T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TIP FAKÜLTESİ HASTANESİNE BAŞVURAN HASTALARIN AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI İLE İLGİLİ BİLGİ VE DÜŞÜNCELERİ

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Nuray KÖROĞLU OYAN

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Ayşe PALANDUZ

İSTANBUL
2013

ÖNSÖZ

Hastanemizde gerekli olan eğitim ve uygulamaların çalışma ortamını sağlayan Başhekimimiz Sayın Prof. Dr. Mehmet Akif Karan'a; uzmanlık eğitimim süresince davranış ve kişiliğiyle örnek olan, destek ve yakınlığını hiçbir zaman esirgemeyen Anabilim Dalı Başkanı Sayın Doç. Dr. Ayşe Palanduz'a minnet ve şükranlarımı sunarım.

Rotasyon eğitimi aldığım süre içerisinde birlikte çalıştığım, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım hocalarım Sayın Prof. Dr. Sinan Berkman'a, Sayın Prof. Dr. Selçuk Mercan'a, Sayın Prof. Dr. Şükrü Palanduz'a, Sayın Prof. Dr. Feyza Darendeliler'e, Sayın Prof. Dr. Mehmet Raşit Tükel'e, Sayın Prof. Dr. Tülin Çağatay'a, Prof. Dr. Kamil Adalet'e, Can Baykal'a, Aile Hekimliği Uzmanımız Sayın Dr. Sabiha Banu Denizeri'ne teşekkür ve saygılarımı sunarım.

İstatistik bölümünü hazırlayan İstatistik Uzmanı Sayın Dr. Sevim Purisa'ya; Asistanlığım süresince uyum içinde çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma, hemşire arkadaşlarıma ve tüm sağlık personeline teşekkür ve sevgilerimi sunarım.

Bu günlere gelmem için bana maddi manevi tüm imkanlarını sunan sevgili annem, babam, kardeşlerim ve eşimin ailesine, destek ve sevgisine her zaman muhtaç olduğum sevgili eşime, yaşamıma renk ve mutluluk katan canım kızıma ve oğluma sonsuz teşekkür ederim

Dr. Nuray KÖROĞLU OYAN

İÇİNDEKİLER

		SAYFA
I.	ÖNSÖZ	I
II.	İÇİNDEKİLER	II
III	ŞEKİLLER DİZİNİ	III
IV.	TABLOLAR DİZİNİ	IV
V.	ÖZET	1
VI.	SUMMARY	2
VII.	GİRİŞ	3
VIII.	GENEL BİLGİLER	5
	A. Tanımlar	5
	B. Aile Hekimliğinin Temel Özellikleri	5
	C. Dünyada Aile Hekimliği'nin Gelişimi	7
	Ç. Dünya'da Aile Hekimliği Uygulamaları	8
	D. Türkiye'de Aile Hekimliği'nin Gelişimi	8
	E. Aile Hekiminin Görev, Yetki ve Sorumlulukları	12
	F. Aile Sağlığı Merkezi	12
IX.	AMAÇLAR	14
X.	GEREÇ VE YÖNTEM	15
XI.	BULGULAR	16
XII.	TARTIŞMA	29
XIII.	KAYNAKLAR	34
XIV.	EKLER	
	1. Aile Hekimliği Kanunu	36
	2. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği	43
	3. Çalışmada kullanılan Anket Formu	75
XV.	ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ	80

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Bir sağlık sorunu olduğunda hastaların ilk başvurdukları sağlık kuruluşu

Şekil 2: Hastaların bir sağlık sorunu ile karşılaştıklarında başvurdukları yerin cinsiyetleri açısından karşılaştırılması

Şekil 3: Hastaların bir sağlık sorunu ile karşılaştıklarında başvurdukları yerin eğitim durumları açısından karşılaştırılması

Şekil 4: Hastaların bir sağlık sorunu ile karşılaştıklarında başvurdukları yerin kronik bir hastalıklarının olup olmadığı açısından karşılaştırılması

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1: Başvuran hastaların sağlık kuruluşunda önem verdiği özellikler

Tablo 2: Hastaların hastanemizi tercih nedenleri

Tablo 3: Hastaların Aile Hekimlerine gitme ve gitmeme nedenleri

Tablo 4: Hastaların Aile Hekimliği Uygulaması ile ilgili bilgi ve deneyimleri

Tablo 5: Hastaların Aile Hekimleriyle ilgili izlenim ve düşünceleri

Tablo 6: Kişilerin bir sağlık sorunu olduğunda ilk başvurdukları sağlık kuruluşunun kronik bir hastalıkları olup olmaması açısından değerlendirilmesi

Tablo 7: Kronik bir hastalığı olanlar ve olmayanların başvurdukları sağlık kuruluşunda aradıkları özellikler

Tablo 8: Daha önce Aile Sağlığı Merkezine giden ve gitmeyenlerin kronik bir hastalıklarının olup olmamasına göre durumu

Tablo 9: Anketi cevaplayanların Aile Hekimliği Uygulamasıyla ilgili beklentilerinin kronik bir hastalıklarının olup olmamasına göre durumu

TIP FAKÜLTESİ HASTANESİNE BAŞVURAN HASTALARIN AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI İLE İLGİLİ BİLGİ VE DÜŞÜNCELERİ

ÖZET

AMAÇLAR: Bu çalışmada üniversite hastanesine başvuran hastaların aile hekimliği uygulaması hakkında farkındalıkları, bilgi ve düşünceleri, bu hizmetten yararlanma durumlarını nedenleriyle ortaya koymak amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER: Ekim 2012 - Ocak 2013 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'ne herhangi bir sebeple başvuran hastalardan kabul edenlere 40 soruluk bir anket uygulandı. Verdikleri cevaplar SPSS® (v21.0) istatistik programı ile, bağımsız ki kare testi kullanılarak değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya 1500 hasta katıldı. Hastaların % 39,9'u hastanemize ilk kez gelmişlerdi; % 54,7'sinin kronik bir hastalığı vardı. Katılanların % 38'i bir sağlık sorunları olduğunda ilk başvurdukları yerin devlet hastanesi, % 35'i İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi olduğunu belirttiler. Hastaların başvurdukları sağlık kuruluşunda en çok önem verdikleri iki özellik tıbbi güven (% 35,4) ve hizmetti (% 29,7). İstanbul Tıp Fakültesi'ne başvuranların bu tercihlerinin önde gelen nedenleri daha iyi tedavi olacaklarına inanmaları (% 39,7), tetkik imkanının fazla olması (% 37,5) ve güven duymalarıydı (% 36,2). Hastaların % 53,1'i Aile Hekimliği Uygulaması ile ilgili bilgi sahibi olduklarını, % 39,2'si bu uygulamanın sağlık sorunlarına yararı olacağını, % 57,9'u bağlı oldukları Aile Sağlığı Merkezi'ne en az bir kez gittiklerini belirtmişlerdi. Aile Sağlığı Merkezi'ne gidenler ilaç yazdırmak için (% 48), tetkik ve tedavi için (% 35,9) ve rapor almak için (% 7,9) burayı tercih ediyorlardı.

SONUÇLAR: Hastanemize başvuran hastaların çoğunluğu Aile Hekimliği Uygulaması hakkında bilgi sahibi olmakla beraber bu oran yeterli değildir. Uygulamanın yararlı olacağı beklentisindekilerin oranı da istenen düzeyde değildir. Hastalarımızın ancak % 60'ından azı daha önce bir Aile Sağlığı Merkezi'ne gitmiştir. Ülkemizde ülke çapında yürütülen Aile Hekimliği Uygulamasının istenen başarıya ulaşması ancak uygulamayla ilgili farkındalığın artması ve hasta beklentilerinin göz önüne alınması ile mümkün olabilir.

THE KNOWLEDGE AND OPINION OF PATIENTS WHO ATTENDED TO A UNIVERSITY HOSPITAL ABOUT THE FAMILY MEDICINE PRACTICE

SUMMARY

OBJECTIVE: The aim of this study is to evaluate the awareness of patients who attend a university hospital about family medicine practice, their knowledge and thoughts and their beneficial status.

MATERIALS AND METHODS: Between October 2012 and January 2013 a survey of 40 quetions was done in patients with consent who have applied to İstanbul University İstanbul Medical Faculty with any complaint. The results were analysed using Chi-squared test in SPSS statistics program.

RESULTS: One thousand and five hundred patients attended the study. Out of them 39.9 % applied to our hospital for the first time; 54.7 % had a chronic disease. In case of a health problem 38 % declared a state hospital as the first choice of application and 35 % declared İstanbul Medical Faculty Hospital. Two of the most important properties sought on admission to a health center were medical trust (35.4 %) and good service (29.7 %). The leading reasons for choosing to attend İstanbul Medical Faculty were believing in a better therapy (39.7 %), availability of more test options (37.5 %) and trust (36.2 %). A rate of 53.1 % of patients stated they knew about the Family Medicine Practice 39.2 % stated this practice would be beneficial for health problems and 57.9 % went to the Family Medicine Center one time at least. Those who went to the Family Medicine Center preferred it for prescriptions (48 %), diagnosis and treatment (35.9 %) or getting reports (7.9 %).

CONCLUSIONS: Although most of the patients attending our hospital are aware of the Family Medicine Practice, this number is not enough. The number of those who expect benefit from this practice is not at a desired level. Only less than 60 % of our patients have ever been to a Family Medicine Center. The desired success of Family Medicine Practice carried out country-wide, can only be achieved by increasing awareness and considering patient expectations.

GİRİŞ

Aile hekimi, kişiyi ailesi ve içinde yaşadığı toplum ile birlikte bir bütün olarak ele alıp koruyucu sağlık hizmetleri ile tedavi hizmetlerini bir arada sunan ve kendi sorumluluğu altındaki kişilerin hem biyolojik, hem ruhsal, hem de sosyal yönleriyle ilgilenen, kişilerin serbestçe seçebildikleri hekimdir.

Aile Hekimliğinin amaçları arasında erken tanı ve tedaviyi sağlamak; sorumluluğu altındaki kişilerle sürekli ilişki halinde olarak onları izlemek; birinci basamağa özgü bireye ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini sunmak; kronik hastalıklarda sürekli bakım ve tedavi sağlamak; bireylerin yaşam kalitelerini ve sağlık düzeylerini geliştirmeye çalışarak toplumun gelişmesine katkıda bulunmaktadır.

Kişiler hastalandıklarında ilk başvurdukları yer çeşitli faktörlere bağlı olarak değişebilir. Ancak ideal olan sağlık hizmetinden basamaklandırılmış bir sistem esasına göre yararlanmaktır. Buna göre birinci basamak sağlık hizmeti bireylerin kolayca ulaşabildikleri kuruluşlarda verilir. Bileşenleri sağlığın teşviki, korunması ile ilk kademedeki teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleridir. İkinci basamak sağlık hizmeti başta İç Hastalıkları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Genel Cerrahi ile Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanları olmak üzere uzmanların yer aldığı yataklı sağlık kurumları olan hastanelerde verilir. Üçüncü basamak sağlık hizmeti ise hizmetin yanı sıra eğitim ve araştırma bileşenlerinin de ön planda ele alındığı üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde sunulur.

Aile Hekimliği uygulaması 2010 yılı sonunda bütün ülkeyi kapsayacak şekilde yaygınlaştırılmış olup geçen 3 yıllık sürede çok sayıda kişi bu uygulamadan yararlanmıştır. Henüz ülkemizde sevk zinciri uygulanmamakla beraber ikinci ve üçüncü basamak sağlık

kuruluşlarına başvurulduğunda alınan katkı payı vatandaşları birinci basamak sağlık kuruluşu olan Aile Sağlığı Merkezleri'ne başvurmaya teşvik etmektedir.

Bu çalışmada üniversite hastanesine başvuran hastaların aile hekimliği uygulaması hakkında farkındalıkları, bu hizmetten yararlanma durumları, nedenleriyle sorgulanmıştır. Çalışmaya başlarken amacımız anket sonucunda birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin kullanımına ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin buna uygun yapılandırılmasına yol gösterici olacak bilgilerin kazanılmasıydı. Hastalarımızın İstanbul Tıp Fakültesine başvuru nedeni ve başvuruyu etkileyen faktörlerin öğrenilmesinin hizmet sunumunun planlanmasında yol gösterici olacağı düşünüldü.

GENEL BİLGİLER

A. TANIMLAR

Aile Hekimi: Aile Hekimliği Kanunu'nda "kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabip" olarak tanımlanmıştır (Ek 1, Madde 2).

Aile Hekimliği: Birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik tıp disiplini ve uzmanlık alanı

Aile Hekimliği Uygulaması: Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Aile Hekimleri tarafından Aile Sağlığı Merkezlerinde birinci basmak sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü uygulama

Aile Sağlığı Merkezi: Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde "bir veya birden fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşu" olarak tanımlanmıştır (Ek 2, Madde 3/1-ç).

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde "Sağlığın teşviki, koruyucu sağlık hizmetleri ile ilk kademedeki teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin bir arada verildiği, bireylerin hizmete kolayca ulaşabildikleri, etkin ve yaygın sağlık hizmeti sunumu" olarak tanımlanmıştır (Ek 2, Madde 3/1-F).

B. AİLE HEKİMLİĞİNİN TEMEL ÖZELLİKLERİ

Aile hekimliği; bireyleri biyo-psiko-sosyal çevreleri ile birlikte doğumdan ölüme kadar bir bütün olarak ele alan, bireylere hekimlerini seçme ve tercih etme hakkı tanıyan bir uygulamadır (1).

Aile hekimi, kişinin sağlık sistemiyle ilk temas noktasını oluşturur; yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı, kesintisiz ve bütüncül bakım sağlamaktan sorumludur. Bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi merkezli bir yaklaşım sergiler. Kişinin sağlığını etkileyen biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörleri bir bütün olarak ele alır. Hizmet verdiği bireylerle, kolayca ulaşılabilecek, güvene dayalı ve uzun süreli bir ilişki içindedir. Doğum öncesi dönemden başlayarak ölene kadar kişinin sağlıkla ilgili tüm gereksinimlerinin sorumluluğunu üzerine alır. Birinci basamak sağlık hizmetini aşan sorunlar için ise, ilgili tıp branşlarıyla konsültasyonu yönetir; bu branşlardaki girişimlerin en uygun biçimde yapılabilmesi için koordinatörlük görevi üstlenir.

Dünyada bu alandaki en yaygın ve kapsayıcı örgüt olan WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians - Dünya Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri Ulusal Kolejleri, Akademileri ve Dernekleri Birliği; kısaca Dünya Aile Hekimleri Örgütü - World Organization of Family Doctors) Avrupa kolu Aile Hekimliği disiplininin özelliklerini şöyle tanımlamıştır (2):

1. Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.
2. Sağlık kaynaklarının verimli kullanımını sağlar. Bunu bireylere sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunmanlık göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek yapar.
3. Bireye, ailesine ve içinde yaşadığı topluma yönelik kişi-merkezli bir yaklaşım geliştirir.
4. Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır. Bu süreç, etkili bir iletişimle hekim ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar.
5. Sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen dikey sürekliliğini sağlamaktan sorumludur.

6. Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.
7. Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir.
8. Gelişimlerinin erken evresinde henüz ayrışmamış bir şekilde sunulan ve ivedi girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir.
9. Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.
10. Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir.
11. Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır.

C. Dünyada Aile Hekimliği'nin gelişimi

Aile Hekimliği ve Genel Pratisyenlik terimleri, dünyada eş anlamlı olarak kullanılmakta ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır. Bu kavramın İngiltere'de kullanımı 1820'lere dayanır (3). Aile Hekimliği disiplinin bir uzmanlık dalı olarak benimsenmesi ise çok sonraları mümkün olmuştur. Dr. Francis Peabody, 1923 yılında tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığını ve kapsamlı ve kişisel sağlık hizmeti veren bir uzmanlık dalının gerekliliğini dile getirmiştir (4). 1952 yılında İngiltere'de genel pratisyenler birleşerek "Genel Pratisyenler Kraliyet Koleji"ni (Royal College of General Practitioners) kurmuşlardır (5).

Amerikan Tıp Birliği'nin (American Medical Association, AMA) isteğiyle kurulan Tıp Eğitimi Halk Komisyonu'nun tıp eğitiminin standartları ve niteliği konusunda hazırladığı rapor 1966 yılında Prof. John Millis tarafından kamuoyuna açıklanmıştır. Millis raporunda bilgi artışı ve aşırı branşlaşmaya, sağlığa ilişkin talep ve beklentilerin yükselmesine, demografik yapının değişimine ve tıp uygulamasında kurumsallaşmanın artışına özellikle dikkat çekilmiştir. Aynı yıl Willard Komitesi olarak da anılan ve Tıp Eğitim Konseyi, Amerikan Genel Pratisyenlik Akademisi, Amerikan Tıp Birliği, Amerikan Tıp Kolejleri Birliği temsilcilerinden oluşan Aile Hekimliği Eğitimi Özel Komitesi'nin hazırladığı rapor da yayınlanmıştır. Bu raporda aile hekiminin tanımı yapılmış, görevleri sıralanmış, aile hekimliği eğitim programının temel ilkeleri ve bileşenleri belirtilmiş, Aile Hekimliği Yeterlik Kurulu ve bir uzmanlık dalı olarak Aile Hekimliği'nden söz edilmiştir (6). Aile Hekimliği'nin önemli

kilometre taşları olarak kabul edilen bu 2 raporun etkileri ile 1969 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde Aile Hekimliği bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir (5).

Dünya Aile Hekimleri Örgütü, WONCA, 1972 yılında kurulmuştur. 1978 yılında Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization, WHO) ve UNICEF'in Alma Ata şehrinde ortaklaşa düzenlediği Temel Sağlık Hizmetleri konulu uluslararası konferansın çok önemli sonuçlarından birisi de "2000 Yılında Herkese Sağlık" hedefine ilerlerken birinci basamak sağlık hizmet sunumunun kendine özgü bilgi ve koşullar içerdiği ve bunun uzmanlaşmış hekimlerce verilmesi gerektiğinin vurgulanmasıdır. Bunun üzerine tüm dünyada bu konuda çalışmalar başlatılmış ve ülkeler sağlık sistem ve politikalarını bu görüş doğrultusunda yeniden gözden geçirmişlerdir (5). Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Aile Hekimleri Birliği 1994 yılında Ontario-Kanada'da "Tıp Eğitimi ve Uygulamalarını İnsanların Gereksinimlerini Daha İyi Karşılar Hale Getirmek: Aile Hekiminin Katkısı" konulu ortak bir konferans düzenlemişlerdir. Bu toplantının sonunda yayınlanan bildiride aşağıdaki önerilere yer verilmiştir (7):

- Aile hekimliği bir disiplin olarak tanımlanmalıdır.
- Temel tıp eğitimi, sonraki uzmanlık eğitimi için uygun bir temel sağlamalıdır.
- Aile hekimliği disiplini her tıp fakültesinde öğretilmeli ve aile hekimi/dal uzmanı dengesi kurulmalıdır.
- Her ülkede aile hekimliği mezuniyet sonrası uzmanlık eğitim programları oluşturulmalıdır.

Avrupa Konseyi 1986 yılında Avrupa Topluluğu üyesi ülkelerin birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda görev alacak hekimlerin tıp fakültesi mezuniyeti sonrası en az 2 yıl Aile Hekimliği eğitimi almış olması gerektiğini karara bağlamış ve bunun uygulanmaya başlanması için 1 Ocak 1995 tarihini hedef olarak belirlemiştir. 1996 yılında ise aile hekimliği uzmanlık eğitiminin süresi 2001 yılından itibaren geçerli olmak üzere en az 3 yıl olarak düzeltilmiştir (8).

Ç. Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları

Dünya ülkelerinin bir çoğunda AH birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmakla beraber uygulamada ve adlandırmada farklılıklar vardır. Ülkeler ihtiyaçlarına,

ekonomik kaynaklarına ve sosyal yapılarına uygun modeller geliştirmiş ve uygulamaya geçirmişlerdir (5, 9).

1. ***İngiltere:*** Aile hekimliği değil "Genel Pratisyenlik" deyimi kullanılır. Tek başına veya 4-5 hekim birleşerek muayenehanelerinde görev yaparlar. Onlara duruma göre değişmek üzere hemşire, ebe, ev ziyaretçisi hemşire, sosyal hizmet uzmanı, tıbbi sekreter veya paramedikal bir ekip eşlik eder (9). Bir hekim yaklaşık 2000-3000 kişiye hizmet verir. Hastanın hekimi, hekimin de hastayı seçme özgürlüğü vardır (5). Uzmanlık eğitiminin süresi 3 yıl olup 2 yılı hastanede, 1 yılı sahada eğitici Aile Hekiminin yanında geçmektedir (10). Bu eğitimin sonunda sınav zorunlu olmamakla beraber Genel Pratisyenler Kraliyet Koleji üyeliği için sınava girerler (9).
2. ***Almanya:*** Birinci basamakta genel pratisyenler veya aile hekimleri çalışır. Kişiler hekimlerini seçme hakkına sahiptir ancak seçtiklerini 3 ay değiştiremezler. Diğer uzmanlara ve hastaneye gitmek için birinci basamak hekiminin sevki gerekir. Aile hekimleri acil olgulara çalışma saatleri dışında da bakarlar. Uzmanlık eğitiminin süresi 4 yıldır ve bunun bir kısmı hastanede geçer. Eğitimin sonunda sınava girmek zorundadırlar (5, 10).
3. ***Amerika Birleşik Devletleri:*** Aile Hekimliği 1969 yılında bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir. Uzmanlık eğitiminin süresi 3 yıldır ve resertifikasyon gerekir. Birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık sigortaları ile anlaşmalı muayenehanelerde, Aile Hekimliği, İç Hastalıkları veya Pediatri uzmanları tarafından verilir. Aile hekimleri ya kendi muayenehanelerinde veya son yıllarda yaygınlaştığı üzere grup muayenehanelerinde hizmet verirler. Ödemeler kişi ve hizmet başına göre yapılır (4, 9).
4. ***Kanada:*** Birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından verilmektedir. Aile hekimleri büyük kentlerde muayenehanelerinde çalışırlar ve 2. basamağa sevk ettikleri hastalarının tedavileri ile de bizzat ilgilenirler. Kırsal alanda ise sağlık merkezlerinde ve küçük hastanelerde hizmet verirler. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi ise iki yıl olup sınavı başaranlara Kanada Aile Hekimleri Kolej üyeliği unvanını verilmektedir (10).
5. ***Fransa:*** Birinci basamak sağlık hizmetleri çoğunlukla serbest çalışan aile hekimliği, genel pratisyenlik uzmanları ve diğer dal uzmanları tarafından verilir. Sevk zinciri yoktur. Uzmanlık eğitimi zorunludur. (9).

