bir sistem geçiş ihtimali

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 izlemleri, çevre sağlığı, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, özürülü ve yaşlı bakımı gibi koruyucu sağlık hizmetleri, neredeyse imkânsız hale gelecektir.

c) Bu iş yükü ile imkânsız 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 hizmetinde, 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 görevli ayrı ayrı sözleşme yapacak olması ve maaşlarını kendisinin verecek olması birinci basamak temel sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin yolunu açacaktır.

4. Hekimlerin bir yıllık sözleşme ile iş güvencelerini kaybetmeleri ve bir sağlık elemanı olarak kalmak yerine ciddi bir işletmeci olmak zorunda olmaları

a) Koruyucu hizmetleri yerine getiremeyen hekimlerin sözleşmeleri fesh edilecektir. Bu nedenle aile hekimi işletmeci olmak ve sağlık çalışanı olmak ikilemi arasında kaldığından etik bozulmalarını önü açılacaktır.

5. Hekimlerin birbirlerini denetleyebildikleri Sağlık Ocağı ortamı yerine karşılıklı denetimin varolmadığı bir sağlık hizmet üretiminin yaratılması

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

II. Özel Olarak Eczacılık Mesleği İle İlgili Sorun Alanları

1. Hak kayıplarının gündeme gelmesi.
 - a) Mevcut eczanelerin görece avantajlarının yitirilecek 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 ile eczacı arasında oluşabilecek enformel ilişkiler yüzünden etik sorunların baş göstermesi.
4. Tek kurum ile yapılan sözleşme dolayısıyla geri ödeme süresinin artma riski.
5. Ödeme dışında kalan ilaç sayısının artma ihtimali ile tezgâh-üstü ilaçların satışlarının hızla artması.
6. Aile hekimlerinin uzak köy ziyaretlerinde yazmış oldukları reçetelerin tanzimin yapılmasına yasal çerçevenin kesinleşmemesi.

III. Öneriler

A) Aile Hekimlerinin iş yükünün azaltılması. 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'nda 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 paylaşılmasının yasal bir dayanağa bağlanması sürecinin takip edilmesi.

F) Aile hekimlerinden eczanelere yapılabilecek yönlendirmelere karşı belgelenmesi durumunda cezai yaptırımlara dair çıkarılacak bir 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 bir an önce geçilmesiyle, mevcut ve olası sorunların daha nitelikli takibinin gerçekleştirilmesi ve çözüme ulaştırılması.

IV. Aile Hekimliği Soru Formlarının Değerlendirilmesi

Bu genel değerlendirmeler ışığında 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

	Hizmetten Faydalanan/ Faydalanacak Kişi Sayısı	Kent	Kırsal
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
Isparta	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 kapsadığı 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 ulaşamamıştır.

Tablo 2

	Aile Sağlığı Merkezi	Aile Hekimi Sayısı	Toplum Sağlığı Merkezi
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

	Başlangıç Tarihi	A.H. Başına 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/Hayır
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 vermekte midir?

	Sağlık Ocağı	Özel Muayenehane
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?

Değişim	Kutu Bazında	YTL Bazında
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

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?

Denetim	Yapılıyor	Yapılmıyor
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 ³	-
Çorum	İl Sağlık Müd.	-
Osmaniye	İl Sağlık Müd.	-
Karaman	X ⁴	-
Eskişehir	X	-
Elazığ	İl Sağlık Müd.	-
Adana	-	X ⁵

3. Aşılama da %100 olmasa da hedeflenen rakama ulaşılmış, bebek ve gebe izleminde istenen düzey yakalanmıştır.
4. Denetimler sıkı. Performansa göre maaş uygulaması aşılamanın düzgün ilerlemesine sebep oluyor.
5. Uygulamanın yeni başlatılmış olması.

Aile Hekimliği uygulamaları hakkında hazırlanan bu raporun başında, günde 80-100 hastaya bakmak durumunda olan aile hekimin aile planlaması, aşılama, gebe-bebek-çocuk-doğurgan çağ kadın izlemleri, çevre sağlığı, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, özür lü ve yaşlı bakımı gibi koruyucu sağlık hizmetlerini yerine getirmesinin neredeyse imkânsız hale geleceği tespiti yapılmıştı. Bu tespitten hareketle, bu iş yükü ile imkânsız 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 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?

	Hekim değiştiren birey sayısı
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 ⁶
Osmaniye	% 20
Karaman	8560
Eskişehir	135.000 (Başvuru)
Elazığ	% 10 (56.000)
Adana	0 ⁷
Toplam	612.313 +

6. AH Uygulamasının 6 aylık süresi Haziran ayında dolmuş ancak veriye ulaşılamamıştır.

7. Uygulama 6 ayı geçmediği için AH değiştirilemiyor.

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

	Hekimler Arası 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

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 hizmet denetimlerinin bir şekilde (AHBS, yerinde denetim vb.) yapıyor olmasının (kısıtlı da olsa), tam ve nitelikli bir sağlık hizmetinin sunulması adına yeterli olarak görülemeyeceği ortadadır. Çünkü doktorların işletmeci, hastaların müşteri rolüne büründürüldüğü AH uygulamalarının 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 altından tutulması zor görünmekle beraber süreci daha da derinleştirerek kötüleştirilmesine sebep olacak ve 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?

	İletişim Şekli Nasıl?
Düzce (Sakarya)	Özellikle Koruyucu Hizmetler için TSM'ye Rapor
Bolu (Sakarya)	Özellikle Koruyucu Hizmetler için TSM'ye Rapor
Edirne	Telefon, - e-posta, 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 olamayacaktır. İki Resmi kurum arası olağan görüşmelerin ötesinde msn, e-mail gibi araçların kullanılması bunu göstergesi olabilir. Ancak Bölgelerden daha fazla veri elde edilmesi denetleme sürecine dair daha gerçekçi tespitler yapılmasına imkân tanyacaktır.

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?

Değişim	Olmuştur	Olmamıştır
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?

	Kırsal kesimde ilaç hizmeti nasıl verilmektedir. Eczanelerin taşınması 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 ⁸
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.

8. İSM ile Protokol gereğince eşit parasal limitte eczaneler tarafından sıra listesine istinaden karşılanmaktadır.

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 yürütmektedirler.

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 Arasında Etik 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 temelli 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-ilaç firması arası yoğunlaşmış ilişkilerde artış.
Elazığ	Herhangi etik bozulma veya bu konuyla ilgili başvuru olmamıştır.
Adana	Ciddi bir artış gözlenmektedir.

Sonuç

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kanunu ve pilot illerdeki genel görünüm dikkate alınarak hazırlanan bu Rapor'un somut olgularla desteklenmesi için hazırlanan soru formları 51 Bölge Eczacı Odasına ulaştırılmış, formlar 11 Bölge Eczacı Odası tarafından doldurularak geri gönderilmiştir.

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

Genel olarak, Rapor'un girişinde tartışılan sorun alanlarının somut bir şekilde varolduğu ve sağlık hizmet üretiminin gün geçtikçe özelleştirme mantığına uygun bir şekilde dönüştürüldüğü ortaya çıkmaktadır.

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-ilaç 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 tarafında dikkatle denetlenmesi gereken bir olgudur.

Son olarak şu ifade edilebilir ki sağlıkta neoliberal dönüşümün çatısı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ise, Aile Hekimliği Uygulamaları ve şu an taslak halindeki Kamu Hastane Birlikleri Yasası 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, 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.