6. Küba: Birinci basamak sağlık hizmetleri yerel yönetimlere bağlı Aile Hekimleri tarafından yürütülür. Yaklaşık 800 kişiye bir aile hekimi düşer (5).

D. Türkiye'de Aile Hekimliği'nin Gelişimi

Türkiye'de Aile Hekimliği'nin gelişimi biri akademik yönden, diğeri uygulama yönünden olmak üzere iki farklı koldan ilerlemiştir:

1. Akademik Aile Hekimliği: Aile Hekimliği uzmanlığı 1983 yılında "Tababet Uzmanlık Tüzüğü"nde yer almıştır. Bunu izleyerek 1985 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde ilk kez Aile Hekimliği uzmanlık eğitimine başlanmıştır. Üniversitelerde Aile Hekimliği anabilim dallarının kurulması ise ancak 1993 yılında alınan Yükseköğretim Kurumu kararıyla mümkün olmuştur. Ancak tıp fakültelerinde Aile Hekimliği anabilim dallarının yaygınlaşması yıllar almıştır (8, 11).

Günümüzde Aile Hekimliği uzmanlık eğitimine başlamak için Tıpta Uzmanlık Sınavına girerek üniversite hastanelerinde veya Sağlık Bakanlığı'na bağlı Eğitim ve Araştırma Hastanelerindeki bir uzmanlık eğitim programına kaydolmak gereklidir. Eğitimin süresi 3 yıl olup bunun 18 ayı İç Hastalıkları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Kardiyoloji, Göğüs Hastalıkları ve Genel Cerrahi rotasyonlarında geçirilmektedir.

11/10/2011 tarih ve 663 numaralı Kanun Hükmünde Kararnamenin (Resmi Gazete tarihi: 2/11/2011, No: 28103, Mükerrer) 58. Maddesinin 8. bendi ile 11/4/1928 tarihli ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'a eklenen Geçici Madde 9 ile Aile Hekimliği Uygulamasında yer alan sözleşmeli Aile Hekimlerine "uzaktan ve/veya kısmî zamanlı" uzmanlık eğitimi yolu açılmıştır:

> *Geçici Madde 9- "1/1/2020 tarihine kadar, 24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Kanun hükümlerine göre sözleşmeli aile hekimi olarak çalışmakta olanlar, tıpta uzmanlık sınavı sonuçlarına göre, merkezi yerleştirmeye tabi olmaksızın, Tıpta Uzmanlık Kurulunca belirlenen esaslar çerçevesinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi yapabilir. Bu eğitim uzaktan ve/veya kısmî zamanlı eğitim metotları da uygulanmak suretiyle yapılabilir ve en az altı yılda tamamlanır. Eğitim süresince aile hekimliği sözleşmesi devam eder. Uzmanlık eğitimi ile beraber aile hekimliği hizmetlerinin yürütülmesine, ilgililere ve eğitim sorumlularına ödenecek ücretlere ilişkin usûl ve esasları 5258 sayılı Kanunun 8 inci maddesine göre hazırlanan yönetmeliklerle belirlenir.*

Bu maddeye göre yapılacak aile hekimliği uzmanlık eğitiminde çekirdek eğitim müfredatının ve rotasyonların uygulanması ve eğitimin şekli ile sair hususlar Tıpta Uzmanlık Kurulunca belirlenir."

Bu durum aile hekimliği uzmanlık eğitimine zarar verip eğitim kalitesini uluslararası standartların altına itebilir. Ayrıca klasik uzmanlık eğitimi alanlar için hakkaniyet ve eşitlik duygusunu zedeleyecektir.

2. Aile Hekimliği Uygulaması: Ülkemizde 2003 yılında uygulamaya konulan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" kapsamında sağlık sisteminde radikal değişiklikler başlatılmış; örgüt yapısı, insan kaynakları ve süreçlerde dönüşümler gerçekleştirilmiştir (1). Bu kapsamda devletin sağlık sistemindeki rolü yeniden tanımlanmış, finansman ve düzenleme görevleri vurgulanırken hizmet sunumundaki rolü ağırlığını kaybetmek üzere değişmiştir. Bu amaçla hastaneler Kamu Hastane Birlikleri çatısında özerk bir yapıya kavuşturulmuş, profesyonel yöneticiler atanmıştır.

Bu süreçte Aile Hekimliği uygulaması Sağlıkta Dönüşüm Projesinin merkezinde yer almıştır. Uygulama ilk kez 15 Eylül 2005 tarihinde Düzce ilinde başlatılmış; 13 Aralık 2010 tarihinde ülke geneline yayılmıştır. Böylece bireysel koruyucu sağlık hizmeti ile ilk kademedeki teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri aile sağlığı merkezleri; toplumsal koruyucu sağlık hizmetlerinin koordinasyonun da yer aldığı diğer görevler ise toplum sağlığı merkezleri tarafından yürütülmeye başlanmıştır (1).

Aile Hekimleri performansa dayalı sözleşme ile çalışırlar. "Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik" uyarınca çalışılan gün sayısına göre ödeme yapılır. Bunun dışında ödeme yapılan kalemler şunlardır:

a) Kayıtlı Kişiler İçin Ödenecek Ücret: Kayıtlı kişi başına kişinin durumuna göre değişebilen katsayılarla çarpılarak belirli bir ödeme yapılır.

b) Sosyoekonomik Gelişmişlik Düzeyi Ücreti: Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine, sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi esas alınarak belirtilen tutar ödenir.

c) Aile Sağlığı Merkezi Giderleri: Hizmet verilen merkezin kira, elektrik, su, yakıt, telefon, internet, bilgi-işlem, temizlik, büro malzemeleri, küçük onarım, danışmanlık, sekretarya ve tıbbi sarf malzemeleri giderleri için, belirli bir hesaplama dahilinde ödeme yapılır.

d) Birim grubu ödemesi: Aile hekimliği birimlerine hizmet kalite standartlarına göre dahil oldukları grup için tavan ücretin belirlenen oranı kadar ödeme yapılır.

e) Gezici Sağlık Hizmeti Giderleri: Aile hekimine, gezici sağlık hizmeti verilen her yüz kişi başına tavan ücretin belirlenen oranında ödeme yapılır.

f) Tetkik ve Sarf Malzemeleri Giderleri: Aile hekiminin ihtiyaç duyduğu tetkikler, müdürlüğün belirlediği ve sarf malzemelerini temin ettiği laboratuarlarda yaptırılır. Bu tetkikler için tetkik ve sarf malzemeleri giderleri karşılığı ödeme yapılır.

Aile hekimlerine ödenen ücretten koruyucu hekimlik hizmetleri olan aşılama, gebe, bebek-çocuk takibi için ayrı ayrı, başarısızlık oranına göre kesinti uygulanır.

E. Aile Hekiminin Görev, Yetki ve Sorumlulukları

Aile Hekimliği kanununda aile hekimi kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belirli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Kurumun öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipler olarak tanımlanmıştır (Ek 1, Madde 2). Bu tanım genel olarak aile hekiminden beklenen görevleri kapsamaktadır. Daha kapsamlı olarak aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 4. maddesinde sıralanmıştır (Ek 2).

Aile hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek ve birlikte çalıştığı ekibi denetlemekle yükümlüdür. Bağlı olduğu Toplum Sağlığı Merkezi ile işbirliği halinde kendisine bağlanan bölgede sağlık hizmetini planlar ve karşılaştığı toplum sağlığını ilgilendiren durumları bildirir. Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini, izlem ve taramalarını, periyodik sağlık muayenesini yapar. Aile Sağlığı Merkezine gidemeyecek engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kişilere evde hizmet verir. Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlar.

Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutup gerekli bildirimleri yapar, sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenler.

F. Aile Sağlığı Merkezi

Aile Hekimleri Aile Sağlığı Merkezinde görev yaparlar. Aile Sağlığı Merkezinin fiziki ve teknik şartları Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin beşinci bölümünde tanımlanmıştır (Ek 2). Hangi bölümlerden oluşacağı, bu bölümlerin büyüklüğü, donanımı, hatta kullanılacak malzemeler bile belirlenmiştir. Böylece ülke çapında standardizasyonun sağlanması amaçlanmıştır. Aile Hekimliği uygulamasından önce birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği Sağlık Ocakları için böyle bir standart yoktu. Uygulamaya geçilmesi ile kriterlere uyan sağlık ocakları Aile Sağlığı Merkezlerine dönüştürülmüş, uymayanlar başka şekilde değerlendirilmiştir.

Aile Sağlığı Merkezlerinde bulundurulacak asgari tıbbi cihaz ve malzeme de aynı şekilde tanımlanmıştır: Stetoskop, tansiyon aleti, otoskop, oftalmoskop, termometre, ışık kaynağı, dil basacağı, paravan, muayene masası, refleks çekici, mezura, fetal el doppleri, aşı nakil kabı, Snellen eşeli, diapozon seti, tartı aleti, boy ölçer, pansuman seti, enjektör, gazlı bez gibi gerekli sarf malzemeleri, keskin atık kabı, acil seti, laringoskop seti, ambu ve maske, oksijen hortumu ve maskeleri, entübasyon tüpü, hava yolu, enjektörler, eldiven, maske ve benzeri kişisel koruyucu ekipman, defibrilatör, manometreli oksijen tüpü, seyyar lamba, buzdolabı, aşılar ve ilaçlar için karekod okuyucu, jinekolojik muayene masası, spekülüm, muayene ve RİA seti, ilaç ve malzeme dolabı, sterilizatör, EKG cihazı, tromel, glikometre, tekerlekli sandalye, nebülizatör, santrifüj cihazı, jeneratör veya kesintisiz güç kaynağı ve küçük cerrahi seti. Bunların dışında genişletilmiş bağışıklama programı kapsamında uygulanan aşılar ve antiserumlar ile temel acil ilaçlar da hazır bulundurulur.

AMAÇLAR

Bu çalışma ile bir üniversite hastanesi olarak İstanbul Tıp Fakültesi'ne başvuran hastaların aile hekimliği uygulaması hakkında farkındalıkları, bu hizmetten yararlanma ve memnuniyet durumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Uygulanan anket sonucunda elde edilen verilerin birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin kullanımına ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin buna uygun yapılandırılmasına ışık tutması mümkündür. Hastalarımızın İstanbul Tıp Fakültesine başvuru nedeni ve başvuruyu etkileyen faktörlerin öğrenilmesi hizmet sunumunun planlanmasında yol gösterici olacağı düşünülmüştür.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, Ekim 2012 - Ocak 2013 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'ne herhangi bir sebeple başvuran hastalar üzerinde yapıldı. Kişilerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir düzeyi gibi demografik bilgilerini, hastanemize başvuruş nedenlerini, Aile Hekimliği hakkında bilgi, düşünce ve deneyimlerini çoktan seçmeli 40 soru üzerinden sorgulayan anket formu oluşturuldu. Bu form Ek 3'te verilmiştir.

Çalışmanın başlangıcında Etik Kurula başvuruldu ve gerekli onay alındı (15.06.2012 tarih ve 11 sayılı toplantı, dosya numarası: 2012/971-1100).

Polikliniğe başvuran hastalara anket öncesi bilgi verildi. Katılmayı kabul edenlere sorular aynı doktor tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle soruldu ve cevaplar aynı kişi tarafından kaydedildi.

Çalışmaya 1500 kişinin katıldı. Veriler SPSS® (v21.0) istatistik paket programı ile değerlendirildi. Karşılaştırmalarda bağımsız ki kare testi kullanıldı. % 95 güven aralığında $p<0.05$ anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışma Ekim 2012 - Ocak 2013 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Genel Polikliniği'ne başvuran 1500 hasta üzerinde yapılmıştır. Çalışmaya katılan 1500 hastanın yaş ortalaması 44±14,8; 1089'u (% 72,6) kadın, 411'i (% 27,4) erkektir. Bu hastalardan 1156'sı (% 77,1) evli, 317'si(% 21,1) bekar, 26'sı (% 1,7) boşanmış olduklarını beyan etmişlerdir.

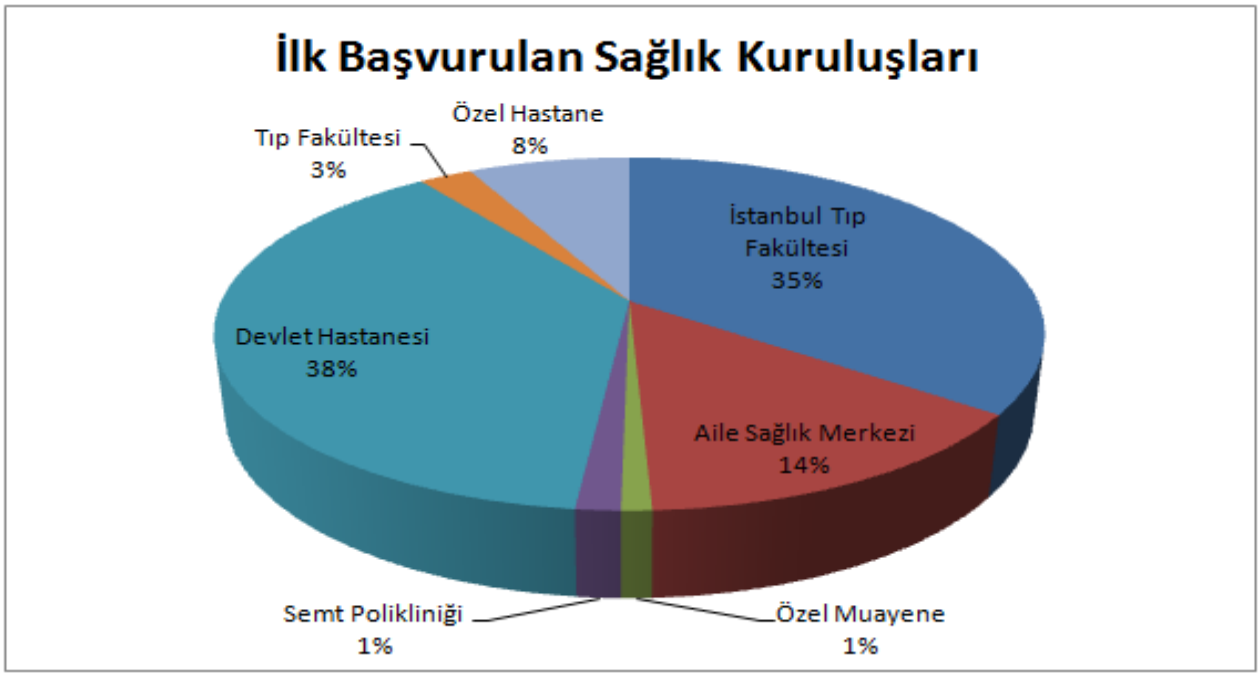
Eğitim durumlarına göre 65'i (% 4,3) okur-yazar değil, 109'u (% 7,3) okur-yazar), 744'ü (% 61,2) ilköğretim mezunu, 403'ü (% 11,9) lise mezunu, 179'u (% 11,9) üniversite mezunudur.

Ankete katılanların 952'si (% 63,5) çalışmıyor, 286'sı (% 19,1) işçi, 84'ü (% 5,6) memur, 26'sı (% 1,7) esnaf, 1522'si (% 10,1) emeklidir.

Gelir düzeyi sorulduğunda 155'i (% 10,3) düşük, 1138'i (% 75,9) orta, 205'i (% 13,7) iyi şeklinde tanımlamışlardır.

Başvuranların 902'si (% 60,1) herhangi bir bölümden takipliyken, 598'i (% 39,9) hastanemize ilk kez gelmişlerdi. Hastaların 820'sinin (% 54,7) kronik bir hastalığı vardı; 776'sı (% 51,7) sürekli ilaç kullanmaktaydı.

Bir sağlık sorunu olduğunda ilk başvurdukları sağlık kuruluşunu 212 kişi (% 14,1) aile sağlığı merkezi, 15 kişi (% 1,0) özel muayenehane, 22 kişi (% 1,5) semt polikliniği, 574 kişi (% 38,3) devlet hastanesi, 37 kişi (% 2,5) tıp fakültesi hastanesi, 113 kişi (% 7,5) özel hastane, 527 kişi (% 35,1) İstanbul Tıp Fakültesi olarak belirttiler (Şekil 1).



Şekil 1: Bir sağlık sorunu olduğunda hastaların ilk başvurdukları sağlık kuruluşu

Başvuran hastaların sağlık kuruluşunda önem verdiği özellikler Tablo 1'de, hastanemizi tercih nedenleri ise Tablo 2'de görülmektedir.

Tablo 1: Başvuran hastaların bir sağlık kuruluşunda önem verdiği özellikler

Özellik	Sayı	Yüzde
Tıbbi güven	531	35,4
Hizmet	446	29,7
Temizlik ve hijyen	156	10,4
Güler yüz	152	10,1
Yeterli zaman ayrılması	102	6,8
Bilgilendirme	73	4,9
Doktora kolay ulaşabilme	36	2,4
Binanın özellikleri	4	0,3
Toplam	1500	100

Tablo 2: Hastaların hastanemizi tercih nedenleri (birden fazla seçeneğin işaretlenmesine izin verilmiştir.)

Tercih nedeni	Sayı	Yüzde (%)
Tıp fakültesi hastanesinde daha iyi tedavi olacaklarına inanmaları	596	39,7
Tetkik imkanının fazla olması	562	37,5
Güven duymaları	543	36,2
Başka bir yerden gönderilmeleri	168	11,2
Daha önce gelip memnun kalmaları	114	7,6
Ünlü olması	41	2,7
Başka hastaların tavsiyesi	31	2,1
Evlerine yakın olması	16	1,1

Hastaların 212'si (% 14,1) telefonla, 1012'si (% 67,5) internetten, 103'ü (% 6,9) sekreter yardımıyla, 155'i (% 10,3) bir yakınlarının aracılığıyla randevu almışlar, 18'i (% 1,2) acil servisten sevkle başvurmuşlardır.

Başvuran hastaların 796'sı (% 53,1) Aile Hekimliği Uygulaması ile ilgili bilgi sahibiyim derken, 704'ü (% 46,9) aile hekimi ile ilgili bilgi sahibi olmadığını ifade etmiştir. Aile hekimliği ile ilgili bilgileri en çok televizyon ve gazetelerden (%29,2), aile hekimine giderek (% 18,9), yakınlarından (% 16,9) veya internetten (% 7,6) edinmişlerdi.

Hastaların 588'i (% 39,2) Aile Hekimliği Uygulamasının sağlık sorunlarına yararı olacağını; 193'ü (% 12.9) olmayacağını ifade ederken % 47.9'u görüşlerini bildirmediler. Yararı olacağını söyleyenlerin % 74,5'u Aile Hekimine kolayca ulaşılabilmesinin; % 33,1'i sağlığıyla ilgili her şeyi bilip takip eden bir hekim olmasının yararlı olacağını; % 9,3'ü ise eski uygulama kötü olduğundan bunun ondan iyi olacağını ifade ettiler.

Ankete katılan 868 kişi (% 57,9) bağlı oldukları aile sağlığı merkezine en az 1 kez gitmişler, 632'si (% 42,1) ise hiç gitmemişlerdir. Daha önce aile sağlığı merkezini ziyaret eden 868 hastanın 46'sı (% 5,3) 1 kez, 153'ü (% 17,6) 2 kez, 172'si (% 19,8) 3 kez, 287'si (% 33) 4-5 kez, 192'si (% 22,1) 6-10 kez, 18'i (%2) 10'dan fazla gittiğini bildirmiştir. Bu kişilere Aile Hekimine neden gittikleri sorulduğunda verdikleri cevaplar Tablo 3'te görülmektedir. Bağlı oldukları aile sağlığı merkezine hiç gitmeyen 632 hasta, bunun nedeni olarak her zaman gittiği başka bir doktor olduğunu (n: 335); aile hekimine güvenmediğini (n: 153); yerini

bilmediğini (n:72); ihtiyacının olmadığını (n: 46); aile sağlığı merkezinin ulaşımının zor olduğunu (n: 26) ifade etmiştir (Tablo 3).

Tablo 3: Hastaların Aile Hekimlerine gitme ve gitmeme nedenleri

	Sayı	Yüzde (%)
Hastaların Aile Hekimine Gitme Nedenleri		
İlaç yazdırmak için	417	48
Hastalanınca tetkik ve tedavi için	312	35,9
Rapor almak için	69	7,9
Tetkik yaptırmak için	41	4,7
Düzenli kontroller için	8	0,9
Sevk almak için	6	0,7
Gebelik takibi için	5	0,6
Ailemdeki diğer bireyler için	4	0,4
Çocuğumun kontrolleri için	4	0,4
Aşı yaptırmak için	2	0,2
Toplam	868	100
Hastaların Aile Hekimine Gitmeme Nedenleri		
Her zaman gittiği başka bir doktor olması	335	53
Güvenmemesi	153	24,2
Yerini bilmemesi	72	11,4
İhtiyacının olmaması	46	7,3
Ulaşımın zor olması	26	4,1
Toplam	632	100

707 kişi (% 47,1) aile hekiminin adını, 1078 kişi (% 71,8) bağlı oldukları aile sağlığı merkezinin yerini bildiğini ifade etmiştir.

Daha önce Aile Sağlığı Merkezi'ne giden 868 hastadan 604'ü (% 69,6) aile sağlığı merkezinin verdiği hizmete güvenirken, 65'i (% 7,5) güvenmediğini, 199'u (% 22,9) ise kararsız olduğunu belirtmiştir. Aile sağlığı merkezinin verdiği hizmet kalitesini 99 kişi (% 11,4) çok iyi, 500 kişi (% 57,6) iyi, 251 kişi (% 28,9) orta, 18 kişi (% 2,1) kötü olarak değerlendirmiştir (Tablo 4).

Bu hastalardan 760 kişi (% 87,5) aile sağlığı merkezinin temizlik ve hijyeninden memnun, 43 kişi (% 5) memnun değil, 65 kişi ise (% 7,5) kararsızdır. 271 kişi (% 31,2) aile sağlığı merkezinde yapılan laboratuar tetkiklerin yeterli olduğunu, 590'ı (% 67,9) yetersiz olduğunu, 7'si (% 0,8) gereksiz olduğunu söylemiştir (Tablo 4).

Bağlı oldukları aile sağlığı merkezine giden hastaların 757'si (% 87,2) aile sağlığı elemanından memnun, 48'i (% 5,5) memnun değil, 63'ü (% 7,3) ise bu konuda kararsız olduğunu ifade etmiştir. 868 kişiden 231'i (% 26,6) hiç beklemediğini, 550'si (% 63,4) kısa süre beklediğini, 87'si (% 10) uzun süre beklediğini belirtmiştir (Tablo 4).

Hastaların Aile Hekimleriyle ilgili izlenim ve düşünceleri Tablo 5'te görülmektedir. Hastaların 684'ü (% 78,8) aile hekiminden memnun olduğunu söylemiş; 678'i (% 78,1) aile hekiminin kendisine yeterince zaman ayırdığını; 659'u (% 75,9) yeterince bilgi verdiğini; 762'si (% 87,8) yaptığı açıklamaları kolayca anladığını; 693'ü (%79,8) sorunlarını kolayca sorabildiğini ifade etmiştir. 842 kişi (% 97) aile hekiminin eve hiç gelmediğini, 555 kişi (% 63,9) aile hekimini değiştirebileceğini bildiğini belirtmiştir.

Tablo 4: Hastaların Aile Hekimliği Uygulaması ile ilgili bilgi ve deneyimleri

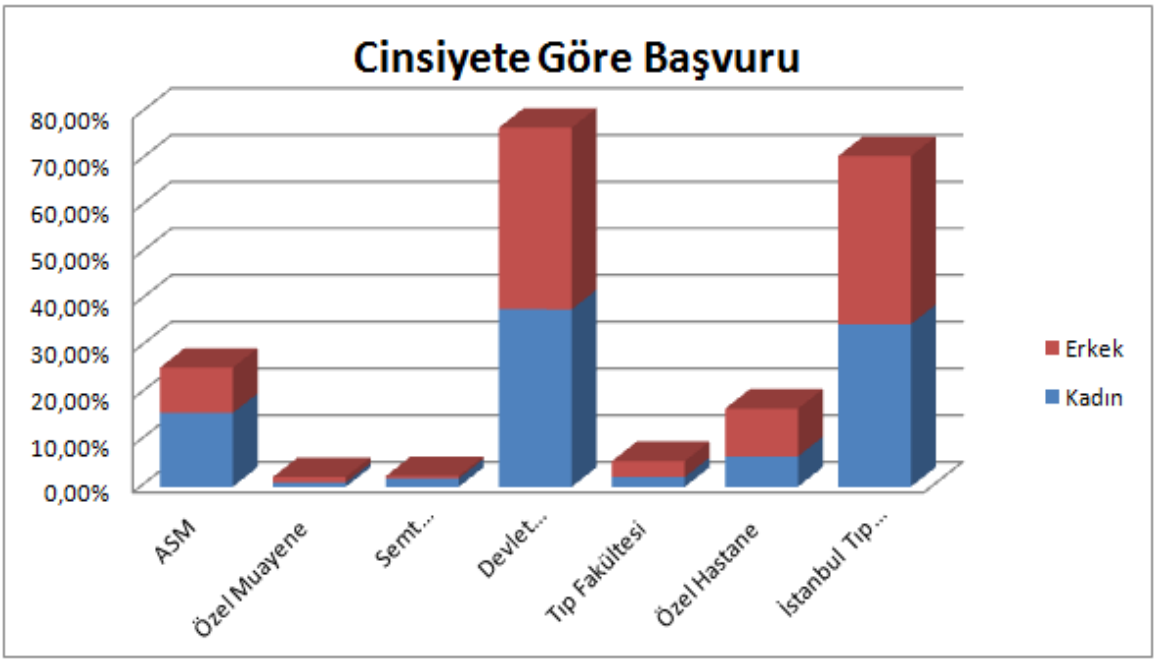
	Sayı	%
Aile Hekimliği Uygulamasını		
Biliyor	796	53,1
Bilmiyor	704	46,9
Bağlı olduğu Aile Sağlığı Merkezi'nin yerini		
Biliyor	1078	71,8
Bilmiyor	422	28,2
Aile Hekiminin adını		
Biliyor	707	47,1
Bilmiyor	793	52,9
Aile Sağlığı Merkezi'ne		
Gitmiş	868	57,9
Gitmemiş	632	42,1
Aile Sağlığı Merkezi'nde verilen hizmete		
Güveniyor	604	69,6
Güvenmiyor	65	7,5
Kararsız	199	22,9
Aile Sağlığı Merkezi'nde verilen hizmetin kalitesi		
Çok iyi	99	11,4
İyi	500	57,6
Orta	251	28,9
Kötü	18	2,1
Aile Sağlığı Merkezi'nin temizlik ve hijyeninden		
Memnun	760	87,5
Memnun değil	43	5
Kararsız	65	7,5
Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılan laboratuar tetkikleri		
Yeterli	271	31,2
Yetersiz	590	67,9
Gereksiz	7	0,8
Aile Sağlığı Elemanından		
Memnun	757	87,2
Memnun değil	48	5,5
Kararsız	63	7,3
Aile Sağlığı Merkezi'nde		
Hiç beklememiş	231	26,6
Kısa süre beklemiş	550	63,4
Uzun süre beklemiş	87	10

Tablo 5: Hastaların bağlı oldukları Aile Hekimleriyle ilgili izlenim ve düşünceleri

	Sayı	%
Aile Hekiminden memnun.		
Evet	684	78,8
Hayır	77	8,9
Kararsız	107	12,3
Aile Hekimi kendisine yeterince zaman ayırıyor.		
Evet	678	78,1
Hayır	76	8,8
Kararsız	114	13,1
Aile Hekiminin kendisine yeterince bilgi veriyor.		
Evet	659	75,9
Hayır	119	13,7
Kararsız	90	10,4
Aile hekiminin yaptığı açıklamaları kolayca anlıyor.		
Evet	762	87,8
Hayır	47	5,4
Kararsız	59	6,8
Aile hekimine sorunlarını kolayca sorabiliyor.		
Evet	693	79,8
Hayır	84	9,7
Kararsız	91	10,5
Aile Hekimi evlerini ziyaret etmiş.		
Evet	26	3
Hayır	842	97
Aile Hekimini değiştirebileceğini biliyor.		
Evet	555	63,9
Hayır	313	36,1

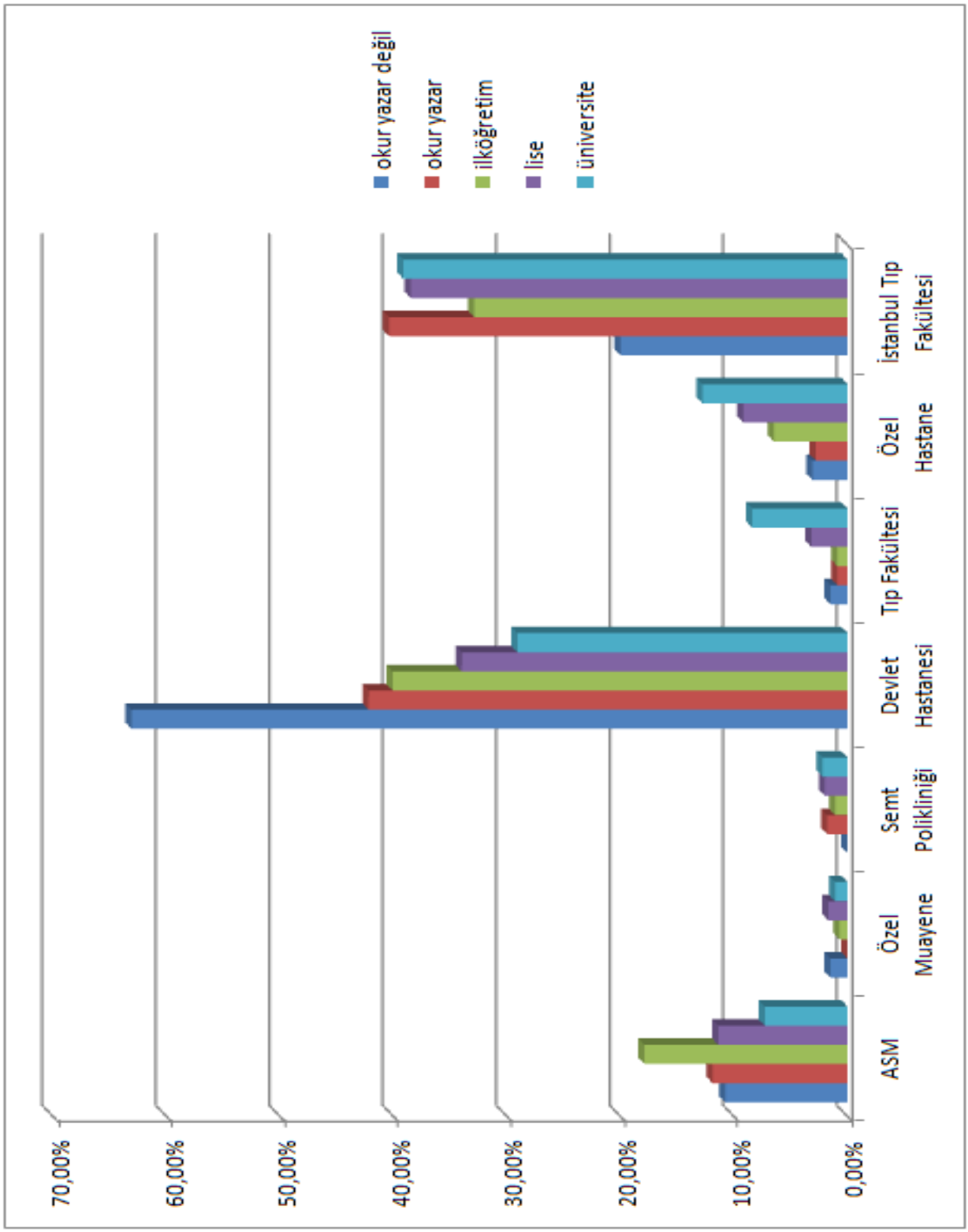
Araştırmamıza katılan hastaların demografik özellikleri bir sağlık sorunu ile karşılaştıklarında başvurdukları yer açısından değerlendirildi. Cinsiyetleri, eğitim durumları, kronik hastalıklarının olup olmadığı verdikleri cevabı etkiledi.

Kadınlar aile sağlığı merkezine erkeklerden daha sık başvurmakta idiler. Bu istatistiksel olarak anlamlı bulundu **(p< 0,005).** Kadınlar semt polikliniklerine ve devlet hastanelerine daha sık başvururken özel muayenehanelere, özel hastanelere ve bir tıp fakültesine başvuruda erkekler öndeydi. Hastanemize başvuru açısından kadınlar ve erkekler arasında anlamlı fark bulunmadı (Şekil 2) .



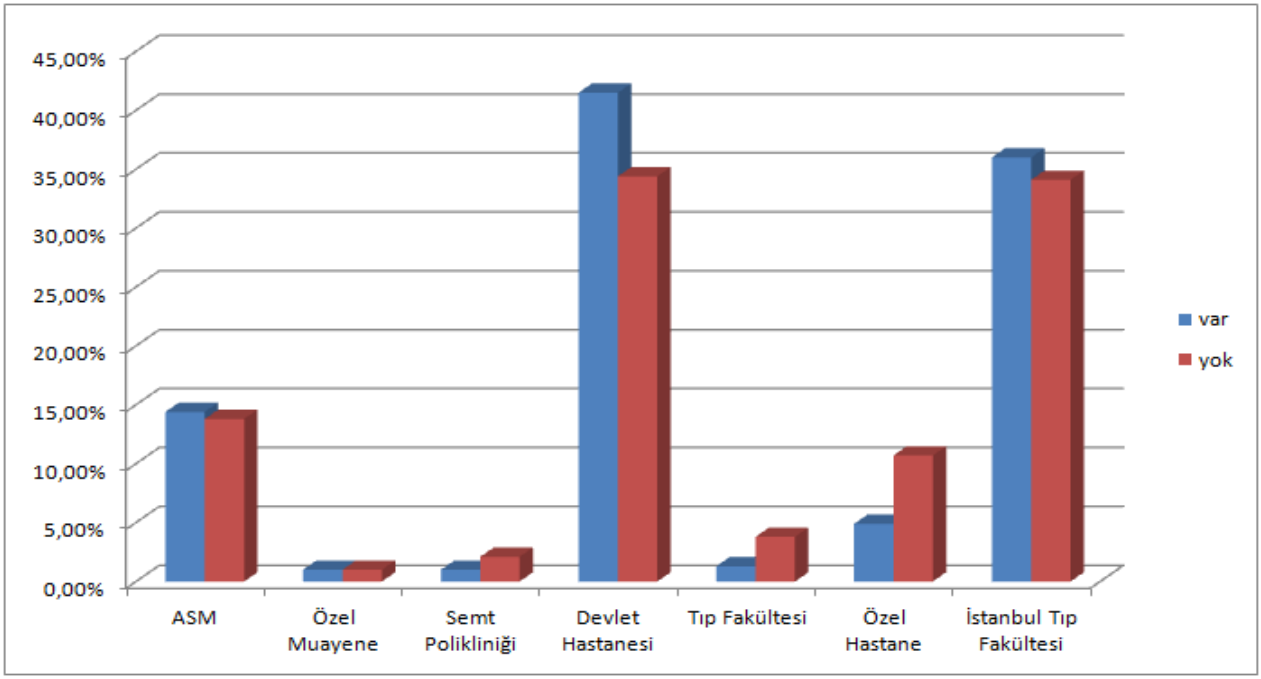
Şekil 2: Hastaların bir sağlık sorunu ile karşılaştıklarında başvurdukları yerin cinsiyetleri açısından karşılaştırılması

Hastaların eğitim durumu ile başvurdukları sağlık kuruluşları arasındaki ilişki Şekil 3'te görülmektedir. Okur-yazar olmayanların çoğu (% 63,1) devlet hastanesine başvurmaktaydı. Üniversite mezunları İstanbul Tıp Fakültesine (% 39,1), devlet hastanesine (% 29,1) veya bir özel hastaneye (% 12,8) başvurmayı tercih ediyorlardı. Tüm gruplarda İstanbul Tıp Fakültesi ve devlet hastaneleri değişerek ilk 2 sırayı kaplıyordu.



Şekil 3: Hastaların bir sağlık sorunu ile karşılaştıklarında başvurdukları yerin eğitim durumları açısından karşılaştırılması

Kronik bir hastalığı olanlar gibi olmayanlar da bir sağlık sorunu ile karşılaştıklarında en sık devlet hastanesine (% 41,5 ve 34,4) ve İstanbul Tıp Fakültesi'ne (% 36 ve 34,1) başvurmayı tercih ediyorlardı (Şekil 4).



Şekil 4: Hastaların bir sağlık sorunu ile karşılaştıklarında başvurdukları yerin kronik bir hastalıklarının olup olmadığı açısından karşılaştırılması

Hastaların cinsiyeti, eğitim durumu, kronik hastalık varlığına göre başvurdukları sağlık kuruluşundaki en önemli özellikleri incelenmiştir. Hastaların tamamı ele alındığında bir sağlık kuruluşunda en çok önem verdikleri özellik güven duymalarıydı. En önemli özellik kadınların % 12,6'sı için temizlik ve hijyenken, erkeklerin yalnız % 4,6'sı buna önem verdiğini belirtmiştir. Kadınlar güleryüze % 11,5 oranında önem verirken erkekler için bu oran % 6,6'dır.

Okur- yazar olmayanlar güler yüze daha çok önem veriyorlardı (% 30.8). Üniversite mezunlarında ise bu oran % 2,2 idi. Okur-yazar olmayanların % 12,3'ü, okur-yazarların % 13,8'i, ilköğretim mezunlarının % 13,3'ü, lise mezunlarının % 6,5'u, üniversite mezunlarının % 4,5'u sağlık kuruluşu özeliklerinde en çok temizlik ve hijyene önem vermiştir. Okur-yazarların % 48,6'sı, üniversite mezunlarının % 7,3'ü sağlık kuruluşu özeliklerinde en çok hizmete önem vermiştir. Okur-yazar olmayanların % 10,8'i, üniversite mezunlarının % 73,2'si sağlık kuruluşu özeliklerinde en çok tıbbi güvene önem vermiştir.

Hastaların aile hekimliği uygulamasının sağlık sorunlarına yararı olup olmayacağı sorusuna verdikleri cevap cinsiyet, eğitim durumu, kronik bir hastalıkları olup olmadığına değerlendirildi. Hastaların cevapları cinsiyetlerine göre anlamlı farklılık göstermedi. Ancak eğitim durumları açısından anlamlı fark bulundu **(p<0,001)**. Okur-yazar olmayanların tamamı aile hekimliği uygulamasının sağlık sorunlarına yararlı olduğunu düşünmekteydi. Bu oran okuryazarlarda % 81,1, ilköğretim mezunlarında % 81,0, lise mezunlarında % 75,6, üniversite mezunlarında % 49,1 idi.

Kronik bir hastalığı olanların % 81,4'ü, olmayanların % 66,9'u aile hekimliği uygulamasının sağlık sorunlarının çözümüne yararlı olduğunu düşünmektedir.

Kronik bir hastalığı olanların bir sağlık sorunu ile karşılaştıklarında ilk başvurdukları sağlık kuruluşunun devlet hastanesi (% 41,4), İstanbul Tıp Fakültesi (% 35,9), Aile Sağlığı Merkezi (% 14,4), özel hastane (% 4,9), üniversite hastaneleri (% 1,3), özel muayenehane (% 0,9), semt polikliniği (%0,9) olduğu öğrenildi. Kronik hastalığı olmayanlardaki oranlar Tablo 6'da görülmektedir (**p<0,001**).

Kronik bir hastalığı olanlar ve olmayanların başvurdukları sağlık kuruluşunda aradıkları özellikler ise Tablo 7'de görülmektedir (**p<0,001**).

Tablo 6: Kişilerin bir sağlık sorunu olduğunda ilk başvurdukları sağlık kuruluşunun kronik bir hastalıkları olup olmaması açısından değerlendirilmesi

	Kronik hastalık var		**Kronik hastalık yok**	
	Sayı (n)	**Yüzde (%)**	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**

Devlet Hastanesi	340	41,5	234	34,4
İstanbul Tıp Fakültesi	295	35,9	232	34,1
Aile Sağlığı Merkezi	118	14,4	94	13,8
Özel Hastane	40	4,9	73	10,7
Üniversite Hastaneleri	11	1,3	26	3,8
Özel Muayenehane	8	0,9	7	1
Semt Polikliniği	8	0,9	14	2,1
TOPLAM	**820**	**100**	**680**	**100**

Tablo 7: Kronik bir hastalığı olanlar ve olmayanların başvurdukları sağlık kuruluşunda aradıkları özellikler

	Kronik hastalık var		**Kronik hastalık yok**	
	Sayı (n)	**Yüzde (%)**	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Tıbbi güven	265	32,3	266	39,1
Hizmet	248	30,2	198	29,1
Güler yüz	110	13,4	42	6,2
Temizlik ve hijyen	90	11	66	9,7
Yeterli zaman ayrılması	57	7	45	6,6
Bilgilendirme	36	4,4	37	5,4
Doktora kolay ulaşabilme	12	1,5	24	3,5
Binanın özellikleri	2	0,2	2	0,3
TOPLAM	**820**	**100**	**680**	**100**

Anketi cevaplayanların daha önce Aile Sağlığı Merkezine gidip gitmeme durumunun kronik bir hastalıklarının olup olmamasına göre değerlendirildi (Tablo 8).

Tablo 8: Daha önce Aile Sağlığı Merkezine giden ve gitmeyenlerin kronik bir hastalıklarının olup olmamasına göre durumu ($p<0.05$)

	Kronik hastalık var		**Kronik hastalık yok**		**TOPLAM**
	Sayı	**Yüzde (%)**	**Sayı**	**Yüzde (%)**	**Sayı**
Daha Önce ASM'ye* giden	711	86,7	157	23,1	868
Daha Önce ASM'ye gitmeyen	109	13,3	523	76,9	632
TOPLAM	820	100	680	100	1500

*ASM: Aile Sağlığı Merkezi

Aile Hekimliği Uygulamasının sağlık sorunlarına yararı olup olmayacağı sorusuna hastaların verdiği cevaplar kronik bir hastalıklarının olup olmadığına göre değişmekteydi ($p<0.05$) (Tablo 9).

Tablo 9: Anketi cevaplayanların Aile Hekimliği Uygulamasıyla ilgili beklentilerinin kronik bir hastalıklarının olup olmamasına göre durumu ($p<0.05$)

	Kronik hastalık var		**Kronik hastalık yok**		**TOPLAM**
	Sayı	**Yüzde (%)**	**Sayı**	**Yüzde (%)**	**Sayı**
AHU'nun yararı olur*	438	53,4	150	22,1	588
AHU'nun yararı olmaz	37	4,5	156	22,9	193
Cevapsız	345	42,1	374	55	719
TOPLAM	820	100	680	100	1500

*AHU: Aile Hekimliği Uygulaması

TARTIŞMA

Sağlık hizmet sunumunda kaynakların maliyet etkin kullanımı basamaklandırılmış hizmet modeli ile mümkündür. Birinci basamakta temel sağlık hizmetleri konumlanır. Ülkemizde Aile Hekimliği Uygulaması birinci basamak sağlık hizmetlerini temsil eder. Uzmanların görev aldıkları hastaneler ikinci basamakta, yandal uzmanlıklarını barındıran sağlık hizmeti sunulmasının yanı sıra eğitim ve araştırmaya da yer verilen üniversite hastaneleri ile Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri üçüncü basamakta yer alır. Kesintisiz sağlık hizmeti ancak bu hizmet basamakları arasında eşgüdüm sağlanmasıyla mümkün olur.

Aile Hekimliği disiplininin temel özelliği kişilerin sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturarak, yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenmesi; bütüncül, kapsamlı, kişi merkezli ve toplum yönelimli bir hizmet sunmasıdır (2).

Ülkemizde Aile Hekimliği Uygulaması Sağlıkta Dönüşüm Programının bir parçası olarak 2005 yılında pilot proje olarak yürütülmeye başlanmış, 2010 yılında ülke geneline yayılmıştır. Aile Hekimliği Uygulamasının başlangıcında üst basamaklara sevkin kısıtlanması amaçlanarak, bu bağlamda Düzce ilinde bir deneme de yapılmış ancak başarısız bulunarak vazgeçilmiştir. Sevk sistemi cezalarının durdurulmasına karşın, aile hekimliği sistemini uygulayan illerde 2008'de birinci basamağa başvuran kişi sayısı % 51, ikinci basamağa başvuran kişi sayısı ise % 49 olmuştur. Birinci basamağa başvurma oranı, sevkin kısıtlanması ile değil, aile hekiminin sevki olmadan üst basamaktaki sağlık kurum ve kuruluşlarına başvuran hastalardan tahsil edilecek katkı payı uygulaması ile arttırılmaya çalışılmaktadır (1).

Hastanemiz ülkenin önde gelen tıp fakültesinin araştırma hastanesi olarak üst düzeyde sağlık hizmeti sunmakta ancak bu hizmet sunumunda randevular dışında kısıtlama yapılmamaktadır. Her isteyen uygun şekilde randevu alarak bu hizmetten yararlanabilir.

Hastanemize başvuran hastaların ihtiyaçlarının ve beklentilerinin hizmet sunumunda göz önünde bulundurulması memnuniyeti arttırır.

Çalışmamızda bir üniversite hastanesi olarak İstanbul Tıp Fakültesi'ne başvuran hastaların aile hekimliği uygulaması hakkında farkındalıkları, bu hizmetten yararlanma ve memnuniyet durumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Ankete katılmayı kabul eden gönüllülerin özelliklerini ortaya koymak üzere sorular yönelttik. Çalışmaya katılanların % 60,1'i takipli hastamızken % 39,9'u hastanemize ilk kez gelmişlerdi. Bir sağlık sorunu olduğunda ilk başvurdukları sağlık kuruluşunun devlet hastanesi (% 38,3) ve İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi (% 35,1) olduğunu belirtiler. Kaynakların maliyet etkin kullanımı amaçlandığında ilk başvurunun birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği Aile Sağlığı Merkezleri'ne yapılması beklenir. Ancak bu çalışmaya Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran hastalar alınmadığından verilen cevabın ülke çapına genellenmesi doğru olmaz, başka bir deyişle örneklemimiz böyle bir genelleme için uygun değildir.

Hastalarımız, başvuracakları bir sağlık kuruluşunda en çok önem verdikleri iki özelliğin tıbbi güven (% 35,4) ve hizmet (% 29,7) olduğunu ifade etmişlerdir. Hastanemize başvuranların bu tercihlerinin önde gelen nedenleri ise daha iyi tedavi olacaklarına inanmaları (% 39,7), tetkik imkanının fazla olması (% 37,5) ve güven duymalarıydı (% 36,2). Bu açıdan İstanbul Tıp Fakültesi ile ilgili beklentileri ve algılarının gerçeğe uygun olduğu düşünülebilir.

Ankete katılanların Aile Hekimliği ile ilgili farkındalıkları yeterli değildir. Çağlayaner ve arkadaşlarının henüz Aile Hekimliği uygulamasının başlamadığı 1994 yılında Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminin de verildiği Haydarpaşa Numune Hastanesinde gerçekleştirdikleri çalışmada görüşülenlerin 3/4'ü aile hekimliği kavramını duyduklarını belirtmişlerdi (12). Aile Hekimliği uygulamasının ülke çapında yaygınlaştığı 2010 yılında tanıtım amacıyla yazılı ve görsel medyada konuya çok fazla yer verilmiş, kamu spotlarında da işlenmiştir. Buna rağmen bizim 2012 yılında yaptığımız çalışmamızda hastaların yalnız % 53,1'i Aile Hekimliği Uygulaması ile ilgili bilgi sahibi olduklarını ifade etmişlerdir. Uygulamanın yararlı olacağına dair beklenti de yüksek değildir (% 39,2).

Çetinkaya ve arkadaşlarının (13) 2011 yılı Kasım ayında Kayseri il merkezinde yürüttükleri "Yetişkinlerin Aile Hekimliği Uygulaması ile İlgili Düşünceleri ve Aile Hekimlerine Başvuru Durumu" başlıklı çalışmalarında araştırmaya katılanların yarısı aile hekimliği uygulamaları hakkındaki bilgilerinin yeterli olduğunu ifade etmişlerdir. Herhangi bir sağlık sorunu olduğunda aile hekimini tercih ettiklerini belirtenlerin oranı %49,7'dir. Bu oran bizim çalışmamızda % 14 olarak bulunmuştur. Anketimize katılanlar arasında aile

hekimliği hakkında bilgi sahibi olduklarını ifade edenlerin oranı % 53,1; bu uygulamanın yararlı olacağını söyleyenlerin oranı % 39,2 olup % 63,9 oranında aile hekimini değiştirebileceklerini bildiklerini belirtmişlerdir. Kayseri çalışmasına katılanlarda ise bu oran % 23,9 bulunmuştur. Aile hekimine başvuru oranı % 76,3 olan bu araştırmaya katılanların % 61,8'i aile hekimliği uygulamasını genel olarak başarılı bulduğunu, % 83,1'i ülkemiz için uygun bir sağlık hizmeti olduğunu belirtmiştir (13).

Bizim çalışmamızda hastaların % 57,9'u bağlı oldukları Aile Sağlığı Merkezi'ne en az bir kez gittiklerini belirtmişlerdi. Bu oran kronik bir hastalığı olanların oranının % 54 olduğu hesaba katıldığında şaşırtıcı değildir. Çünkü Aile Sağlığı Merkezlerinde rutin kontrol ve ilaç yazdırma amacıyla yapılan ziyaretlerde muayene katkı payı ödenmez. Daha önce Aile Sağlığı Merkezi'ne gitmiş olan hastalarımız bu ziyaretin nedenini % 48 oranında ilaç yazdırmak olduğunu belirtmişlerdir.

Daha önce Aile Sağlığı Merkezi'ne hiç gitmeyenlere bunun nedenleri sorulmuştur. Alınan cevaplar şöyledir: Her zaman gittiği başka bir doktor olması (% 53), güvenmemesi (% 24.2), Aile Sağlığı Merkezi'nin yerini bilmemesi (% 11,4), ihtiyacının olmaması (% 7,3) ve ulaşımının zor olması (% 4,1).

Aile Hekimliği uygulamasına başlandığında kişilere, adrese dayalı nüfus kayıt sistemine dayandırılarak, konutlarına yakın bir aile hekimi atanmıştır. Ayrıca isteğe bağlı olarak aile hekimini değiştirebilmelerine de olanak tanınmıştır. Öyleyse ulaşımın zor olduğu bahanesi kabul edilemez. Bağlandıkları Aile Hekiminin adını ve yerini nasıl öğrenecekleri de yazılı ve görsel medyada yoğun şekilde açıklanmıştır. Bilgiye ulaşımın çok kolay olduğu günümüzde, İstanbul'da yaşanlar için, bağlı oldukları Aile Sağlığı Merkezi'nin yerini bilmemeleri şaşırtıcıdır.

Aile Hekimine güven duymamaları sözü edilmeye değer bir konudur. Bugün Aile Hekimliği uygulamasında çalışan doktorların önemli bir kısmı daha önce sağlık ocağı hekimi olarak görev yapmaktaydılar. Ünvan değişikliği yapılmasına rağmen uygulamanın gerektirdiği yoğun mesleki eğitim verilmediğinde kişilerin algısı değişmeyecektir. Birinci basamakta yalnız aile hekimliği uzmanlarının çalışması duyulacak güveni arttıracaktır. Sağlık Bakanlığının 2023 yılı projeksiyonunda yalnız uzman aile hekimlerinden oluşan ve ortalama 2000 kişiye bir hekimim düştüğü bir yapının gerçekleştirileceği belirtilmiştir (1). Mevcut durumda Aile hekimliği uzmanlık eğitimini tamamlayanların devlet hizmeti yükümlülüğü atamaları genellikle acil servilerde çalıştırılmak üzere devlet hastanelerine olmakta, Aile Hekimliği Uygulamasında görev verilmemektedir (14).

"Aile Hekimliği Uygulamasının Müşteri/Hasta Memnuniyetine Etkisi" başlıklı yüksek lisans tezinde hastaların memnuniyet düzeyleri ile kayıtlı oldukları aile hekiminin ünvanı arasında istatiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$) (15).

Ülkemizde Aile Hekimliği uzmanlarının sayısının arttırılması gerekmektedir. Ancak bunun gereği Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi için Tıpta Uzmanklık Sınavında yeterli sayıda kadro açılmasıdır. Bunun yerine 11/10/2011 tarih ve 663 numaralı Kanun Hükmünde Kararnamenin (Resmi Gazete tarihi: 2/11/2011, No: 28103, Mükerrer) 58. Maddesinin 8. bendi ile 11/4/1928 tarihli ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'a eklenen Geçici Madde 9 ile Aile Hekimliği Uygulamasında yer alan sözleşmeli Aile Hekimlerine "uzaktan ve/veya kısmî zamanlı" uzmanlık eğitimi yolu açılmıştır. Böylece Aile Sağlığı Merkezlerinde Aile Hekimi ünvanı ile çalışan doktorlara ünvan değişikliği imkanı verecek ve halen geçerli olan Aile Hekimliği uzmanlık eğitimini kökten değiştirecek bir girişim başlatılmıştır. Ancak bu müdahale, çalışmamızda fark edilen, Aile Hekimlerine duyulan güven eksikliğini arttıracaktır.

Aydoğan'ın "Aile Hekimliğinde Hasta Memnuniyeti" başlıklı uzmanlık tezinde Gülhane Askeri Tıp Akademisi Polikliniklerine yönlendirilen hastaların % 29'unun aile hekiminin teşhis ve tedavisinden şüphe ettiklerini beyan etmelerine, ayrıca muayene ve tahliller konusunda hekiminin kendisini aydınlatmaması nedeniyle duydukları memnuniyetsizliğe dikkat çekilmektedir (16).

Aktaş ve Çakır 2010 yılı içinde değişik illerde gerçekleştirilen "Aile Hekimlerinin Yasal Sorumlulukları" konulu konferanslar öncesinde, altı ilde çalışan 104 aile hekimine toplam 12 sorudan oluşan bir anket uygulamışlardır. "Yeniden seçme şansınız olsa yine aile hekimliğini seçer miydiniz?" sorusuna, ankete katılanların % 24,0'ü (n=25) "hayır seçmezdim" cevabını vermişlerdir (17). Genellikle hasta memnuniyetlerinin dile getirildiği çalışmalardan farklı olarak aile hekimlerinin yaklaşık 1/4'ünün memnuniyetsizliğinin tespit edilmesi dikkat çekici bir durumdur.

SONUÇ

Ülkemizde yürütülmekte olan Aile Hekimliği Uygulamasının istenen başarıya ulaşması ancak kişilerde uygulamayla ilgili farkındalığın artması ve hasta beklentileri de göz önüne alınarak iyi eğitimli, görev ve sorumluluk tanımında belirtilen işleri yetkinlikle yürütecek, yoğun hizmet içi eğitim alan hekimlerin çalıştırılması ile mümkün olabilir. 2023 yılı için hedeflenen sayıda Aile hekimliği uzmanının yetiştirilmesi için de akılcı ve gerçekçi çalışmalar yürütülmeli ve mevcut Aile Hekimliği uzmanlarının birinci basamağa yönlendirilmesini teşvik edici düzenlemeler yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2010), Akdağ R, Aydın S, Demirel H (Ed.), Ankara, 2008.
2. Aile Hekimliği Avrupa Tanımı, WONCA Avrupa 2005, Evans P (Ed.), Başak O, Saatçi E (Çeviri Ed.) Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları - 4, 2011.
3. http://www.rcgp.org.uk/about-us/history-heritage-and-archive/researching-a-medical-ancestor.aspx (Erişim tarihi: 28.10.2013)
4. Saatçi E, Bozdemir N, Akpınar E. Amerika Birleşik Devletlerinde Aile Hekimliği. Türk Aile Hek Derg 2006;10(2):79-86.
5. Paycı SÖ, Ünlüoglu İ. (2005), Dünyada ve Türkiye'de Aile Hekimliği. Aile Doktorları için Kurs Notları Birinci Aşama, Görpeloğlu S, (Ed.), Ankara, Sağlık Bakanlıgı 2005, 25.
6. Aile Hekimliğinin Kilometre Taşları: Milis ve Willard Raporları. Aktürk Z, Dağdeviren N (Ed.). Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayınları, İstanbul 2004, s:188.
7. Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, Çubukcu M, Ayanoğlu AS, Yarış F. Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007, 27:412-418.
8. Ungan M, Ceyhun AG. Bir Tıp Disiplini Olarak Aile Hekimliği. Aile Hekimliği 2006 Eylül/Ekim;1:7-10.

9. Saatçi E, Sezer H. Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları. Aile Hekimliği 2, Çağlayaner Haluk (Ed.) İletişim Yayıncılık, İstanbul, 1996; 27-38.

10. Dünya'da Aile Hekimliği http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=category&id=55&layout=blog&Itemid=214 (Erişim tarihi: 28.10.2013).

11. Başak O. Bir disiplin olarak aile hekimliğinin ülkemizdeki gelişim özellikleri. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2013;17(1):29-36.

12. Çağlayaner H, Uysal A, Dinç D, Gönenç I, Duman S, Bilgen Ş. Bir Kent Hastanesine Ayaktan Başvuranların Sağlık Hizmetlerini Değerlendirmesi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 1999;3(3-4):65-68.

13. Çetinkaya F, Baykan Z, Naçar M. Yetişkinlerin Aile Hekimliği Uygulaması ile İlgili Düşünceleri ve Aile Hekimlerine Başvuru Durumu. TAF Prev Med Bull 2013;12(4):417-424.

14. 53. Dönem Devlet Hizmeti Yükümlülüğü Kurası » Münhal Kadrolar, http://personel.saglik.gov.tr/munhal-kadrolar-id4151-4135.html (Erişim tarihi: 11.11.2013).

15. Karadağ Z. Aile Hekimliği Uygulamasının Müşteri/Hasta Memnuniyetine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara 2007.

16. Aydoğan Ümit, Aile Hekimliğinde Hasta Memnuniyeti, Uzmanlık Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara 2005.

17. Aktaş EÖ, Çakır G. Aile hekimlerinin, aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri: Bir anket çalışması. Ege Tıp Dergisi, 2012; 51(1): 21-29.

EKLER

EK 1: Aile Hekimliği Kanunu (Kanun Numarası: 5258; Kabul Tarihi: 24/11/2004; Yayınlandığı Resmi Gazete Tarihi: 9/12/2004, Sayısı: 25665)

AİLE HEKİMLİĞİ KANUNU[1]

Amaç ve kapsam

Madde 1- Bu Kanunun amacı; Sağlık Bakanlığının (…)[2] belirleyeceği illerde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, birey ihtiyaçları doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere eşit erişimin sağlanması amacıyla aile hekimliği hizmetlerinin yürütülebilmesini teminen görevlendirilecek veya çalıştırılacak sağlık personelinin statüsü ve malî hakları ile hizmetin esaslarını düzenlemektir.[2]

Tanımlar

Madde 2- Aile hekimi; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir.

Aile sağlığı elemanı; aile hekimi ile birlikte hizmet veren hemşire, ebe, sağlık memuru gibi sağlık elemanıdır.

Personelin statüsü ve malî haklar[3]

---

[1] Bu Kanunun adı "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" iken 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı KHK'nın 58 inci maddesi ile metne işlendiği şekilde değiştirilmiştir.

[2] 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı KHK'nın 58 inci maddesiyle bu maddede geçen "pilot olarak" ibaresi yürürlükten kaldırılmıştır.

[3] 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı KHK'nın 58 inci maddesiyle bu maddede geçen "görevlendirmeye" ibaresinden sonra gelmek üzere "veya aile hekimliği uzmanlık eğitimi veren kurumlarla sözleşme yapmaya" ibaresi eklenmiştir.

Madde 3- Sağlık Bakanlığı; Bakanlık veya diğer kamu kurum veya kuruluşları personeli olan uzman tabip, tabip ve aile sağlığı elemanı olarak çalıştırılacak sağlık personelini, kendilerinin talebi ve kurumlarının veya Bakanlığın muvafakatı üzerine, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu ile diğer kanunların sözleşmeli personel çalıştırılması hakkındaki hükümlerine bağlı olmaksızın, sözleşmeli olarak çalıştırmaya veya bu nitelikteki Bakanlık personelini aile hekimliği uygulamaları için görevlendirmeye veya aile hekimliği uzmanlık eğitimi veren kurumlarla sözleşme yapmaya yetkilidir.

Aile sağlığı elemanları, aile hekimi tarafından belirlenen ve Sağlık Bakanlığı tarafından uygun görülen, kurumlarınca da muvafakatı verilen Bakanlık veya diğer kamu kurum ve kuruluşları personeli arasından seçilir ve bunlar sözleşmeli olarak çalıştırılır. Bu suretle eleman temin edilememesi halinde, Sağlık Bakanlığı, personelini bu hizmetler için görevlendirebilir. İhtiyaç duyulması halinde, Türkiye'de mesleğini icra etmeye yetkili ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 48 inci maddesinin (A) bendinin (4), (5) ve (7) numaralı alt bentlerindeki şartları taşıyan kamu görevlisi olmayan uzman tabip, tabip ve aile sağlığı elemanları; Sağlık Bakanlığının önerisi, Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine sözleşme yapılarak aile hekimliği uygulamalarını yürütmek üzere çalıştırılabilir.

Sözleşmeli olarak çalışan aile hekimi ve aile sağlığı elemanları kurumlarında aylıksız veya ücretsiz izinli sayılırlar ve bunların kadroları ile ilişkileri devam eder. (Değişik ikinci cümle:11/10/2011-KHK-663/58 md.) Bu personelin, sözleşmeli statüde geçen süreleri kazanılmış hak derece ve kademelerinde veya kıdemlerinde değerlendirilerek her yıl işlem yapılır ve bunlar talepleri halinde eski görevlerine atanırlar. Sözleşmeli personel statüsünde çalışmakta iken aile hekimi ve aile sağlığı elemanı statüsüne geçenlerden önceki sözleşmeli personel statüsüne dönmek isteyenler, eski kurumlarındaki boş pozisyonlara öncelikle atanırlar ve bu madde kapsamındaki çalışmaları hizmet sürelerinde dikkate alınır.

Kadroya bağlı olarak veya sözleşmeli personel pozisyonlarında görev yapan personelden Sağlık Bakanlığınca aile hekimi veya aile sağlığı elemanı olarak görevlendirilenlere, 209 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına Bağlı Sağlık Kuruluşları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun uyarınca ek ödeme yapılmaz. Bunlara, aylıklarına ve ücretlerine ilaveten, çalıştıkları günler dikkate alınarak aşağıdaki fıkrada belirlenen miktarların yarısını aşmamak üzere tespit edilecek tutarda ödeme yapılır.

Sözleşme yapılan aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarına, 657 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin (B) bendine göre belirlenen en yüksek brüt sözleşme ücretinin aile hekimi için (6)

katını, aile sağlığı elemanı için (1,5) katını aşmamak üzere tespit edilecek tutar, çalışılan ay sonuçlarının ilgili sağlık idaresine bildiriminden itibaren onbeş gün içerisinde ödenir. (Ek cümle : 4/7/2012-6354/ 12 md.) Entegre sağlık hizmeti sunulan merkezlerde artırımlı ücretten yararlananlar hariç olmak üzere, aile hekimlerine ve aile sağlığı elemanlarına ihtiyaç ve zaruret hâsıl olduğunda haftalık çalışma süresi ve mesai saatleri dışında 657 sayılı Kanunun ek 33 üncü maddesinde belirtilen yerlerde nöbet görevi verilebilir ve bunlara aynı maddede belirtilen usul ve esaslar çerçevesinde nöbet ücreti ödenir.

Sözleşmeli olarak çalışmaya başlayanların, daha önce bağlı oldukları sosyal güvenlik kuruluşlarıyla ilişkileri aynı şekilde devam ettirilir. Ancak, her türlü prim, kesenek ve kurum karşılıkları bu fıkrada belirtilen ücretlerden kesilerek ilgili sosyal güvenlik kuruluşuna aktarılır. Bunlar önceki durumları çerçevesinde tedavi yardımlarından yararlanmaya devam ederler.

Aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının durumları ve aile hekimliği uzmanlık eğitimi almış olup olmadıkları da dikkate alınmak suretiyle yapılacak ödeme tutarlarının tespitinde; çalıştığı bölgenin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi, aile sağlığı merkezi giderleri, tetkik ve sarf malzemesi giderleri, kayıtlı kişi sayısı ve bunların risk grupları, gezici sağlık hizmetleri ile aile hekimi tarafından karşılanmayan gider unsurları, belirlenen standartlar çerçevesinde sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, takibi ve kontrolündeki başarı oranı gibi kriterler esas alınır. Sağlık Bakanlığınca belirlenen standartlara göre, koruyucu hekimlik hizmetlerinin eksik uygulaması (…)[4] halinde bu ödeme tutarından brüt ücretin % 20'sine kadar indirim yapılır. Sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi ücreti, aile sağlığı merkezi giderleri, tetkik ve sarf malzemesi giderleri ve gezici sağlık hizmetleri ödemelerinden Damga Vergisi hariç herhangi bir kesinti yapılmaz.[4,5]

(Ek fıkra: 4/7/2012-6354/12 md.) Aile hekimliği uzmanlık eğitimi veren kurumların; her bir araştırma görevlisi/asistan başına azamî kayıtlı kişi sayısı 4000 kişiyi aşmamak ve her kayıtlı kişi başına (görev yapacak araştırma görevlisi/asistan sayısı da esas alınmak suretiyle) aylık beş Türk Lirasından fazla olmamak üzere belirlenecek tutar, çalışılan aya ait sonuçların ilgili sağlık idaresine bildiriminden itibaren onbeş gün içinde ilgili döner sermaye mevzuatı

[4] Bu fıkranın ikinci cümlesinde yer alan "... veya hasta sevk oranlarının yüksek olması..." ibaresi, 7/11/2008 tarihli ve 27047 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Anayasa Mahkekemesi'nin 21/2/2008 tarihli ve E.: 2005/10, K.: 2008/63 sayılı Kararı ile iptal edilmiştir.

[5] 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı KHK'nın 58 inci maddesiyle bu fıkrada yer alan "karşılanmayan gider unsurları" ibaresinden sonra gelmek üzere ", belirlenen standartlar çerçevesinde sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, takibi ve kontrolündeki başarı oranı" ibaresi eklenmiştir.

hükümlerine tabi tutulmaksızın döner sermaye işletmelerinde bu amaçla açılacak olan hesaba yatırılır. Bu tutarı üç katına kadar artırmaya Sağlık Bakanlığının talebi ve Maliye Bakanlığının teklifi üzerine Bakanlar Kurulu yetkilidir. Kayıtlı kişi başına belirlenen tutar, 657 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin (B) bendine göre belirlenen en yüksek brüt sözleşme ücretinin artışı oranında artırılabilir. Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen standartlara göre, koruyucu hekimlik hizmetlerinin eksik uygulanması hâlinde ödeme tutarının % 20'sine kadar indirim yapılır.

(Ek fıkra: 4/7/2012-6354/12 md.) Bu şekilde kurumlarca oluşturulacak aile sağlığı merkezlerinin bu Kanun kapsamında oluşacak tüm giderleri sekizinci fıkrada belirtilen hesaplardan ödenir. Kurumlarınca aile hekimliği hizmetlerinde çalıştırılan öğretim üyesi, eğitim görevlisi, araştırma görevlisi ve asistanlara; kayıtlı kişi sayısı ve bunların risk grupları, gezici sağlık hizmetleri, belirlenen standartlar çerçevesinde sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, takibi ve kontrolündeki başarı oranı gibi kriterlere göre yapılacak ödemelere ilişkin usul ve esaslar Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle belirlenir. İlgililere yapılacak toplam ödeme, kadrolarına bağlı olarak yapılan ödemeler de dâhil olmak üzere beşinci fıkrada yer alan sınırları aşamaz. Sekizinci fıkra kapsamında oluşturulan aile sağlığı merkezlerinde görev yapan aile sağlığı elemanlarına 209 sayılı Kanunun 5 inci maddesi ve 4/11/1981 tarihli ve 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 58 inci maddesi hükümleri çerçevesinde belirlenen azamî ek ödeme tutarını geçmemek üzere yukarıda belirtilen kriterler çerçevesinde yapılacak ödeme, anılan fıkra uyarınca açılmış bulunan hesaplardan ödenir. Bu fıkra kapsamında yapılacak ödemenin net tutarı, 27/6/1989 tarihli ve 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin ek 9 uncu maddesi uyarınca kadro ve görev unvanı veya pozisyon unvanı itibarıyla belirlenmiş olan ek ödemenin net tutarından az olamaz. Bu ödemeden yararlanan personele, ayrıca 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin ek 9 uncu maddesi, 209 sayılı Kanunun 5 inci ve ek 3 üncü maddeleri ile 2547 sayılı Kanunun 58 inci maddesi ((e) fıkrasının ikinci paragrafı hariç) uyarınca herhangi bir şekilde ek ödeme yapılmaz.

Kamuya ait taşınmazların kullanımı

Madde 4- Hazine, belediye veya il özel idaresine ait taşınmazlardan aile sağlığı merkezi olarak kullanılması uygun görülenler, Maliye Bakanlığı, belediye veya il özel idarelerince bu amaçla kullanılmak üzere doğrudan aile hekimine kiraya verilebilir.

Hizmetin esasları

Madde 5- Aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde kişilerin aile hekimine kaydı yapılır. Bakanlıkça belirlenen süre sonunda kişiler aile hekimlerini değiştirebilirler. Her bir aile hekimi için kayıtlı kişi sayısı; asgarî 1000, azamî 4000'dir. Aralıksız iki ayı aşmayan süreyle kayıtlı kişi sayısı 1000'den az olabilir.

Aile hekimliği hizmetleri ücretsizdir; acil haller hariç, haftada kırk saatten az olmamak kaydı ile Bakanlıkça belirlenen kıstaslar çerçevesinde ilgili aile hekiminin talebi ve o yerin sağlık idaresince onaylanan çalışma saatleri içinde yerine getirilir. Aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde acil haller ve mücbir sebepler dışında, kişi hangi sosyal güvenlik kuruluşuna tâbi olursa olsun, aile hekiminin sevki olmaksızın sağlık kurum ve kuruluşlarına müracaat edenlerden katkı payı alınır. Alınacak katkı payı tutarı Sağlık, Maliye ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik bakanlıklarınca müştereken belirlenir. Aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde, diğer kanunların aile hekimliği hizmetleri kapsamındaki hizmetlerin sunumu ile sevk ve müracaata ilişkin hükümleri uygulanmaz. (Ek cümle:11/10/2011-KHK-663/58 md.) Aile hekimliği hizmetleri dışında kalan birinci basamak sağlık hizmetleri toplum sağlığı merkezleri tarafından verilir ve bu merkezlerin organizasyonu, kadroları, görevleri ile çalışma usûl ve esasları Türkiye Halk Sağlığı Kurumunca belirlenir. Yabancılar hakkında ilgili mevzuat hükümleri uygulanır.[6]

Aile hekimlerinin şahsî kayıtları ilgili il ve ilçe sağlık idare birimlerinde tutulur. Aile hekimlerinin kullandığı basılı veya elektronik ortamda tutulan kayıtlar, kişilerin sağlık dosyaları ile raporlar, sevk belgesi ve reçete gibi belgeler resmî kayıt ve evrak niteliğindedir. Bu kayıt ve belgeler, hekimin ayrılması veya kişinin hekim değiştirmesi halinde eksiksiz olarak devredilir. İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmî tabiplerce düzenlenmesi öngörülen her türlü rapor, sevk evrakı, reçete ve sair belgeler, aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde aile hekimleri tarafından düzenlenir.

Denetim, sorumluluk ve mal bildirimi

Madde 6- Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları, mevzuat ve sözleşme hükümlerine uygunluk ile diğer konularda Bakanlık, ilgili mülkî idare ve sağlık idaresinin denetimine tâbidir. Aile hekimi ve aile sağlığı elemanları, görevleriyle ilgili ya da görevleri başında

[6] 4/7/2012 tarihli ve 6354 sayılı Kanunun 13 üncü maddesi ile bu fıkranın birinci cümlesine "kaydı ile" ibaresinden sonra gelmek üzere "Bakanlıkça belirlenen kıstaslar çerçevesinde" ibaresi eklenmiştir.

işledikleri veya kendilerine karşı işlenen suçlarda Devlet memurları gibi kabul edilir. Aile hekimi ve aile sağlığı elemanları, 3628 sayılı Mal Bildiriminde Bulunulması, Rüşvet ve Yolsuzluklarla Mücadele Kanunu gereğince mal bildiriminde bulunmakla yükümlüdür.

Ağız ve diş sağlığı hizmetleri

Madde 7-— Kişilerin ağız ve diş sağlığını korumak ve bu hizmetlerin daha etkili ve verimli yürütülmesini sağlamak amacıyla, Sağlık Bakanlığınca tespit edilecek illerde pilot uygulama yapılır.

Bu hizmetler karşılığında yapılacak ödemelerin, hizmetten yararlananların ilgisine göre bağlı bulundukları kurum bütçelerinden veya sosyal güvenlik kuruluşlarından karşılanması ile diğer hususlara ilişkin usul ve esaslar Maliye, Sağlık ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik bakanlıkları tarafından müştereken belirlenir.

Yönetmelikler

Madde 8- Aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının çalışma usul ve esasları; çalışılan yer, kurum ve statülerine göre öncelik sıralaması; aile hekimliği uygulamasına geçişe ve nakillere ilişkin puanlama sistemi ve sayıları; aile sağlığı merkezi olarak kullanılacak yerlerde aranacak fizikî ve teknik şartlar; meslek ilkeleri; iş tanımları; performans ve hizmet kalite standartları; hasta sevk evrakı, reçete, rapor ve diğer kullanılacak belgelerin şekli ve içeriği, kayıtların tutulması ile çalışma ve denetime ilişkin usul ve esaslar, Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarıyla yapılacak sözleşmede yer alacak hususlar ve bu Kanunda belirlenen esaslar çerçevesinde bunlara yapılacak ödeme tutarları ile bu ücretlerden indirim oran ve şartları, sözleşmenin feshini gerektiren nedenler, Maliye Bakanlığının uygun görüşü alınarak, Sağlık Bakanlığının teklifi üzerine Bakanlar Kurulunca çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Yürürlük

Madde 9- Bu Kanun yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

Madde 10- Bu Kanun hükümlerini Bakanlar Kurulu yürütür.

Ek 2: Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (Yayınlandığı Resmi Gazete Tarihi: 25/01/2013, Sayısı: 28539)

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMA YÖNETMELİĞİ

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç ve kapsam

MADDE 1 – (1) Bu Yönetmeliğin amacı;

a) Birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve verilen sağlık hizmetinin kalitesini artırmak için görev yapan aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının çalışma usul ve esaslarını,

b) Çalışılan yer, kurum ve statülerine göre öncelik sıralamasını,

c) Aile hekimliği uygulamasına geçişe ve nakillere ilişkin puanlama sistemini ve sayılarını,

ç) Aile sağlığı merkezi olarak kullanılacak yerlerde aranacak fiziki ve teknik şartları,

d) Eğitim aile sağlığı merkezinde veya biriminde görev yapan asistan/araştırma görevlisi, eğitici ve aile sağlığı elemanlarının çalışma usul ve esaslarını,

e) Eğitim aile sağlığı merkezi olarak kullanılacak yerlerde aranacak fiziki ve teknik şartları,

f) Meslek ilkelerini, iş tanımlarını, performans ve hizmet kalite standartlarını,

g) Hasta sevk evrakı, reçete, rapor ve diğer kullanılacak belgelerin şeklini ve içeriğini,

ğ) Diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliğini,

h) Kayıtların tutulmasını,

ı) Çalışma ve denetime ilişkin sair usul ve esasları,

belirlemektir.

Dayanak

MADDE 2 – (1) Bu Yönetmelik 24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanununun 8 inci maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 3 – (1) Bu Yönetmelikte geçen;

a) Aile hekimi: Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belirli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Kurumun öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleri,

b) Aile hekimliği birimi: Bir aile hekimi ile en az bir aile sağlığı elemanından oluşan yapıyı,

c) Aile sağlığı elemanı: Aile hekimi ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli olarak çalıştırılan veya Türkiye Halk Sağlığı Kurumu veya eğitim kurumunca görevlendirilen hemşire, ebe, sağlık memuru (toplum sağlığı) ve acil tıp teknisyenini,

ç) Aile sağlığı merkezi: Bir veya birden fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşunu,

d) Asistan: Tıpta uzmanlık mevzuatına göre aile hekimliği uzmanlık eğitimi veren üniversite ya da Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu eğitim ve araştırma hastanelerinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan ve eğitim sorumlusunun gözetim ve koordinasyonunda, eğitim aile sağlığı merkezlerinde veya biriminde aile hekimliği hizmeti veren asistan/araştırma görevlisini,

e) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

f) Birinci basamak sağlık hizmetleri: Sağlığın teşviki, koruyucu sağlık hizmetleri ile ilk kademedeki teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin bir arada verildiği, bireylerin hizmete kolayca ulaşabildikleri, etkin ve yaygın sağlık hizmeti sunumunu,

g) Eğitici: Eğitim aile sağlığı merkezinde veya biriminde, tıpta uzmanlık mevzuatında belirlenen sorumluluğu çerçevesinde, asistanlarca sunulan aile hekimliği hizmetlerini ve bu personelin eğitimlerini koordine eden, öğretim üyesi, öğretim görevlisi, eğitim görevlisi ve başasistan gibi tıpta uzmanlık mevzuatına göre yetkili eğitim sorumlularını,

ğ) Eğitim aile hekimliği birimi: Eğiticinin gözetim ve koordinasyonunda, bir asistan ile en az bir aile sağlığı elemanından oluşan yapıyı,

h) Eğitim aile sağlığı merkezi: Eğiticinin gözetim ve koordinasyonunda, bir veya birden fazla asistan ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşunu,

ı) Eğitim Kurumu: Tıpta uzmanlık mevzuatına göre aile hekimliği uzmanlık eğitimi veren üniversite ya da Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu eğitim ve araştırma hastanelerini,

i) Entegre sağlık hizmeti: Kurumca belirlenecek yerlerde, bünyesinde koruyucu sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, muayene, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri, doğum, ana çocuk sağlığı hizmetleri, ayakta ve/veya yatarak tıbbî ve cerrahî müdahale ile çevre sağlığı, adlî tabiplik ve ağız/diş sağlığı hizmetleri gibi hizmetlerin de verildiği, birinci basamak sağlık hizmetlerini yoğunlukla yürütmek üzere tasarlanmış sağlık hizmetini,

j) Geçici aile hekimi: Aile hekiminin yıllık izin, hastalık izni ve diğer nedenlerle görev başında bulunamadığı sürede yerine bakan veya boş aile hekimliği pozisyonuna yerleştirme yapılıncaya kadar bu pozisyona görevlendirilen aile hekimini,

k) Geçici aile sağlığı elemanı: Aile sağlığı elemanının yıllık izin, hastalık izni ve diğer nedenlerle görev başında bulunamadığı sürede yerine bakan veya boş aile sağlığı elemanı pozisyonuna yerleştirme yapılıncaya kadar bu pozisyona görevlendirilen aile sağlığı elemanını,

l) Gezici sağlık hizmeti: Aile hekimi ve/veya aile sağlığı elemanının, müdürlükçe tespit edilen uzak mahalle, belde, köy, mezra gibi yerleşim birimlerine, Türkiye Halk Sağlığı Kurumunca belirlenen usul ve esaslara göre giderek mahallinde vereceği sağlık hizmetini,

m) Hizmet bölgesi, hizmet grubu ve hizmet puanı: 8/6/2004 tarihli ve 25486 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliğinin ilgili maddelerinde açıklanan bölge, grup ve puanlarını,

n) Kanun: 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanununu,

o) Kurum: Türkiye Halk Sağlığı Kurumunu,

ö) Müdürlük: Halk sağlığı müdürlüğünü,

p) Toplum sağlığı merkezi: Bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını geliştirmeyi ve korumayı ön plana alarak sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, bu sorunları gidermek için planlama yapan ve bu planları uygulayan, uygulatan; birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini müdürlüğün sevk ve idaresinde organize eden, bu hizmetlerin verimli şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren ve destekleyen, bölgesinde

bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşunu,

r) Yerinde sağlık hizmeti: Aile hekimi ve/veya aile sağlığı elemanının, müdürlükçe tespit edilen cezaevi, çocuk ıslahevi, huzurevi, korunmaya muhtaç çocukların barındığı çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları gibi toplu yaşam alanlarına Kurumca belirlenen usul ve esaslara göre giderek, yerinde vereceği sağlık hizmetini,

ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM

Çalışma Usul ve Esasları

Aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları

MADDE 4 – (1) Aile hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak, Bakanlıkça ve Kurumca yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmekle yükümlüdür.

(2) Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunar.

(3) Aile hekiminin Kurumca belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde görev, yetki ve sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir.

a) Çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında bölgesindeki toplum sağlığı merkezi ile işbirliği yapmak.

b) Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunduğu toplum sağlığı merkezine bildirmek.

c) Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya kişiler ile iletişime geçmek.

ç) Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.

d) Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapmak, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek.

e) Periyodik sağlık muayenesi yapmak.

f) Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, lohusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adölesan (ergen), erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapmak.

g) Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.

ğ) Aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimi yapılan muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak.

h) Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlamak ya da bu hizmetleri vermek.

ı) Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutmak ve gerekli bildirimleri yapmak.

i) Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek.

j) Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak.

k) Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak.

l) İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmî tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemek.

m) Kurumca belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere katılmak.

n) Kurumca ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapmak.

Aile sağlığı elemanının görev, yetki ve sorumlulukları

MADDE 5 – (1) Aile sağlığı elemanı, aile hekimi ile birlikte ekip anlayışı içinde kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmak ve görevinin gerektirdiği hizmetler ile ilgili sağlık kayıt ve istatistiklerini tutmakla yükümlüdür. 4 üncü maddede sayılan görevlerin yerine getirilmesinde aile hekimi ile birlikte çalışır.

(2) Aile sağlığı elemanının Kurumca belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde görev, yetki ve sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir.

a) Kişilerin hayati bulgularını ölçmek ve kaydetmek.

b) Aile hekiminin gözetiminde, talimatı verilen ilaçları uygulamak.

c) Yara bakım hizmetlerini yürütmek.

ç) Tıbbi alet, malzeme ve cihazların hizmete hazır bulundurulmasını sağlamak.

d) Poliklinik hizmetlerine yardımcı olmak, tıbbi sekreter bulunmadığı hallerde sevk edilen hastaların sevk edildiği kurumla koordinasyonunu sağlamak.

e) Gereken tetkikler için numune almak, eğitimini aldığı basit laboratuvar tetkiklerini yapmak veya aldığı numunelerin ilgili laboratuvar tarafından teslim alınmasını sağlamak.

f) Gezici ve yerinde sağlık hizmetleri, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek, evde sağlık hizmetlerinin verilmesinde aile hekimine yardımcı olmak.

g) Kurumca belirlenen hizmet içi eğitimlere katılmak.

ğ) Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili olarak görev, yetki ve sorumlulukları kapsamında aile hekiminin verdiği diğer görevleri yerine getirmek.

h) Kurumca ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapmak.

Gezici ve yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi

MADDE 6 – (1) Aile hekimliği pozisyonlarının planlanmasında; sağlık hizmetine ulaşımın zor olduğu belde, köy, mezra, uzak mahalleler ve benzeri yerleşim yerleri için gezici sağlık hizmeti; cezaevi, çocuk ıslahevi, huzurevi, korunmaya muhtaç çocukların barındığı çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları gibi özellik arz eden toplu yaşama alanlarından oluşan yerler için ise yerinde sağlık hizmeti bölgeleri müdürlükçe belirlenerek Kurumca onaylanır. Gezici sağlık hizmet bölgesi veya yerinde sağlık hizmet bölgesi olarak onaylanan yerlerle ilgili yapılmak istenen değişiklikler 6 aylık dönemler halinde ilgili aile hekimlerinin de görüşleri alınmak suretiyle müdürlükçe belirlenerek Kurumun onayına sunulur. Aile hekimi tarafından talep edilen gezici veya yerinde sağlık hizmet bölgesi değişiklikleri ise müdürlükçe uygun bulunması durumunda, 6 aylık dönem kısıtlamasına tabi olmaksızın Kurum onayına sunulur. Kurum onayına sunulan değişiklik teklişerine ilişkin karar Kurum tarafından en geç 1 ay içerisinde alınır.

(2) Cezaevi, çocuk ıslahevi, huzurevi, korunmaya muhtaç çocukların barındığı çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları gibi kişilerin kayıtlı oldukları aile hekimlerine doğrudan başvuru imkânlarının olmadığı ya da aile hekimlerini serbestçe seçme imkânının bulunmadığı toplu olarak yaşanılan ancak tabibi olmayan kurumların talepleri üzerine bir ya da birden çok aile hekimi yerinde sağlık hizmeti vermekle yükümlü kılınabilir. Bu kurumlarda yerinde sağlık hizmeti veren aile hekimleri, kurumlarda ikamet eden kişileri kayıt ederler. Yerinde sağlık hizmet bölgesi olarak ilan edilen kurumlar, aile hekimlerinin sunacağı sağlık hizmeti için asgari şartları sağlamakla yükümlüdür. Bu yerlerde her 100 kişi için ayda üç saatten az olmamak üzere; 750 kayıtlı kişiye kadar haftada en az bir kez, 750 ve üzeri kayıtlı kişiye ise haftada en az iki kez yerinde sağlık hizmeti verilir. Cezaevi ve çocuk ıslahevi için bu süre iki kat olarak uygulanır.

(3) Aile hekimlerinin gezici sağlık hizmeti sunacakları bölgelerdeki yerleşim birimlerine bir plan dâhilinde periyodik aralıklarla ulaşmaları ve hizmet vermeleri esastır. Gezici sağlık hizmetine ilişkin planlama; coğrafi durum, iklim ve ulaşım şartları ile kendisine bağlı yerleşim birimlerinin sayısı dikkate alınarak ve gezici sağlık hizmeti sunulacak yerleşim yerine ulaşmak amacıyla yolda geçen süreler hariç olmak üzere her 100 kişi için ayda iki saatten az olmamak kaydıyla o yerleşim yerinde aile hekimi tarafından yapılır. Nüfusu 250 kişiye kadar olan yerleşim yerlerine en az ayda bir kez, 250 ile 500 kişi arasında olan yerleşim yerleri için en az ayda iki kez, nüfusu 500 ve üzeri olan yerleşim yerlerine ise en az haftada bir kez gezici sağlık hizmeti verilir. Gezici sağlık hizmeti bölgesinde Bakanlığa ait sağlık tesisi var ise bu tesisler hizmet için kullanılabilir.

(4) Gezici sağlık hizmeti planlaması yapılırken, istatistikî olarak aile hekimliği birimine müracaat eden hasta yoğunluğunun en az olduğu günler için planlama yapılır. Aile hekimi gezici ve/veya yerinde sağlık hizmeti planını sözleşme döneminin ilk ayında aylık olarak yapar ve toplum sağlığı merkezine bildirir. Bu plan sözleşme döneminin sonuna kadar her ay uygulanır. Her ayın sonunda gezici/yerinde hizmet faaliyet raporunu toplum sağlığı merkezine bildirir. Zorunlu hallerde aile hekimi her türlü gezici hizmet planı değişikliğini hizmeti aksatmayacak şekilde bölgesindeki toplum sağlığı merkezine önceden bildirir. Aile hekimi; köy ve mahalle muhtarları ile kurum yetkilileri vasıtasıyla en geç bir önceki ayın son iş günü saat 12.00 ye kadar programının duyurulmasını sağlar. Aile sağlığı elemanının görev yetki ve sorumlulukları çerçevesinde, gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin ilgili kısmı ulaşım ve tıbbi donanım imkânlarının aile hekimince sağlanması kaydıyla aile sağlığı elemanı tarafından da

yapılabilir. Aile sağlığı elemanınca yapılan gezici/yerinde sağlık hizmeti süresi aile hekiminin gezici/yerinde sağlık hizmeti süresinden sayılmaz.

(5) Gezici sağlık hizmetinin verildiği günlerde tek birimli aile sağlığı merkezinin hizmete açık tutulması sağlanır.

Bağışıklama hizmetleri

MADDE 7 – (1) Bağışıklama hizmetleri aile hekimi tarafından yürütülür. Genişletilmiş bağışıklama programı kapsamında ve/veya Bakanlık ve Kurum tarafından yürütülen kampanyalar doğrultusunda ihtiyaç duyulan aşılar, bölgesindeki toplum sağlığı merkezi tarafından aile hekimlerine ulaştırılır. Aile hekimleri aile sağlığı merkezinde soğuk zincir şartlarının sürdürülmesi için gerekli tedbirleri alır. Birden çok aile hekiminin görev yaptığı aile sağlığı merkezlerinde, aile hekimlerinin müştereken muhafaza ettikleri aşılar için üçer aylık aralıklarla bir aile hekimi ve bir aile sağlığı elemanı soğuk zincir sorumlusu olarak belirlenir. Aile sağlığı merkezinde yalnızca bir aile hekimliği biriminin bulunması halinde sorumluluk bu birimdeki aile hekimi ile aile sağlığı elemanına aittir.

Aile hekimliği birimine kişi kaydı ve aile hekimi seçimine ilişkin esaslar

MADDE 8 – (1) Kişilerin aile hekimlerine ilk kaydı, müdürlük tarafından ikamet ettikleri bölge göz önünde bulundurularak yapılır. Yenidoğanlar ile henüz nüfusa kayıtlı olmayan bebek ve çocuklar annelerinin kayıtlı olduğu aile hekimine kaydedilir. Her ilçe ve 10/7/2004 tarihli ve 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanununa tabi olmayan il merkezleri ayrı bir bölgedir. Kişiler, aile hekimini bölge sınırlaması olmaksızın serbestçe seçebilirler. Zorunlu haller dışında aile hekimi üç aydan önce değiştirilemez. Aile hekimi değişikliği kişilerin yazılı talebi üzerine hizmet almak istediği aile hekimince veya ilgili toplum sağlığı merkezince yapılır. Aile hekimince yapılan değişiklik, talep belgesi ile birlikte beş iş günü içerisinde ilgili toplum sağlığı merkezine ulaştırılır.

(2) Sağlık hizmeti sunumu sırasında meydana gelen şiddet olayının adli veya mülki idare makamlarınca verilen belgeyle belgelendirilmesi durumunda, aile hekimi veya aile sağlığı elemanına şiddet uygulayan kişinin müdürlükçe mevcut aile hekiminden kaydı silinir. Bu şekilde kaydı silinen kişinin, aynı iş günü içerisinde yeni aile hekimi seçmemesi durumunda ikamet ettiği bölge göz önünde bulundurulmak suretiyle kayıtlı nüfusu en düşük aile hekimine müdürlükçe kaydı yapılır.

(3) İkamet ettiği ilden başka bir ile ikamet amacıyla yeni gelen kişiler istedikleri bir aile hekimine kayıt yaptırırlar. İkamet amacıyla yer değiştiren kişinin talepte bulunmaması

halinde, 30 gün içerisinde toplum sağlığı merkezi tarafından kişiye ulaşılarak ve kendisine bilgi verilmek sureti ile yeni adresine yakın aile hekimlerinden nüfusu en düşük olanına kayıt edilir.

(4) Herhangi bir nedenle bölgedeki aile hekimleri tarafından kayıt edilemeyen kişi, müdürlük tarafından öncelikle ikamet ettiği yere yakın ve en az kişi kaydı olan aile hekiminin listesine eklenir.

(5) Gezici sağlık hizmeti verilen yerlerde oturan kişiler, gezici sağlık hizmeti almak üzere başka bir aile hekimine kayıt olamazlar. Ancak başka bir aile hekimine kayıt olmak isterlerse, kayıt oldukları aile hekiminin aile sağlığı biriminden hizmet alırlar. Bu durumda, kayıt olunan yeni aile hekimi, o kişi veya kişiler için gezici sağlık hizmeti vermekle yükümlü tutulmaz.

(6) Sürekli ikamet ettiği bölgeden uzakta kalacak kişi veya geçici süre ile Türkiye'de ikamet edecek olan kişi, kendisine yakın konumdaki bir aile hekiminden misafir olarak sağlık hizmeti alır. Ancak 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanununa tabi olan ilçeler misafir uygulaması bakımından tek bölge kabul edilir. Aile hekimi misafir kişiler için herhangi bir ücret talep edemez.

(7) (Ek:RG-19/7/2013-28712) Altı aydan daha kısa süreli ziyaret veya seyahat amacı hariç olmak üzere yurtdışına çıktıları belge ve/veya kaynaklarla tespit edilen kişilerin aile hekiminden kayıtları silinir. Bu kişilerin yurda kalıcı olarak döndükleri yine uygun belge ve/veya kaynaklarla tespit edilmesi halinde bu Yönetmeliğin 8 inci maddesinin üçüncü fıkrasında belirlenmiş bulunan usûl ve esaslar çerçevesinde aile hekimine kayıtları yapılır.

Meslek ilkeleri

MADDE 9 – (1) Aile hekimi ve aile sağlığı elemanı, sağlık hizmetlerinin yürütülmesi esnasında 13/1/1960 tarihli ve 4/12578 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi ve bağlı bulunan ilgili mevzuat hükümlerine ve hasta haklarına uymakla yükümlüdür.

Çalışma saatleri

MADDE 10 – (1) Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları tam gün esasına göre çalışırlar.

(2) Mesai saatleri ve günleri, çalışma yerinin şartları da dikkate alınmak suretiyle çalıştığı bölgedeki kişilerin ihtiyaçlarına uygun olarak aile hekimi tarafından teklif edilir ve

müdürlükçe uygun görülmesi halinde onaylanır. Yapılacak ev ziyaretleri ve gezici/yerinde sağlık hizmetleri çalışma süresine dâhil edilir. Çalışılan günler ve saatler aile sağlığı merkezinin dış levhasının yakınında ve görülecek bir yerine asılarak kişilerin bilgilenmesi sağlanır.

(3) Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları deprem, sel felaketi ve salgın gibi olağanüstü durumlarda çalışma saatlerine bağlı kalınmaksızın çalıştırılabilirler.

(4) (Değişik:RG-19/7/2013-28712) Entegre sağlık hizmeti sunulan merkezler dışında, hastanelerde aile hekimlerine ve aile sağlığı elemanlarına nöbet tutturulmaması esastır. Ancak 657 sayılı Kanunun ek 33 üncü maddesinde belirtilen yerlerde ihtiyaç ve zaruret hâsıl olduğunda haftalık çalışma süresi ve mesai saatleri dışında aile hekimlerine ve aile sağlığı elemanlarına nöbet görevi verilebilir. Nöbete ilişkin planlama aile hekimliği uygulamasında aksamaya mahal vermeyecek şekilde yapılır ve hafta içi sekizer saat hafta sonu ise on altı saatten fazla olmamak üzere haftalık 30 saatten fazla nöbet tutturulamaz. Aile hekimliği çalışanlarına tuttukları nöbetler karşılığında ilgili kurumlarca nöbet ücreti ödenir. İhtiyaç ve zaruret halinin tespiti illerin sağlık personeli doluluk oranı, nüfus, coğrafi koşulları, sosyo-ekonomik ve kültürel özellikleri, nöbet tutulacak sağlık tesisinin il veya ilçe merkezine uzaklığı gibi kriterler göz önünde bulundurulmak suretiyle Bakan Onayı ile belirlenir.

(5) Adli tıp kurumunun doğrudan hizmet vermediği ve hastane bulunan yerlerde yerinde ölü muayenesi dışındaki adli tıp hizmetleri hastaneler tarafından verilir. Yerinde ölü muayenesi hizmetleri, mesai saatleri içinde toplum sağlığı merkezi hekimlerince, mesai saatleri dışında öncelikle toplum sağlığı merkezi hekimleri olmak üzere aile hekimleri ve kamu hastaneleri dışındaki diğer kamu kurum ve kuruluşlarındaki hekimlerin de dâhil edilebileceği icap nöbeti şeklinde sunulur. Hastane bulunmayan ilçe merkezleri ve entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde acil sağlık hizmetleri ile adlî tabiplik hizmetleri; mesai saatleri içinde aile hekimleri, mesai saatleri dışında ve resmi tatil günlerinde ise ilçe merkezindeki, toplum sağlığı merkezi hekimleri, entegre sağlık hizmeti sunulan merkezlerde çalışan hekimler ve aile hekimlerinin toplamı dikkate alınarak aşağıdaki gibi icap veya aktif nöbet uygulamaları şeklinde yürütülür.

a) Hastane bulunmayan ilçe merkezlerindeki adli tıbbi hizmetler ile acil sağlık hizmetleri mesai saatleri dışında ilçedeki toplum sağlığı merkezi hekimleri ve aile hekimlerince icap veya aktif nöbet şeklinde yürütülür. İlçe merkezindeki toplam hekim sayısı altı veya daha az ise icap, altıdan fazla ise aktif nöbet şeklinde yürütülür.

b) Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde toplam hekim sayısı altı ve altıdan az ise mesai saatleri dışındaki adli tıbbi hizmetler ve acil sağlık hizmetleri; toplum sağlığı merkezi hekimleri, entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezde çalışan hekimler ve aile hekimleri tarafından münavebeli olarak icap nöbeti şeklinde, toplam hekim sayısı altıdan fazla ise münavebeli olarak aktif nöbet şeklinde yürütülür.

c) Hastane bulunmayan ilçe merkezleri ile entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde aile hekimi sayısı birden fazla ise, müdürlük hizmet ihtiyacını değerlendirerek mesai saatlerini güne yayarak düzenler.

(6) İhtiyaç olması halinde beşinci fıkrada aile hekimleri için öngörülen çalışma şekil ve koşulları aile sağlığı elemanları için de uygulanır. Entegre sağlık hizmeti sunulan merkezlerde tutulan nöbetler için aile hekimlerine ve aile sağlığı elemanlarına nöbet ücreti ödenmez veya nöbet izni verilmez. Bu çalışmaların karşılığı olarak farklı katsayı ile kayıtlı kişi sayısı ödemesi yapılabilir.

İzinler

MADDE 11 – (1) Sözleşme ile çalıştırılan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları; yıllık, mazeret ve hastalık izinlerini 24/12/2010 tarihli ve 2010/1237 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelikte belirtilen hükümler çerçevesinde kullanırlar.

(2) Sözleşmeli olmayan aile hekimi ve aile sağlığı elemanları, aile hekimliği hizmeti verdikleri müddetçe, izinler bakımından asli statülerine ilişkin mevzuata tâbidir.

Göreve başlayış ve ayrılış

MADDE 12 – (1) Aile hekimi veya aile sağlığı elemanı olmak isteyen sağlık personelinin sözleşme imzalayabilmesi için kadrosunun bulunduğu kurumun muvafakati aranır. Sözleşme imzalayarak göreve başlayan kişiler bu görevlerini yürüttükleri sürece kurumlarında aylıksız veya ücretsiz izinli sayılırlar ve bunların kadroları ile ilişikleri devam eder.

(2) Sözleşmeli personel statüsünde görev yapmaktayken aile hekimliği veya aile sağlığı elemanı sözleşmesi imzalayanlar aile hekimliği hizmetinden ayrılmaları halinde, Kanunun 3 üncü maddesine göre eski görev yerlerinde bir pozisyona dönerler.

(3) Bakanlık ve bağlı kuruluş kadrolarında memur statüsünde görev yapmakta iken ücretsiz izne ayrılarak sözleşmeli statüde aile hekimi veya aile sağlığı elemanı olan personel, sözleşmesinin herhangi bir suretle sona ermesi halinde kadro veya personel dağılım cetveli fazlalığına bakılmaksızın ücretsiz izne ayrıldığı görevine geri döner. Ancak kadrosunun bulunduğu birimin aile hekimliği uygulaması nedeniyle kaldırılması halinde bu birimin aktarıldığı toplum sağlığı merkezine atanır ve bunların memuriyet görevine başlamasından itibaren 30 gün içinde kendisinin talep etmesi ve müdürlüğün de uygun görmesi ile bir defaya mahsus olmak üzere aynı il içinde personel dağılım cetvelinde açık olan ve doluluk oranlarına göre ihtiyaç duyulan kadrolardan birine yer değiştirme suretiyle ataması yapılabilir.

(4) Sözleşmeli olarak aile hekimliği hizmetinin sürdürülmesi Tıpta Uzmanlık Sınavına (TUS) girmeye veya farklı görevler için başvurmaya engel değildir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Performans ve Hizmet Kalite Standartları

Performans değerlendirmesi

MADDE 13 – (1) Aile hekimlerinin performans değerlendirmeleri bireye yönelik olarak vermiş oldukları koruyucu sağlık hizmetleri dikkate alınarak yapılır.

(2) Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinden hangilerinin ne oranda performans değerlendirmesinde etkili olacağına dair usul ve esaslar Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelikte belirlenen hükümler çerçevesinde belirlenir.

Hizmet kalite standartlarının oluşturulması ve geliştirilmesi

MADDE 14 – (1) Aile sağlığı merkezinin fiziki yapısı, donanımı, fonksiyonelliği, personel durumu ve hizmetin niteliği gibi hizmet sunumunu doğrudan etkileyen unsurlar hizmet kalite standartlarını oluşturur.

(2) Hizmet kalite standartlarının yükseltilmesinin sağlanması için aile hekimi ve aile sağlığı elemanı; Kurumca belirlenen birinci ve ikinci aşama eğitimleri ile aile hekimliğine yönelik diğer eğitimlerin en az %80 ine devam etmekle yükümlüdür.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Atamalarda ve Görevlendirmelerde Öncelik Sıralaması, Ölçütler ile Atama ve Nakillere İlişkin Esaslar

Sözleşmeli aile hekimleri

MADDE 15 – (1) İl genelinde aile hekimliği pozisyonunun boşalması veya yeni pozisyon açılması durumunda en geç bir ay içinde, sözleşme ile çalıştırılacak aile hekimleri aşağıdaki sıralamaya göre yerleştirilir.

a) Askerlik dönüşü veya doğum sonrası bir defalık tercih hakkı bulunan aile hekimleri: bu grupta bulunan aile hekimlerine askerlik veya doğum sonrası kamu görevine başlama tarihine göre öncelik verilir. Kamu görevlisi olmayan hekimler için ise müdürlüğe başvuru tarihine göre öncelik verilir.

b) Yerleştirme sırasında aile sağlığı merkezinde uzman aile hekimliği kontenjanı var ise; o pozisyonu önce o ilde aile hekimliği yapan aile hekimliği uzmanları, daha sonra ildeki diğer aile hekimliği uzmanları.

c) (Değişik:RG-19/7/2013-28712) Sözleşmeli aile hekimi olarak görev yapanlar, (a) bendindeki bir defalık tercih hakkını kullanmayan aile hekimleri, takip eden ilk yerleştirmede kullanılmak şartı ile; yargı kararının uygulanması bakımından başka birinin göreve başlatılması zarureti nedeniyle sözleşmesi feshedilen aile hekimleri, 25/1/2013 tarihinden sonra mazeret nedeniyle naklen tayin olanlardan atama kararından önceki son bir yıl boyunca aile hekimliği yapmış olan tabip ve uzman tabipler, il sağlık müdürü ve halk sağlığı müdürü olarak fiilen bir yıl görev yapmış olan tabip ve uzman tabipler.

ç) Varsa yedek liste: İlk yerleştirme esnasında yedek listeye giren hekimler müteakip yerleştirmede sıra kendilerine gelmesine rağmen yerleşmezler ise yedek listeden çıkarılırlar.

d) İl içindeki tabip ve uzman tabipler.

(2) Aile hekimliği yerleştirmeleri il bazında yapılır. İldeki kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan aile hekimliği uzmanları, tabipler ve diğer uzman tabiplerden muvafakati verilenler başvuru yaparlar. Yerleştirmeler bentlere göre ve bentler içerisinde de (a) bendi hariç en yüksek hizmet puanından başlamak üzere tercihlere göre yapılır.

(3) Aile hekimliği uzmanlarının, grup çalışmasının sağlanması, uzmanlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve kişilerin hizmet unsurlarından dengeli bir şekilde yararlanabilmeleri için her aile sağlığı merkezinden bir pozisyonu tercih ederek yerleşme hakları vardır. Bu hak birinci fıkranın (b) bendindeki yerleştirmeler için uygulanır. Bununla birlikte dört (dahil) - altı (dahil) birim planlanmış aile sağlığı merkezlerinde ikinci bir aile hekimliği uzmanı, yedi ve üzerinde birim bulunan aile sağlığı merkezlerinde ise her üç birim için bir aile hekimliği

uzmanı daha o pozisyonlardan birini tercih ederek yerleşebilir. Aile hekimliği uzmanı, aile hekimliği uzmanı kontenjanı dolan bir aile sağlığı merkezine ancak durumuna uygun birinci fıkranın (c) veya (d) bentlerinden ve hizmet puanları sıralamasına göre yerleşebilir.

(4) Yerleştirme yapılırken, Kurumun ve müdürlüğün internet sayfası üzerinden en az beş gün süreyle boş pozisyonun ilanı yapılır ve başvuranların belirlenen yer, gün ve saatte yerleştirme toplantısında hazır bulunmaları duyurulur. Yerleştirmenin yapılacağı ilde halen sözleşmeli aile hekimi olarak görev yapan personelin boş pozisyonları tercih etmesi halinde bu personelin boşalttığı pozisyonlar ile birlikte bütün yerleştirme işlemleri tek oturumda tamamlanır. Bu işlemler ilanda duyurulan gün ve saatte elektronik ortamda da yapılabilir.

(5) Aile hekimliği pozisyonunda göreve başlayan sözleşmeli aile hekimi, bu pozisyonda fiilen bir yıl çalışmadan başka bir aile hekimliği pozisyonuna nakil talebinde bulunamaz. Bir yıllık fiilen çalışma süresinin hesaplanmasında, hafta sonu, resmi tatil günleri ve yıllık izin kullanılan günler fiili çalışmadan sayılır. Ancak mazeret ve hastalık izinli geçirilen günler ise fiili çalışmadan sayılmaz.

(6) Münhal aile hekimliği pozisyonlarından, birinci fıkra çerçevesinde iki yerleştirme işlemi neticesinde yerleştirme yapılamamış pozisyonlara, Kurum tarafından ilan edilmek suretiyle, diğer illerde sözleşmeli aile hekimi olarak çalışanlar arasından yılda asgari üç kez olmak üzere yerleştirme yapılır. Bu pozisyonlara yerleşmek isteyenler, tercih yaparak müracaatta bulunur. Kurum tercih sırasına bakmaksızın aşağıdaki öncelik sıralamasına uymak kaydıyla hizmet puanına göre yerleştirme işlemini tamamlar. Hizmet puanlarının eşit olması hâlinde tercih sıralamasına bakılır. Tercih sıralamasının aynı olması durumunda ise toplam sözleşmeli aile hekimliği süresi fazla olan öncelikli olarak yerleştirilir. Yerleştirme işlemini müteakip 15 gün içerisinde yeni pozisyonlarda başlayış yapılır. İl dışından yerleştirmeye açılan aile hekimliği pozisyonlarında sözleşme ile çalıştırılacak aile hekimleri aşağıdaki sıralamaya göre yerleştirilir.

a) İl dışından yerleştirmeye açılan aile sağlığı merkezinde uzman aile hekimliği kontenjanı var ise; pozisyonun bulunduğu il dışında aile hekimliği yapan aile hekimliği uzmanları.

b) Münhal pozisyonun bulunduğu ilin dışında sözleşmeli aile hekimi olarak görev yapanlar.

(7) Bu madde çerçevesinde yerleştirme işlemi yapılmasına rağmen aile hekimliği pozisyonlarının doldurulamaması halinde valilik kamu görevlisi olmayan tabip ve uzman

tabiplerden aile hekimi olarak çalıştırılmak üzere ihtiyaç duyulan sayıyı belirleyerek Kurumdan talepte bulunur. Bakanlığın önerisi ve Maliye Bakanlığının uygun görüşü ile pozisyon adedi belirlenir. Kanunun 3 üncü maddesinin ikinci fıkrasındaki şartları taşıyıp kamu görevlisi olmayan uzman tabip ve tabiplerin başvuruları alınır ve prim ödenmek suretiyle kamu sektörü dışında çalıştıkları süreler de dâhil edilerek hizmet puanları hesaplanır. Bu hizmet puanı sadece aile hekimliği yerleştirme ve nakillerinde geçerlidir. Kamu görevlisi olmayan uzman tabip ve tabiplerin öncelik ve yerleştirilmeleri birinci fıkranın (b) ve (d) bendine göre yapılır.

(8) Bu maddedeki yerleştirmeye ilişkin diğer usul ve esaslar Kurum tarafından belirlenir.

Sözleşmeli aile sağlığı elemanları

MADDE 16 – (1) Ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni ve sağlık memurları (toplum sağlığı) kendilerinin talebi ve Bakanlık veya ilgili kurumlarının muvafakati ile aşağıdaki öncelik ve şartlar gözetilmek suretiyle istihdam edilerek aile sağlığı elemanı sözleşmesi imzalarlar.

a) Aile hekimince talep edilen ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni veya sağlık memurları (toplum sağlığı) ile aile sağlığı elemanı sözleşmesi imzalanabilmesi için, aile sağlığı elemanı adayının kadro veya pozisyonunun görev yapmak istediği aile hekimliği biriminin bulunduğu ilde olması şarttır.

b) Bakanlık ve bağlı kuruluşları kadro ve pozisyonlarında 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 4 üncü maddesinin (A) bendi kapsamında ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni veya sağlık memuru (toplum sağlığı) unvanında çalışanlardan "A" hizmet grubu illerde görev yapanlar üst hizmet bölgesinden alt hizmet bölgesine olmak kaydıyla aile hekimi ile anlaşmaları durumunda anlaştıkları pozisyonlar için aile sağlığı elemanı olarak sözleşme imzalarlar. Diğer kamu kurum ve kuruluşlarının kadro ve pozisyonlarında ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni veya sağlık memuru (toplum sağlığı) unvanında çalışanlar ise aile hekimi ile anlaşmaları durumunda kurumlarının muvafakati sonrası anlaştıkları pozisyonlar için aile sağlığı elemanı olarak sözleşme imzalarlar.

c) Kamu görevlisi olmayan ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni veya sağlık memurlarının (toplum sağlığı) yerleştirilmesi; ilde aile sağlığı elemanı pozisyonlarının doldurulamaması halinde Valilik aile sağlığı elemanı olarak çalıştırılmak üzere ihtiyaç duyulan yerleri ve sayıyı belirleyerek Kurumdan talepte bulunur. Bakanlığın önerisi ve Maliye Bakanlığının uygun görüşü ile pozisyon adedi belirlenir. Kanunun 3 üncü maddesinin ikinci fıkrasındaki şartları

taşıyıp pozisyona yerleşme tarihi itibari ile altı ay öncesine kadar kamu görevlisi olmayan ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni veya sağlık memurlarından (toplum sağlığı) aile hekimi ile anlaşanlar anlaştıkları pozisyon için aile sağlığı elemanı sözleşmesi imzalarlar.

(2) Aile sağlığı elemanı sözleşme imzaladığı aile hekimliği birimindeki aile hekiminin görevinden ayrılması veya yer değiştirmesi durumunda sözleşme döneminin bitimine kadar o pozisyonda görevine devam edebilir. Bu durumda sözleşmesini feshetmek isterse bir yıl beklemeden yeni sözleşme imzalayabilir.

(3) Üç ay içinde aile hekimi sözleşme imzalayacak bir aile sağlığı elemanı bulamaz ise aile hekiminin talebi üzerine valilik, sözleşme imzalamak isteyen ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni, sağlık memuru (toplum sağlığı) ile o pozisyon için sözleşme imzalayabilir.

Görevlendirme

MADDE 17 – (1) İldeki boş aile hekimi ve aile sağlığı elemanı pozisyonları görevlendirme suretiyle doldurulur. Farklı ilçeden görevlendirme yapılması halinde, görevlendirme süresi, personelin rızası olmadıkça altı ayı geçemez.

Naklen atama

MADDE 18 – (1) Aile hekimi olarak sözleşme imzalayan personel, sözleşmeli olarak görev yaptığı il dışında başka bir ilde ilan edilmiş münhal aile hekimliği pozisyonlarına 15 inci maddedeki usul ve esaslar çerçevesinde başvurarak yerleşebilir. Bu durumda, personelin kadrosu bağlı bulunduğu Kurum tarafından aile hekimi olarak yerleştiği ve yeni sözleşme imzaladığı ilde münhal kadronun mevcut olduğu birime aktarılır. Bu şekilde yapılacak naklen atama işlemleri, atama dönemine ve kur'aya tabi olmaksızın, Personel Dağılım Cetvelinde boş yer bulunmaması halinde standart dikkate alınarak gerçekleştirilir. Aile hekiminin yeni yerleştiği aile hekimliği pozisyonda fiilen bir sözleşme dönemi görev yapmadan sözleşmesinin sona ermesi durumunda, eski görev yerine, eski görev yerinde Personel Dağılım Cetveline göre boş yer bulunmaması halinde eski görev yeri esas alınarak, Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliğinin 26 ncı maddesi hükümlerine göre naklen ataması yapılır.

Atama ve nakillere ilişkin sair hususlar

MADDE 19 – (1) Aile hekimi veya aile sağlığı elemanın bu Yönetmelikte düzenlenen hükümler dışında özür durumu gibi farklı nedenlerle naklen ataması yapılamaz. Bu konumdaki personel memur olarak görev yaparken sözleşmeli statüye geçmiş ise, memuriyete

tekrar dönmeden tayin talebinde bulunabilir veya bu Yönetmelikteki düzenlemeye göre sıralamaya girebilir.

(2) Sözleşmeli aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının kadroları ile ilişkisi devam ettirilerek her yıl düzenli olarak kadro ve derece ilerlemeleri ile intibakları yapılarak kayıtlara işlenir.

(3) Aile hekimliği uygulaması kapsamındaki atama ve nakillerle ilgili olarak bu Yönetmelikte hüküm bulunmayan hallerde Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliği hükümlerinin uygulanmasına devam edilir.

Aile hekimi/aile sağlığı elemanı pozisyonlarının tespiti

MADDE 20 – (1) Aile hekimlerinin çalışma bölgeleri nüfus yoğunluğu, idari ve coğrafi şartlar ile kişilerin sağlık hizmeti alma alışkanlıkları göz önünde bulundurularak belirlenir. Aile hekimliği birimleri bölgede ortalama 3500 kişiye bir aile hekimi düşecek şekilde tespit edilir. İdari, coğrafi ve nüfus özellikleri ile yerel şartları farklılık gösteren yerleşim yerlerindeki pozisyonlarda aile hekimine kayıtlı nüfus sayısı değişiklik gösterebilir. Bölgedeki nüfus hareketleri ve hizmet ihtiyacındaki değişiklikler göz önüne alınarak valiliğin teklifi ve Kurumun onayı ile yeni aile hekimliği birimleri açılabilir veya kapatılabilir. Kurum onayı alındıktan sonra pozisyonlar bir ay içerisinde ilan edilir.

(2) Kuruma bağlı olup entegre sağlık hizmeti sunulan merkezlerin bulunduğu ilçe merkezlerindeki bütün aile hekimliği birimleri bu merkezlerin bünyesinde açılır.

(3) Her aile hekiminin yanında en az bir aile sağlığı elemanı çalışır. Sağlık evlerinde çalışmakta olan ebeler, hizmet yönünden o bölgenin bağlandığı aile hekimine/hekimlerine; idari yönden ise toplum sağlığı merkezine bağlı olarak çalışırlar.

(4) Aile sağlığı elemanları, bu Yönetmeliğin 16 ncı maddesi çerçevesinde aile hekimlerince belirlenir ve zorunlu sebepler hariç, sözleşme imzalanmadan en az bir ay önce müdürlüğe bildirilir.

Eğitim

MADDE 21 – (1) Aile hekimlerine iki aşama halinde eğitim verilir ve bu eğitimlerin içeriği Kurum tarafından belirlenir. Birinci aşama eğitim programının süresi en çok on gündür. Üniversitelerde bir ay süre ile aile hekimliği stajı yapmış olarak mezun olan hekimler birinci aşama eğitimden muaf tutulur. İkinci aşama eğitimi ise uzaktan eğitim tarzında

yapılacak şekilde planlanarak birinci aşama eğitiminin bitiminden sonra başlar ve süresi en az on iki aydır. Bu eğitimlerde Kurumun belirlediği kriterlere göre başarılı olmak esastır.

(2) Aile hekimliği uzmanlarının birinci ve ikinci aşama eğitimlere katılması zorunlu değildir. Sözleşme imzalamış aile hekimliği uzmanları, uzman tabip, tabip ve aile sağlığı elemanları; içeriği, süresi ve standartları Kurum tarafından belirlenen diğer hizmet içi eğitimlere alınabilirler.

(3) Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları bu madde kapsamında alınması öngörülen her eğitim süresinin en az % 80 ine devam etmek zorundadırlar.

BEŞİNCİ BÖLÜM

Fiziki ve Teknik Şartlar

Aile sağlığı merkezi

MADDE 22 – (1) Aile sağlığı merkezi, Kurum tarafından öngörülen nüfus kriterleri esas alınmak suretiyle sözleşme yapmış bir ya da daha fazla aile hekimi tarafından açılabilir.

(2) Aynı aile sağlığı merkezindeki her aile hekimi ve aile sağlığı elemanı pozisyonu için ayrı ayrı sözleşme yapılır.

(3) Aile hekimleri, sağlık hizmetlerine yardımcı olmak amacıyla ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi ilave sağlık hizmetleri personeli ile güvenlik, temizlik, kalorifer, sekretarya ve benzeri hizmetler için ferden veya müştereken personel çalıştırabilir ya da hizmet satın alabilirler.

(4) Aile sağlığı merkezinde her üç aile hekimliği birimi için ilave bir sağlık personeli (ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi) müdürlük tarafından görevlendirilebilir. Bu şekilde görevlendirilecek personelin çalışma usul ve esasları Kurum tarafından belirlenir.

(5) Eğitim aile sağlığı merkezleri ve Kurum tarafından uygun görülen aile sağlığı merkezleri eğitim amaçlı olarak kullanılabilir.

Aile sağlığı merkezinin fiziki şartları

MADDE 23 – (1) Aile sağlığı merkezlerinde aşağıda belirtilen asgari fiziki şartlar aranır.

a) Binanın kolay ulaşılabilir, güvenli, uygun havalandırma, ısıtma ve aydınlatma imkânlarına sahip, toplam alanının tek aile hekimi için 60 metrekare olması gerekir. Birden

fazla hekimin birlikte çalışması durumunda her aile hekimi için 20 metrekare ilave edilir. Bir aile sağlığı merkezinde 2-6 aile hekimliği birimi olmasına azami dikkat gösterilir.

b) Bekleme ve danışma bölümü bulunur. Bir hekim için bekleme alanında en az 5, daha sonraki her hekim için ilaveten en az 3'er adet olmak üzere yeterli sayıda bekleme koltuğu bulundurulur. Bekleme koltuğunun kolay temizlenebilir ve ergonomik yapıda olması; ahşap, PVC veya metal malzemelerden yapılmışsa oturulan ve yaslanılan alanların bir döşeme malzemesi ile kaplanmış olması gerekir. Bekleme alanında Kurumca gönderilen güncel afiş ve broşürler düzenlenmiş panoda asılı olarak bulundurulur, panoda asılamayacak olanlar çerçeveli olarak bulundurulur. Hasta ve hasta yakınlarının dilek ve önerilerini kolaylıkla ulaştırılabilmesini sağlayacak dilek ve öneri kutuları bulundurulur.

c) Muayene odasının, her aile hekimi için en az 10 metrekare olması gerekir. Muayene odasında lavabo bulunur.

ç) Tıbbi müdahale odası, hastaya tıbbi girişimlerin yapılabileceği büyüklükte, lavabosu bulunan bir odadır. Bu odada aşı, enjeksiyon, küçük cerrahi müdahalelerin yapılmasına uygun muayene ve müdahale masası, muayene ve acil müdahale malzemeleri, jinekolojik muayene masası ile dezenfeksiyon ve sterilizasyon cihazlarının bulunması gereklidir.

d) Laboratuvar hizmetlerinin aile hekimince merkezde verilmesi planlanıyorsa bu hizmetler için uygun bir oda bulunur.

e) Aile sağlığı merkezi içerisinde kullanıma hazır, bütün aile hekimliği birimlerince de kullanılabilecek mahremiyet kurallarının uygulandığı, bebek bakım ve emzirme alanı veya odası bulunur.

f) Hastaların kullanabileceği tercihen kadın-erkek için ayrı olmak üzere birbirinden ayrılmış, müstakil tuvalet ve lavaboların olması gerekir. Her lavaboda sıvı sabun, kâğıt havlu ve poşetli çöp sepeti, her tuvalette tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp sepeti bulundurulur. Tuvaletlerde acil çağrı butonu bulundurulur.

g) Tercihen binanın giriş katında kurulurlar. Engelli ve yaşlı vatandaşların giriş ve çıkışlarını mümkün kılan, kolaylaştırıcı tedbirler alınır.

ğ) Tıbbi hizmet alanları ile bekleme alanlarında iç ortam sıcaklığı 18-27 0C arasında tutulur, muayene odasının iç ortam sıcaklığı için alt sınırın 20 0C olması gerekir. Isıtma soba hariç diğer araçlarla sağlanır.

h) Aile sağlığı merkezinin iç alanlarının boya ve bakımı tam olmalıdır. Dış cephe boyası ve tamiratı ile ilgili gerekli talepler belirlenerek ilgili yerlere gönderilmelidir.

ı) Aile sağlığı merkezinin sağlık hizmeti sunulan alanlarına ait zemin kaplamasının kolay temizlenebilir nitelikte olması gerekir.

(2) Kullanım ömrünü tamamlamış veya ihtiyaç fazlası olan malzemeler aile sağlığı merkezi içinde bulundurulamaz.

(3) Bakanlığa tahsisli bulunan ve Kurum tarafından aile hekimlerine kiralanmış müstakil bina olarak kullanılan aile sağlığı merkezlerinin ilk çevre düzenlemesi müdürlük tarafından yapılır. Daha sonraki bakımları aile hekimleri tarafından devam ettirilir.

(4) Muayene odası dışında birinci fıkrada sayılan diğer odalar aile hekimlerince müşterek kullanılabilir.

Aile sağlığı merkezinin teknik donanımı

MADDE 24 – (1) Aile sağlığı merkezinde aşağıda belirtilen asgari tıbbi cihaz ve malzemenin faal olarak bulundurulması zorunludur.

a) Steteskop.

b) Tansiyon aleti (çocuk ve erişkin olmak üzere en az iki boy).

c) Otoskop.

ç) Oftalmoskop.

d) Termometre.

e) Işık kaynağı.

f) Dil basacağı.

g) Paravan, perde ve benzerleri.

ğ) Muayene masası.

h) Reşeks çekici.

ı) Mezura.

i) Fetal el doppleri.

j) Aşı nakil kabı.

k) Snellen eşeli.

l) Diapozon seti.

m) Tartı aleti (bebek, erişkin boy).

n) Boy ölçer (bebek, erişkin boy).

o) Pansuman seti.

ö) Enjektör, gazlı bez gibi gerekli sarf malzemeleri.

p) Keskin atık kabı.

r) Acil seti; acil müdahale setinde asgari aşağıda belirtilen malzemeler bulunur.

1) Laringoskop seti ve yedek pilleri (çocuk ve erişkin için),

2) Ambu ve maske (çocuk ve erişkin boy),

3) Oksijen hortumu ve maskeleri,

4) Entübasyon tüpü (çocuk ve erişkin için),

5) Yardımcı hava yolu araçları (laringeal maske, airway ya da kombi tüp),

6) Enjektörler (2, 5,10 cc ebatlarında her bir ebattan asgari beş adet),

7) Kişisel koruyucu ekipman (eldiven, maske ve benzerleri.).

s) Defibrilatör.

ş) Manometreli oksijen tüpü (taşınabilir).

t) Seyyar lamba.

u) Buzdolabı (sadece aşılar ve antiserumlar için).

ü) Aşı dolabının ve aile sağlığı merkezinin tıbbi hizmet alanları ile bekleme alanlarında iç ortam sıcaklık takiplerini yapmak için standartları Kurumca belirlenmiş olan ısı verisi gönderebilen 2 adet termometre (Aşı dolabı sıcaklık takipleri en fazla iki saatlik aralıklarla yapılacak olup bu süre gerekli görülmesi halinde Kurumca değiştirilebilir.).

v) Aşılar ve ilaçlar için karekod okuyucu.

y) İlaçların miat ve stoklarının listesi (elektronik ortamda takip edilir.).

z) Jinekolojik muayene masası, spekülüm, muayene ve RİA seti.

aa) İlâç ve malzeme dolabı.

bb) Sterilizatör.

cc) EKG cihazı.

çç) Tromel.

dd) Glikometre.

ee) Tekerlekli sandalye.

ff) Nebülizatör.

gg) Santrifüj cihazı.

ğğ) Jeneratör veya kesintisiz güç kaynağı.

hh) Küçük cerrahi seti; asgari 1 portegü, 1 makas, 1 penset, 1 bisturi sapı, stapler (dört hekime kadar iki set, dört hekimden sonra her dört hekim için ilave bir set).

ıı) Genişletilmiş bağışıklama programı kapsamında uygulanan aşılar ve antiserumlar.

ii) Kurum tarafından belirlenen bulundurulması zorunlu tutulan temel acil ilâçlar, aşılar ve antiserumlar.

(2) Birden fazla aile hekiminin bir arada çalıştığı aile sağlığı merkezlerinde, bu maddenin birinci fıkrasındaki tıbbi cihaz ve malzemelerden (a)'dan (k) bendine kadar (k bendi dahil) olanlar her aile hekimi için ayrı ayrı bulundurulur.

(3) Bakanlıkça ve Kurumca özellikleri belirlenen bilgisayar, donanım, yazılım ve bilgi teknolojileri ile ilgili asgari şartlara uyulur.

(4) Aile hekimlerinin kullanmak zorunda oldukları teknik, tıbbi cihaz, bilgisayar donanımları ile gezici sağlık hizmetlerinin sunumu için gerekli olan motorlu araçlar, esas olarak aile hekimleri tarafından temin edilir.

(5) Aile hekimleri, aile sağlığı merkezinde yangına karşı alınması gereken tedbirleri alır, tıbbi atıklar ve çöpler için 22/7/2005 tarihli ve 25883 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği hükümlerine uygun olarak gerekli tedbirleri alır.

(6) Aile sağlığı merkezi gideri olarak yapılacak katkıların tespitinde kullanılmak üzere aile hekimliği birimleri, fiziki şartlar ve donanım açısından Ek-1 deki gibi değerlendirilir.

Aile sağlığı merkezinin oluşturulması

MADDE 25 – (1) Aile hekimleri, öncelikle bu Yönetmelikteki asgari fiziki şartları haiz, Bakanlık, Kurum veya bağlı kuruluşlara ait sağlık hizmeti vermek amacıyla yapılan binalarda

hizmet verirler. Bu imkânın sağlanamaması halinde müdürlüğün onayı ile uygun standartlara sahip bölgedeki diğer mekânlarda da hizmet verebilirler.

(2) Merkezin, sağlık hizmetlerinin çeşidine ve niteliğine uygun olması, hizmeti sunan ve kullananların memnuniyetini sağlaması, fonksiyonel ve yapısal olarak belirlenen asgari şartları sağlaması ve hizmetten yararlanacakların kolayca ulaşabilecekleri yerde olması esastır.

(3) Aile hekimi birden fazla yerleşim yerinde gezici sağlık hizmeti vermek zorunda ise aile sağlığı merkezi müdürlükçe uygun görülen merkezi konumdaki yerde kurulur. Bu yerin seçiminde ve gezici sağlık hizmeti verilecek yerleşim yerlerinin tespitinde ulaşım zorluğu, güzergâh, yakınlık, coğrafi özellikler ve vatandaşın kullanım alışkanlıkları gibi özellikler göz önünde bulundurulur.

(4) Aile sağlığı merkezlerinin adres değişiklikleri, çalışma bölgesi içinde olmak kaydı ile bu maddedeki hususlara bağlı kalınarak, aile hekimlerinin talebi, müdürlüğün uygun görüşü ve valiliğin onayı ile yapılır. Bu değişiklik 5 gün içerisinde Kuruma bildirilir.

(5) Üniversitelerin aile hekimliği anabilim dalları veya eğitim ve araştırma hastaneleri aile hekimliği klinik şeşiklerinin talebi, müdürlüğün uygun görüşü ve Kurumun onayı ile bir veya daha fazla aile sağlığı merkezi eğitim, araştırma ve hizmet amacıyla kullanılabilir.

(6) Eczane bulunan binalarda aile sağlığı merkezi açılamaz.

(7) Aile sağlığı merkezlerine Kurum tarafından belirlenen kıstaslar çerçevesinde isim verilir.

Aile sağlığı merkezinin işletilmesi

MADDE 26 – (1) Aile sağlığı merkezinde birden çok aile hekimi hizmet veriyor ise, aile hekimleri kendi aralarında bir yönetim planı oluşturarak yönetici belirler ve yönetici ismini müdürlüğe bildirirler. Yönetici seçimi zorunlu haller dışında yılda bir kez yapılır. Yönetim tarafından alınan kararlar karar defterine işlenir. Yönetici, aile sağlığı merkezinin işletilmesinden birinci derecede sorumlu olduğu gibi bu merkezin müdürlük ve toplum sağlığı merkezi ile koordinasyonunu sağlamakla da görevlidir. Yöneticinin diğer aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları üzerinde herhangi bir idari görev ve sorumluluğu bulunmaz.

Tetkik ve tahlil işlemleri

MADDE 27 – (1) Teşhis ve takip için gerekli görülen basit görüntüleme ya da laboratuvar tetkikleri aile sağlığı merkezlerinde yapılabilir. Aile hekimlerinin istediği

laboratuvar tetkikleri öncelikle halk sağlığı laboratuvarı olmak üzere müdürlüğün uygun gördüğü bir laboratuvarda yaptırılır. Bu laboratuvarların seçiminde iç ve dış kalite kontrol programlarının uygulanıyor olması dikkate alınır.

ALTINCI BÖLÜM

Kullanılacak Belgeler

Sevk evrakı, reçete düzenlenmesi ve aile hekiminin bilgilendirilmesi

MADDE 28 – (1) Aile hekimi, hastasının ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir kuruluşa başvurmasına gerek olup olmadığına karar verir. Gerek görülmesi halinde hastayı da bilgilendirerek sevk eder ve hastasına verilen sağlık hizmetini geri bildirim vasıtası ile izler.

(2) Kurumun belirlediği usul ve esaslar çerçevesinde ve bilgi işlem altyapısı Kurum tarafından oluşturulmak kaydıyla; ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarına sevk edilen veya bu kuruluşlara doğrudan müracaat eden kişilere verilen hizmetler, kendi aile hekimine elektronik ortamda bildirilir.

(3) Gebe ve bebek tespiti ile takipleri, aşı uygulaması, doğum ve bildirimi zorunlu hastalıklar gibi durumlar ilgili aile hekimine iletilmek üzere hizmeti sunan sağlık kurum ve kuruluşu tarafından müdürlüğe en geç beş iş günü içerisinde bildirilir. Bu bildirimi yapmayanlar hakkında yürürlükteki mevzuat hükümlerine göre işlem tesis edilir.

(4) Birinci basamakta resmî reçete yazılması ve kişilerin sağlık durumuyla ilgili rapor tanziminde aile hekimi yetkilidir. Ancak olağanüstü durumlar, acil durumlar ile toplum sağlığını tehdit eden ve koruyucu amaçlı ilaç kullanımını (kemoproşaksi) gerektiren bulaşıcı ve salgın hastalık hallerinde özel durum belirtilmek suretiyle toplum sağlığı merkezi hekimleri de resmî reçete düzenleyebilirler. Bu durumda ilgili aile hekimi en kısa sürede bilgilendirilir.

(5) Ölüm belgesi, 19/1/2010 tarihli ve 27467 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Mezarlık Yerlerinin İnşaası ile Cenaze Nakil ve Defin İşlemleri Hakkında Yönetmeliğe göre düzenlenerek ilgili aile hekimi en kısa sürede bilgilendirilir.

(6) Aile hekimi, hastasını bir üst basamağa sevk ederken ilgili forma sevk gerekçelerini, yapılan tetkik sonuçlarını ve hastanın temel sağlık bilgilerini yazmak zorundadır.

(7) Hasta sevk evrakı, reçete, rapor, bildirimi zorunlu hastalıklarla ilgili formlar ve diğer kullanılacak belge örnekleri Kurum tarafından belirlenir. Aile hekimince düzenlenen bu belgeler kişinin yazılı veya elektronik dosyasına kaydedilir.

Yetkilendirilmiş aile hekimleri

MADDE 29 – (1) Kurum dışında birinci basamak sağlık hizmeti veren; üniversiteler, askeri birlikler, hastaneler, kurum ve işyerlerinde yetkilendirilmiş aile hekimliği hizmeti verilebilir. Bu kurumlarda Kurumun öngördüğü eğitimleri almaları şartı ile herhangi bir suretle istihdam edilen hekimlerin talebi ve kurumlarının teklifi üzerine, valiliğin uygun görüşü ve Kurumun onayı ile kendi görev ve sorumluluk alanlarıyla sınırlı olmak kaydıyla, aile hekimliği yetkisi verilir. Kurumlar bu Yönetmelikteki fiziki şartları ve teknik donanımı sağlamakla yükümlüdür. Yetkilendirilmiş aile hekimleri Kurum tarafından belirlenen hizmete özel sözleşmeyle göreve başlatılırlar. Yetkilendirilmiş aile hekimi, aile hekiminin yaptığı iş ve işlemleri yapmakla yükümlüdür. Yetkilendirilmiş aile hekimine de kişi kaydı yapılır.

(2) Yetkilendirilmiş aile hekimi, aile hekimliği görevi dışında kalan hususlarda kendi mevzuat hükümlerine tabidir.

(3) Üniversitelerin aile hekimliği anabilim dallarına ve aile hekimliği uzmanlık eğitimi veren eğitim ve araştırma hastaneleri aile hekimliği klinik şeşiklerine kendilerinin talebi ve kurumlarının teklifi üzerine yetkilendirilmiş aile hekimliği yetkisi verilir. Bu birimlerde görev yapan öğretim elemanları kendi görev ve sorumluluk alanları dışında da kişi kaydı yapabilirler.

(4) Yetkilendirilmiş aile hekiminden hizmet alanların aile hekimi seçme hakkı saklıdır.

(5) Aile hekimliği yetkisi verilmemiş olanlar, kurum ve işyerlerinde oluşacak acil durumlarda hastaya gerekli ilk müdahaleyi yapar ve gerekirse hastane acil servisine sevk ederek en kısa süre içerisinde aile hekimini bilgilendirir. Sevk, reçete ve rapor gerektiren acil hallerde kişiyi bilgilendirir ve bilgilendirme notu ile birlikte aile hekimine gönderir. Bu kişilerin aile hekimlerince takip edilmesi zorunludur.

YEDİNCİ BÖLÜM

Kayıtların Tutulması ve Denetim

Tutulacak kayıtlar

MADDE 30 – (1) Aile hekimlerinin kullandığı basılı veya elektronik ortamda tutulan kayıtlar, kişilerin sağlık dosyaları ile raporlar, sevk belgesi ve reçete gibi belgeler resmî kayıt ve evrak niteliğindedir.

(2) Kayıtlı kişi sayısı, yapılan hizmetlerin listesi, muayene edilen ve sevk edilen hasta sayısı, kodları ile birlikte konulan teşhisler, reçete içeriği, aşılama, gebe ve lohusa izlemi, bebek ve çocuk izlemi, üreme sağlığı ve bulaşıcı hastalıklar ile ilgili veriler ve Kurum tarafından belirlenen benzeri veriler evrak kayıt kriterlerine göre belirli aralıklarla düzenli olarak basılı veya elektronik ortamda Kuruma bildirilir.

(3) Aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının kendileri ile ilgili kayıtları müdürlükte tutulur.

Kayıtların tutulma şekli ve muhafazası

MADDE 31 – (1) Aile hekimi kendisine kayıtlı kişilerin kişisel sağlık dosyalarını tutmakla yükümlüdür. Kayıtların güvenliği ve mahremiyeti aile hekiminin sorumluluğundadır.

(2) Denetim sırasında talep edilmesi halinde, aile hekimi hasta haklarına riayet etmek suretiyle kendisine kayıtlı kişilerin dosyalarını göstermek zorundadır.

(3) Kişi, kendisi ile ilgili tutulan kayıtların bir nüshasını aile hekiminden talep edebilir.

(4) Aile hekimlerinin, lisans hakları Bakanlığa ait olan veya Bakanlıkça belirlenip ilan edilen, standartlara haiz bir aile hekimliği bilgi sistemi yazılımı kullanmaları şarttır.

(5) Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür.

(6) Herhangi bir vatandaşa ait kişisel veriler ile kişisel sağlık verileri, müdürlük ya da Bakanlık ve Kurum haricindeki herhangi bir kayıt ortamında (bilgisayar, hard disk, cd, dvd, yazılı doküman gibi) yüklenici firma tarafından kaydedilemez. Bu durumun tespiti halinde bu yazılımın kullanımı iptal edilir.

(7) Aile hekimliği bilgi sistemi ekranlarında hiçbir surette kişi, ürün ya da hizmet reklamına yer verilemez, hiçbir ürün ya da hizmetin satışı ve satışını teşvik edici yönlendirmeler yapılamaz.

Kayıtların devri

MADDE 32 – (1) Bulunduğu bölgeden ayrılacak olan aile hekimi kendisine kayıtlı kişilerin verilerini sorumlu olacak aile hekimine devreder. Devir teslimin yapılamadığı durumlarda ayrılacak olan aile hekimi bu verileri bölgesindeki toplum sağlığı merkezine teslim eder. Ayrılan aile hekiminin hiçbir şekilde verileri devredemediği hallerde toplum sağlığı merkezi gerekli verileri temin ederek sorumlu olacak aile hekimine verir ve devir teslimi yapmayan aile hekimi ile ilgili tutanak tutarak müdürlüğe bildirir.

Denetim

MADDE 33 – (1) Aile sağlığı merkezi, aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları, mevzuat ve sözleşme hükümlerine uygunluk ile diğer konularda Kurum, ilgili mülkî idare amirleri ve yerel sağlık idare amirleri veya bunların görevlendireceği personelin denetimine tâbidir. Denetim yapmaya yetkili amir, ilgili mevzuat ve sözleşme şartlarına aykırılığı doğrudan kendisi tespit edebileceği gibi, tespiti yapmak üzere incelemeci veya soruşturmacı da görevlendirebilir. Bu denetimler Kurum tarafından belirlenen denetleme formları ile gerçekleştirilir. Mevzuat ve sözleşme şartlarına aykırılık tespit edildiği takdirde, Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelikte belirtilen hükümler çerçevesinde ilgililer hakkında işlem tesis edilir.

SEKİZİNCİ BÖLÜM

Eğitim Aile Sağlığı Merkezi ve Eğitim Aile Hekimliği Birimine İlişkin Usul ve Esaslar

Eğitim aile sağlığı merkezi ve eğitim aile hekimliği birimi

MADDE 34 – (1) Aile hekimliği saha eğitimleri için aile hekimliği uzmanlık eğitimi veren Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu veya Üniversite Rektörlükleri ile Kurum arasında sözleşme yapılarak öngörülen nüfus kriterleri esas alınmak suretiyle eğitim kurumları tarafından eğitim aile sağlığı merkezi veya eğitim aile hekimliği birimi açılabilir. Bunların açılacağı yer, eğitim kurumunun talebi, müdürlüğün uygun görüşü ve Kurumun onayı ile belirlenir. Birim sayıları her bir asistan sayısı esas alınarak belirlenir ve Kurumca onaylanır. Eğitim kurumunda asistan sayısının fazla olması halinde, müdürlüğün uygun görüşü ve Kurumun onayı ile aynı eğitim kurumuna bağlı birden fazla eğitim aile sağlığı merkezi açabilir.

(2) Eğitim aile sağlığı merkezinde; eğiticinin gözetim ve koordinasyonunda, aile hekimliği uzmanlık eğitimi gören bir veya birden fazla asistan tarafından aile hekimliği

hizmeti verilir. Asistanların rotasyon süreleri Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) kararlarına göre belirlenir.

(3) Eğitim aile sağlığı merkezindeki asistan ve aile sağlığı elemanı ile ayrıca sözleşme yapılmaz.

(4) Eğitim kurumu, ihtiyaç halinde eğitim aile sağlığı merkezlerinde verilen sağlık hizmetlerine yardımcı olmak amacıyla ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi ilave sağlık hizmetleri personeli ile güvenlik, temizlik, kalorifer, sekretarya ve benzeri hizmetler için personel çalıştırır.

(5) Boşalan veya yeni açılacak aile hekimliği birimleri eğitim kurumunun talebi üzerine yerleştirme esasları dikkate alınmaksızın asgari altı aydan önce asistanın birimden ayrılmayacağı taahhüdü ile birlikte eğitim aile hekimliği birimi olarak birinci fıkradaki usule göre eğitim kurumlarına tahsis edilebilir.

(6) Eğitim aile sağlığı merkezinin, sağlık hizmetlerinin çeşidine ve niteliğine uygun olması, hizmeti sunan ve kullananların memnuniyetini sağlaması, fonksiyonel ve yapısal olarak belirlenen asgari şartları sağlaması ve hizmetten yararlanacakların kolayca ulaşabilecekleri yerde olması esastır.

(7) Eğitim aile hekimliği birimleri çalışma bölgesi içinde olmak kaydıyla bu maddedeki hususlara bağlı kalınarak eğitim kurumunun teklifi, müdürlüğün uygun görüşü ve valiliğin onayı ile hizmet için verilen mekân değiştirebilirler. Bu değişiklik 5 iş günü içerisinde Kuruma bildirilir. Eğitim aile sağlığı merkezlerine Kurum tarafından belirlenen kıstaslar çerçevesinde isim verilir.

(8) Eğitim aile sağlığı merkezi/eğitim aile hekimliği biriminde yapılan eğitimlerin hizmette aksamaya meydan vermeyecek şekilde planlanması ve uygulanması gerekir.

Eğitim aile sağlığı merkezinin işletilmesi

MADDE 35 – (1) Eğitim aile sağlığı merkezi/eğitim aile hekimliği biriminde verilen aile hekimliği hizmetleri, eğiticinin gözetim ve koordinasyonunda verilir. Eğitici, eğitim aile sağlığı merkezinin işletilmesinden kurumu ile birlikte birinci derecede sorumlu olduğu gibi bu merkezin müdürlük ile koordinasyonunu sağlamakla da görevlidir.

Eğitim aile sağlığı merkezinin fiziki şartları ve teknik donanımı

MADDE 36 – (1) Eğitim aile sağlığı merkezi/eğitim aile hekimliği birimi bu Yönetmelikteki diğer aile sağlığı merkezleri için öngörülen fiziki şartlar ve teknik donanımlara ilişkin hükümlere tabidir.

(2) Asistanlarının eğitim ihtiyaçları için eğitim salonu/asistan odası, eğitici odası, eğitim laboratuvar odası eğitim kurumunca sağlanır.

(3) Eğitim aile sağlığı merkezinin, eğitim kurumunun kampüs alanı dışında planlanması durumunda eğitim laboratuvar odası, eğitim ihtiyaçları için mikroskop, lam, lamel, santrifüj cihazı ve benzeri malzemeler bulundurulur.

Çalışma saatleri, izin ve denetim

MADDE 37 – (1) Eğitim aile sağlığı merkezi/eğitim aile hekimliği biriminde görev yapan asistan, eğitici ve aile sağlığı elemanları izinler, disiplin işlemleri ve kazanç getirici faaliyet yasağı bakımından asli statülerine ilişkin mevzuata tabidirler.

(2) Eğitim aile sağlığı merkezi/eğitim aile hekimliği biriminde eğitim kurumu tarafından eğitici, asistan ve aile sağlığı elemanı olarak görevlendirilen personel tam gün esasına göre çalışırlar. Mesai saatleri ve günleri, çalışma yerinin şartları da dikkate alınmak suretiyle çalıştığı bölgedeki kişilerin ihtiyaçlarına uygun olarak eğitim kurumu tarafından belirlenir ve müdürlükçe onaylanır. Yapılacak ev ziyaretleri ve gezici/yerinde sağlık hizmetleri çalışma süresine dâhil edilir. Çalışılan günler ve saatler eğitim aile sağlığı merkezi/eğitim aile hekimliği biriminin görünür bir yerine asılarak kişilerin bilgilenmesi sağlanır.

Tetkik ve tahlil işlemleri

MADDE 38 – (1) Eğitim aile sağlığı merkezi/eğitim aile hekimliği biriminde kayıtlı kişiler için gereken tetkik, teşhis ve görüntüleme hizmetleri eğitim kurumunca verilir. Eğitim aile sağlığı merkezlerinde laboratuvar hizmetinin verilmesi zorunlu olup müstakil olarak hizmet verilen eğitim aile sağlığı merkezlerinde görüntüleme hizmeti de verilebilir. Eğitim kurumunun talebi halinde bu hizmetler müdürlük aracılığı ile de temin edilebilir.

Diğer hususlar

MADDE 39 – (1) Eğitici ve asistanlar, bu Yönetmelikteki aile hekimlerinin, eğitim kurumunca görevlendirilen aile sağlığı elemanları ise bu Yönetmelikteki aile sağlığı elemanlarının, yetkilerine sahip olup görev ve sorumlulukları ile yükümlüdürler.

(2) Eğitim aile sağlığı merkezlerinde eğitici, asistan ve aile sağlığı elemanlarının göreve başlayışları ve ayrılışları eğitim kurumu sorumluluğunda yapılır. Personel hareketleri bir ay öncesinden Kuruma bildirilir.

(3) Eğitici, asistan ve aile sağlığı elemanları; hizmet kalite standartlarının yükseltilmesinin sağlanması için Kurumca belirlenen birinci aşama eğitiminden muaftır.

DOKUZUNCU BÖLÜM

Çeşitli ve Son Hükümler

Yürürlükten kaldırılan yönetmelik

MADDE 40 – (1) 25/5/2010 tarihli ve 27591 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği yürürlükten kaldırılmıştır.

(2) Diğer mevzuatta, 25/5/2010 tarihli ve 27591 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğine yapılmış olan atışar bu Yönetmeliğe yapılmış sayılır.

Açılmış aile sağlığı merkezlerinin durumu

GEÇİCİ MADDE 1 – (Değişik:RG-19/7/2013-28712)

(1) Bu Yönetmeliğin yürürlüğe girdiği tarihte faaliyette olan aile sağlığı merkezleri bina şartları ve fizik mekânları ile teknik donanım bakımından 1/1/2014 tarihine kadar bu Yönetmelik ile getirilen asgari şartlara uygun hale getirilmek zorundadır.

İdari görevden ayrılması uygun görülmeyenler

GEÇİCİ MADDE 2 – (Değişik:RG-19/7/2013-28712)

(1) İdari görevlerinin son bulmasına müteakiben ilk yerleştirmede kullanılmak şartı ile; ilin aile hekimliği uygulamasına geçtiği tarihte il sağlık müdürü, müdür yardımcısı ve şube müdürü olarak görev yapan tabip ve uzman tabiplerden aile hekimliğine başvurmaları ve yerleştirilme hakkı elde etmesine rağmen idari görevlerinden ayrılmaları Bakanlıkça uygun görülmeyenler, ilde pozisyon boşalması veya yeni pozisyon açılması halinde 15 inci maddenin birinci fıkrasının (c) bendine göre yerleştirilirler.

Yürürlük

MADDE 41 – (1) Bu Yönetmelik yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 42 – (1) Bu Yönetmelik hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

EK 3: Çalışmada kullanılan anket formu

TIP FAKÜLTESİ HASTANESİNE BAŞVURAN HASTALARIN AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASIYLA İLGİLİ BİLGİ VE DÜŞÜNCELERİ

1. Yaş:
2. Cinsiyet : ( ) Kadın ( ) Erkek
3. Medeni durum: ( ) Evli ( ) Bekar ( ) Boşanmış
4. Eğitim durumu: ( ) Okur-yazar değil ( ) Okur-yazar ( ) İlköğretim
   ( ) Lise ( ) Üniversite
5. Meslek:
6. Çalışma durumu: ( ) Çalışmıyor ( ) İşçi ( ) Memur
   ( ) Esnaf ( ) Emekli
7. Sağlık güvencesi:( ) Yok ( ) SGK ( ) Özel Sigorta
8. Sizce gelir düzeyiniz aşağıdakilerden hangisine uyuyor?
   ( ) Düşük ( ) Orta ( ) İyi ( )Yüksek
9. Şu an işlemlerin yürütülmekte olduğu bölüm:
10. Takip hastası mısınız? ( ) Evet ( ) Hayır
11. Kronik bir hastalığınız var mı? ( ) Evet ( ) Hayır
12. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? ( ) Evet ( ) Hayır
13. Sağlık sorununuz olduğunda ilk hangi sağlık kuruluşuna başvuruyorsunuz?
    ( ) Aile Sağlık Merkezi ( ) Özel muayenehane ( ) Semt Polikliniği
    ( ) Devlet Hastanesi ( ) Tıp Fakültesi Hastanesi ( ) Özel Hastane
    ( ) İstanbul Tıp Fakültesi
14. Bir sağlık kuruluşunda en çok önem verdiğiniz özellik hangisidir?
    ( ) Temizlik ve hijyen ( ) Hizmet
    ( ) Güleryüz ( ) Bilgilendirme

( ) Yeterli zaman ayrılması ( ) Binanın özellikleri

( ) Tıbbi güven ( ) Doktora kolay ulaşabilme

15. Hastanemizin tercih nedeniniz nedir?

( ) Evime yakın. ( ) Güven duyuyorum.

( ) Başka hastalar tavsiye etti. ( ) Daha önce gelmiş ve memnun kalmıştım.

( ) Tıp Fakültesinde daha iyi tedavi olacağıma inanıyorum. ( ) Ünlü bir hastane

( ) Tetkik imkanı fazla. ( ) Buraya başka bir yerden gönderildim.

16. İstanbul Tıp Fakültesi'nden nasıl randevu aldınız?

( ) Telefonla ( ) İnternet üzerinden

( ) Bölüm sekreterinden ( ) Tanıdık aracılığıyla

( ) Randevu almadan acile geldim.

17. Aile hekimliği uygulaması ile ilgili bilgi sahibi misiniz? ( ) Evet ( ) Hayır

*17. soruya **Evet** cevabı verenler 18. sorudan; **Hayır** cevabı verenler 22. sorudan devam edecek:*

18. Aile hekimliği uygulaması ile ilgili bilgiyi nereden edindiniz?

( ) Televizyon ve gazetelerden ( ) Yakınlarımdan

( ) Aile Hekimine giderek ( ) İnternetten

19. Aile hekimliği uygulaması sağlık sorunlarına yararlı olur mu?( ) Evet ( ) Hayır

*19. soruya **Evet** cevabı verenler 20. soruyu; **Hayır** cevabı verenler 21. soruyu cevaplayacaklar:*

20. Aile hekimliği uygulaması hangi açıdan yararlı olur?

( ) Sağlığımla ilgili her şeyi bilip takip eden bir hekim olması iyi.

( ) Aile hekimine kolayca ulaşılabilir.

( ) Bu hizmetin ücretsiz verilmesi iyi.

( ) Sağlık Bakanlığı sıkı takip diyor ve denetliyor.

( ) Aile sağlığı merkezi binası ve aletleri yenilendi.

( ) Eskisi kötüydü; Nasıl olsa bu uygulama eskisinden iyi olur.

( ) Diğer:….

21. Aile hekimliği uygulaması hangi açıdan yararlı olmaz?

( ) Eskiden sağlık ocağında çalışan hekimler aile hekimi oldu. Değişen bir şey yok..

( ) Aile hekimi uzman değil, bilgisine güvenmiyorum.

( ) Bir hekime bağlanan nüfus çok fazla. Zaman ayıramıyorlar.

( ) Diğer:

22. Aile hekiminizin ismini biliyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

23. Bağlı olduğunuz aile sağlığı merkezinin yerini biliyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

24. Bağlı olduğunuz aile sağlığı merkezine hiç gittiniz mi?

( ) Evet ( ) Hayır

*24. soruya **Hayır** cevabı verenler 25. soruya cevap vererek anketi sonlandıracaklar; **Evet** cevabı verenler 26. sorudan devam edecekler:*

25. Aile sağlığı merkezine neden hiç gitmediniz?

( ) İhtiyacım olmadı.

( ) Aile hekimine güvenmiyorum.

( ) Aile sağlığı merkezi'nin nerede olduğunu bilmiyorum.

( ) Aile sağlığı merkezinin ulaşımı zor.

( ) Hastalıklarım nedeniyle beni takip eden bir başka doktorum var.

( ) Diğer:

26. Aile hekimine kaç kez gittiniz?

( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4-5 ( ) 6-10 ( ) 10'dan çok

27. Aile hekimine niçin gidersiniz?

( ) Düzenli kontroller için ( ) Hastalanınca tetkik ve tedavi için

( ) İlaç yazdırmak için ( ) Tetkik yaptırmak için giderim.

( ) Rapor almak için ( ) Sevk almak için giderim.

( ) Gebelik takibi için ( ) Ailemdeki diğer bireyler için giderim.

( ) Çocuğumun kontrolleri için ( ) Aşı yaptırmak için giderim.

( ) Diğer:

28. Aile sağlık merkezinizin verdiği hizmete güveniyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır ( ) Kararsızım

29. Aile sağlık merkezinizin verdiği hizmetin kalitesini değerlendiriniz.

( ) Çok iyi ( ) İyi ( ) Orta ( ) Kötü ( ) Çok kötü

30. Aile sağlık merkezinizdeki temizlik ve hijyenden memnunmusunuz?

( ) Evet ( ) Hayır ( ) Kararsızım

31. Aile sağlık merkezinizde yapılan laboratuvar-tetkillerle ilgili ne düşünüyorsunuz?

( ) Yeterli ( ) Yetersiz ( ) Gereksiz

32.Aile sağlık merkezinizdeki personelden (aile sağlığı elemanı) memnun musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır ( ) Kararsızım

33. Aile sağlık merkezinizde muayene öncesi bekleme süreniz ne kadar?

( ) Hiç beklemiyorum. ( ) Kısa süre bekliyorum. ( ) Çok uzun bekliyorum

34. Aile hekiminiz size yeterince zaman ayırıyor mu?

( ) Evet ( ) Hayır ( ) Kararsızım

35. Aile hekiminizden memnun musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır ( ) Kararsızım

36. Aile hekiminizin size yeterince bilgi veriyor mu?

( ) Evet ( ) Hayır ( ) Kararsızım

37. Aile hekiminizin açıklamalarını kolayca anlayabiliyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır ( ) Kararsızım

38. Aile hekiminize sorunlarınızı kolayca anlatabiliyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır ( ) Kararsızım

39. Aile hekiminiz hiç evinize geldi mi?

( ) Evet ( ) Hayır

40. Aile hekiminizi değiştirebileceğinizi biliyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ

KİŞİSEL BİLGİLER

Ad, Soyad : Nuray OYAN
Doğum Yeri : Rize
Doğum Tarihi : 08/10/1976
Medeni Durum : Evli
Uyruk : T.C.
Yabancı Dil : Fransızca, İngilizce

İLETİŞİM BİLGİLERİ

İş Adresi : İstanbul Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İSTANBUL
İş Telefonu : 0212 414 20 00 / 33091
Ev Adresi : Başakşehir Şehzade Sok. Bizim Mimarlar C Girişi D: 4 Onurkent, İSTANBUL
Ev Telefonu : 0212 488 41 12
GSM : 0505 574 90 89
e-posta : dr.nur.ay@hotmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

Üniversite **Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi - 2008 - Edirne**

Lise **Saint Benoit Fransız Lisesi - 1995** - **İstanbul**

Orta **Sainte Pulcherie Fransız Lisesi - 1992** - **İstanbul**

İlkokul **Hasan Ali Yücel İlköğretim Okulu - 1987** - **İstanbul**

AKADEMİK EĞİTİM

Uzmanlık Eğitimi **İstanbul Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Uzmanlığı (2010-2013)** - **İstanbul**

MESLEKİ DENEYİM

Sağlık Bakanlığı Nevşehir Acıgöl Sağlık Ocağı'nda pratisyen hekimlik - 2008 - Nevşehir

GENEL BİLGİLER

A. TANIMLAR

Aile Hekimi: Aile Hekimliği Kanunu'nda "kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabip" olarak tanımlanmıştır (Ek 1, Madde 2).

Aile Hekimliği: Birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik tıp disiplini ve uzmanlık alanı

Aile Hekimliği Uygulaması: Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Aile Hekimleri tarafından Aile Sağlığı Merkezlerinde birinci basmak sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü uygulama

Aile Sağlığı Merkezi: Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde "bir veya birden fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşu" olarak tanımlanmıştır (Ek 2, Madde 3/1-ç).

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde "Sağlığın teşviki, koruyucu sağlık hizmetleri ile ilk kademedeki teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin bir arada verildiği, bireylerin hizmete kolayca ulaşabildikleri, etkin ve yaygın sağlık hizmeti sunumu" olarak tanımlanmıştır (Ek 2, Madde 3/1-F).

B. AİLE HEKİMLİĞİNİN TEMEL ÖZELLİKLERİ

Aile hekimliği; bireyleri biyo-psiko-sosyal çevreleri ile birlikte doğumdan ölüme kadar bir bütün olarak ele alan, bireylere hekimlerini seçme ve tercih etme hakkı tanıyan bir uygulamadır (1).

Aile hekimi, kişinin sağlık sistemiyle ilk temas noktasını oluşturur; yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı, kesintisiz ve bütüncül bakım sağlamaktan sorumludur. Bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi merkezli bir yaklaşım sergiler. Kişinin sağlığını etkileyen biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörleri bir bütün